

COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO - CPL

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº-001/2021-CP/FMS
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº-917/2021-GB-PMU

ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA

1 – OBJETO

1.1. CREDENCIAMENTO DE LABORATORIO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE COLETA E ANÁLISE DE EXAMES AMBULATORIAIS DE IMAGEM, BIOQUÍMICA BÁSICA, HORMONAIS, SOROLOGIA E CONSULTAS ESPECIALIZADAS, em atenção às demandas da **Secretaria Municipal de Saúde do município de Ulianópolis/PA**, conforme rotina adotada por esta, observados os prazos e procedimentos descritos neste **Termo**.

2 – JUSTIFICATIVA

O presente credenciamento tem como objetivo principal viabilizar atendimento de qualidade aos usuários do **Sistema Único de Saúde – SUS**, a fim de complementar a cobertura dos serviços prestados por aparelhos públicos desta **Secretaria**, pois o município não tem a estrutura necessária para disponibilizar diretamente tal benefício à população e, portanto, para não prejudicar o pleno atendimento aos pacientes do **SUS** será necessário realizar a contratação do **Objeto** descrito acima beneficiando diretamente os cidadãos de **Ulianópolis/PA** que necessitam do serviço proposto.

Outrossim, a ausência de contratação do **Objeto** proposto, para o **Sistema Municipal**, trará precariedade inquestionável na oferta dos serviços de saúde aos usuários do **SUS** em **Ulianópolis**, visto seu caráter essencial e que todos os processos de atendimento estão interligados e, ainda, na atual realidade diante da Pandemia de Covid19, deixar de contratar esses serviços seria não cumprir com a responsabilidade do cuidado com a saúde da população e com os deveres constitucionais.

3 – ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS

3.1. Realizar os procedimentos contratados, sem cobrança de qualquer valor adicional ao usuário do **SUS**.

3.2. A coleta de material deverá ser feita em horário comercial, atendendo as requisições e solicitações da **Secretaria Municipal de Saúde**, nas dependências das unidades de saúde e no local de coleta da própria credenciada.

3.3. A coleta e a realização dos exames e/ ou procedimentos e a distribuição dos resultados serão de responsabilidade da empresa credenciada, que assumirá todos os ônus decorrentes dos procedimentos.

COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO - CPL

3.4. A empresa credenciada será responsável pelo material necessário à prestação dos serviços bem como das coletas.

3.5. A coleta do material a ser analisado deverá ser agendada para no máximo 03 (três) dias úteis.

3.6. Os resultados dos exames deverão ser entregues nos seguintes prazos:

3.6.1. Os exames de **rotina**, em até 72 (setenta e duas) horas;

3.6.2. Os de maior **complexidade**, em até 08 (oito) dias úteis;

3.6.3. Os casos **excepcionais** e **Urgentes** deverão obedecer aos prazos estabelecidos pelas Unidades Básicas de Saúde e/ou Pronto Socorro Municipal.

3.7. A entrega dos resultados dos exames e dos procedimentos, constantes da **Cláusula 10 deste Termo de Referência**, dar-se-á no local onde foi realizada a coleta e/ou procedimento, salvo nos casos de exames de Doenças Transmissíveis, que deverão seguir os protocolos determinados pela **Secretaria Municipal de Saúde – SMS**.

3.8. A conferência das faturas expedidas pelos **Credenciados** ficará sob a responsabilidade da Gerência de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria da **SMS**.

3.9. O material biológico coletado pela empresa **Credenciada** para realização de exames de Saúde Pública, deverá ser entregue nas **Unidades Básicas de Saúde ou no Pronto Socorro Municipal (a depender da solicitação) em até 24 (vinte e quatro) horas após coleta**.

3.10. As consultas especializadas serão realizadas observando as quantidades contratadas, dentro do período de vigência do **Termo de Credenciamento** a ser celebrado entre as **Partes**.

3.11. A **Credenciada** deverá apresentar relatório mensal com as guias de requisição, devidamente autorizadas, com nome do paciente, exames e/ou consultas realizadas e respectivos valores e deixar a disposição para conferência da **Secretaria Municipal de Saúde**.

3.11.1. Os relatórios deverão ser apresentados em 3 (três) vias, sendo que 1 (uma) será encaminhada para a **Prefeitura Municipal**, juntamente com a Nota Fiscal de Prestação de Serviço; 1 (uma) ficará na **Secretaria de Saúde**, com o responsável pela fiscalização dos serviços; e, 1 (uma) ficará com a empresa.

3.12. A **Credenciada** deve permitir o acompanhamento e a fiscalização da **Contratante** ou da comissão designada para tal.

3.13. A **Secretaria Municipal de Saúde** realizará avaliação dos serviços prestados pelas empresas credenciadas, através de servidores designados.

3.14. A **Credenciada** deverá de imediato, quando solicitado, apresentar material biológico, documentos, prontuