

ANEXO I
TERMO DE REFERÊNCIA

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 069/2022.

PREGÃO PRESENCIAL Nº 043/2022.

1. DO OBJETO:

Contratação de serviços de saúde não realizados na rede municipal de saúde ou de urgência, excedentes das cotas dos SUS, consistentes em exames laboratoriais de bioquímica, gastro, parasitários, hematológicos, imunológicos, microbiológicos e molecular e análises clínicas a partir de material colhido pela Contratada no município da Contratante

2. DA ESPECIFICAÇÃO DO OBJETO:

2.1. Os serviços serão prestados e faturados de acordo com a necessidade da contratante e devem obedecer a lista e preços a seguir especificados:

ITEM	QUANT	EXAME	VR. UNIT.	VR.TOTAL
1	15	17 ALFA HIDROXIPROGESTERONA	12,76	191,40
2	15	ACIDO FOLICO	12,83	192,45
3	100	ACIDO URICO	2,08	208,00
4	10	ACIDO VALPROICO	16,00	160,00
5	10	ACTH	17,66	176,60
6	30	ALBUMINA	2,10	63,00
7	50	ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	8,00	400,00
8	10	ALFA-FETO-PROTEINA	11,90	119,00
9	50	AMILASE	1,85	92,50
10	10	ANDROSTENEDIONA (RIE)	12,00	120,00
11	15	ANTI CCP	27,00	405,00
12	50	ANTI -HBC IGG	18,00	900,00
13	50	ANTI- HBC IGM	18,00	900,00
14	300	ANTIBIOGRAMA AUTOMATIZADO	8,66	2598,00
15	20	ANTICOAGULANTE LÚPICO	8,00	160,00
16	15	ANTICORPO ANTI-CARDIOLIPINA IGG	15,00	225,00
17	15	ANTICORPO ANTI-CARDIOLIPINA IGM	15,00	225,00
18	10	ANTICORPO ANTI-DNA	10,36	103,60
19	20	ANTICORPO ANTI-MICROSSOMAL	8,00	160,00

20	20	ANTICORPO ANTI-TIREOGLOBULINA	9,00	180,00
21	10	ANTICORPO CITOMEGALOVIRUS IGG	10,00	100,00
22	10	ANTICORPO CITOMEGALOVIRUS IGM	12,00	120,00
23	100	ANTICORPO RUBEOLA IGG	10,00	1000,00
24	100	ANTICORPO RUBEOLA IGM	12,00	1200,00
25	20	ANTI-ESTREPTOLISINA O (ASLO)	1,85	37,00
26	20	ANTIGENO CARCINOEMBRIOGENICO (CEA)	9,00	180,00
27	250	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO	15,00	3750,00
28	30	ANTI-HBE	18,00	540,00
29	20	ANTI-SM, ANTICORPO	15,00	300,00
30	150	BETA HCG	8,00	1200,00
31	70	BILIRRUBINA TOTAIS E FRACOES	3,80	266,00
32	50	CA 125	8,30	415,00
33	20	CA 15-3	18,45	369,00
34	20	CA 19-9	18,45	369,00
35	10	CALCIO IONZADO	9,00	90,00
36	50	CALCIO TOTAL	1,85	92,50
37	30	CAPACIDADE TOTAL DE LIGACAO DE FERRO E FRAÇÕES	8,00	240,00
38	20	CLEARANCE DE CREATININA	3,15	63,00
39	20	COLORO	3,99	79,80
40	30	COAGULOGRAMA	8,00	240,00
41	1200	COLESTEROL HDL	3,90	4680,00
42	1200	COLESTEROL LDL	3,33	3996,00
43	1200	COLESTEROL TOTAL	1,90	2280,00
44	20	COPROCULTURA	6,00	120,00
45	20	CORTISOL	10,00	200,00
46	10	CORTISOL SALIVAR	11,00	110,00
47	900	CREATININA	1,85	1665,00
48	300	CREATINOQUINASE	2,80	840,00
49	600	CULTURA DE URINA	6,00	3600,00
50	20	CULTURA PARA BACTERIA	6,00	120,00
51	20	CURVA GLICEMICA 3 DOSAGENS	6,00	120,00
52	20	CURVA GLICEMICA 5 DOSAGENS	10,00	200,00
53	20	CURVA INSULINICA 3 DOSAGENS	15,00	300,00
54	20	CURVA INSULINICA 5 DOSAGENS	15,00	300,00
55	10	DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	10,00	100,00
56	10	DEHIDROEPIANDROSTERONA SULFATO DE (SDHEA)	10,00	100,00
57	100	DENGUE IGG, TESTE RÁPIDO	17,96	1796,00
58	100	DENGUE IGM, TESTE RÁPIDO	17,96	1796,00

59	30	DESIDROGENASE LACTICA	10,00	300,00
60	70	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	11,42	799,40
61	15	ELETROFORESE DE PROTEÍNAS	14,50	217,50
62	50	ESTRADIOL	10,00	500,00
63	20	FAN - PESQUISA DE AUTOANTICORPOS	16,00	320,00
64	50	FATOR REUMATOIDE	4,00	200,00
65	400	FERRITINA	15,00	6000,00
66	70	FERRO	4,00	280,00
67	100	FOLICULO ESTIMULANTE	8,00	800,00
68	50	FOSFATASE ALCALINA	1,85	92,50
69	50	FOSFORO	1,99	99,50
70	80	GAMA-GLUTAMIL TRANSFERASE (GGT)	3,00	240,00
71	20	GLICEMIA APÓS SOBRECARGA DE GLICOSE	4,00	80,00
72	1300	GLICOSE - PLASMA	4,00	5200,00
73	30	HBE AG	18,00	540,00
74	950	HEMOGLOBINA GLICADA	8,00	7600,00
75	4000	HEMOGRAMA	6,10	24400,00
76	50	HEPATITE A, ANTICORPOS IGG	18,00	900,00
77	50	HEPATITE A, ANTICORPOS IGM	18,00	900,00
78	50	HEPATITE B - ANTI-HBS	18,00	900,00
79	50	HEPATITE B, HBSAg (Antígeno Austrália)	15,00	750,00
80	50	HEPATITE C, ANTICORPOS	15,00	750,00
81	50	HERPES SIMPLIS VIRUS 1 E 2, PCR	18,00	900,00
82	20	HGH - HORMONIO DO CRESCIMENTO	15,00	300,00
83	50	HIV	15,00	750,00
84	50	HORMONIO LUTEINIZANTE	8,41	420,50
85	20	HTLV I E II	15,00	300,00
86	10	IMMUNOCAP F76 LACTOALBUMINA	12,50	125,00
87	10	IMMUNOCAP EX2 EPITELIOS	12,50	125,00
88	10	IMMUNOCAP F1 CLARA DE OVO	12,50	125,00
89	10	IMMUNOCAP F14 SOJA	12,50	125,00
90	10	IMMUNOCAP F2 LEITE DE VACA	12,50	125,00
91	10	IMMUNOCAP F233 OVOMUCOIDE	12,50	125,00
92	10	IMMUNOCAP F245 OVO	12,50	125,00
93	10	IMMUNOCAP F4 TRIGO	12,50	125,00
94	10	IMMUNOCAP F77 BETALACTOGLOBULINA	12,50	125,00
95	10	IMMUNOCAP FX1	12,50	125,00
96	10	IMMUNOCAP FX2	12,50	125,00
97	10	IMMUNOCAP FX3	12,50	125,00
98	10	IMMUNOCAP FX5	12,50	125,00

99	10	IMMUNOCAP HX2	12,50	125,00
100	10	IMMUNOCAP MX1	12,50	125,00
101	10	IMUNOGLOBULINA A	13,00	130,00
102	80	IMUNOGLOBULINA E	13,20	1056,00
103	10	IMUNOGLOBULINA G	12,00	120,00
104	10	IMUNOGLOBULINA M	12,00	120,00
105	50	INSULINA	10,00	500,00
106	20	INSULINA APÓS SOBRECARGA DE GLICOSE	10,00	200,00
107	10	LEUCOCITOS NAS FEZES, PESQUISA	2,50	25,00
108	10	LIPASE	6,00	60,00
109	15	LITIO	10,00	150,00
110	30	MACHADO GUERREIRO (CHAGAS)	8,50	255,00
111	20	MAGNESIO	1,80	36,00
112	30	MONONUCLEOSE (EPSTEIN-BAAR)	12,00	360,00
113	20	PARATORMONIO	18,30	366,00
114	20	PESQUISA ANTI - RNP	15,00	300,00
115	20	PESQUISA ANTI - SSA/RO	15,00	300,00
116	20	PESQUISA ANTI - SSB/LA	15,00	300,00
117	10	PESQUISA DE GORDURAS FECAIS	5,00	50,00
118	10	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	4,00	40,00
119	180	POTASSIO	1,85	333,00
120	50	PROGESTERONA	10,00	500,00
121	50	PROLACTINA	10,00	500,00
122	200	PROTEINA C REATIVA	2,85	570,00
123	15	PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	3,85	57,75
124	500	PROTOPARASITOLOGICO	2,00	1000,00
125	250	PSA LIVRE	14,33	3582,50
126	20	RELAÇÃO ALBUMINA/CREATININA	6,10	122,00
127	20	RELAÇÃO PROTEINA/CREATININA	5,00	100,00
128	30	RETICULOCITOS, CONTAGEM	6,00	180,00
129	30	SANGUE OCULTO, PESQUISA	6,00	180,00
130	10	SARAMPO IGG	40,00	400,00
131	10	SARAMPO IGM	40,00	400,00
132	180	SODIO	1,85	333,00
133	20	T3 TOTAL	8,90	178,00
134	700	T4 LIVRE	12,33	8631,00
135	20	T4 TOTAL	8,98	179,60
136	50	TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	6,50	325,00
137	50	TEMPO E ATIVIDADE DE	7,00	350,00

		PROTROMBINA		
138	15	TESTE DE COOMBS INDIRETO	2,75	41,25
139	10	TESTE DE TOLERANCIA A LACTOSE	20,00	200,00
140	50	TESTOSTERONA LIVRE, DOSAGEM	12,00	600,00
141	50	TESTOSTERONA TOTAL, DOSAGEM	10,00	500,00
142	80	TIPAGEM SANGUINEA	2,50	200,00
143	30	TIREOGLOBULINA, DOSAGEM	14,50	435,00
144	100	TOXOPLASMOSE IGG	16,98	1698,00
145	100	TOXOPLASMOSE IGM	16,98	1698,00
146	700	TRANSAMINASE GLUTAMICO OXALACETICA (TGO)	2,00	1400,00
147	700	TRANSAMINASE GLUTAMICO PIRUVICA (TGP)	2,00	1400,00
148	10	TRANSFERRINA	15,00	150,00
149	50	TREPONEMA PALLIDUM, FTA ABS	12,00	600,00
150	1200	TRIGLICERIDES	4,79	5748,00
151	30	TRYPANOSSOMA CRUZI, ANTICORPO IGG	16,00	480,00
152	950	TSH - HORMÔNIO TIREOESTIMULANTE	8,90	8455,00
153	700	UREIA	1,85	1295,00
154	1000	URINA TIPO I	4,00	4000,00
155	200	VDRL	5,50	1100,00
156	100	VELOCIDADE DE ERITROSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	1,20	120,00
157	100	VITAMINA B12	15,00	1500,00
158	100	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL	15,00	1500,00
			TOTAL	152.378,35

2.2. Relativamente ao disposto no presente tópico, aplicam-se, subsidiariamente, no que couberem, as disposições da Lei nº 8.078 de 11/09/90 – Código de Defesa do Consumidor.

3. DO VALOR ESTIMADO:

3.1. O valor dos serviços será de acordo com os preços de cada exame constantes da tabela acima, até um limite de **R\$ 152.378,35 (cento e cinquenta e dois mil e trezentos e setenta e oito reais e trinta e cinco centavos)**, podendo ser aditado em até 25% (vinte e cinco por cento), em função do direito de acréscimo tratado no § 1º do art. 65º, da Lei n. 8.666/93 e alterações, sob pena das sanções cabíveis;

4. DA JUSTIFICATIVA:

4.1. Justifica-se a presente solicitação por ser tratar de serviços de saúde/procedimentos clínicos não realizados na rede municipal de saúde ou de urgência, não atendidos pelas cotas do SUS.

5. DO PRAZO DO FORNECIMENTO:

5.1. O prazo de vigência da ata será de 12(doze) meses após a assinatura

6. DAS DESPESAS:

6.1. As despesas ocorrerão por conta da seguinte Dotação Orçamentária:

02.07 – Fundo Municipal de Saúde;

3.3.90.39.00 – Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica;

7. DA UNIDADE FISCALIZADORA:

7.1. Secretária Municipal de Saúde.

8. DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

8.1. Os resultados devem ser enviados/entregues de acordo com os protocolos médicos, considerando sempre a necessidade e urgência.

8.2. Os serviços serão prestados de acordo com a necessidade e demanda da contratante, não ficando obrigada à cota mensal, percentual mensal ou quantitativos mensais, de modo que o pagamento será realizado pelos serviços prestados/faturados. A nota fiscal será emitida após liberação pelo setor responsável da Secretária Municipal de Saúde, mediante conferência dos processamentos e relatórios de serviços realizados.

8.3. O pagamento será realizado em até 30 (trinta) dias após a emissão da nota fiscal

Após análise, aprovo este Termo de Referência, considerando que do mesmo constam os elementos capazes de propiciar a avaliação do custo/benefício, para atender às necessidades da Secretaria Municipal de Saúde Pública.

Onda Verde /SP, 20 de abril de 2021.

Liliana Volpini Vilerá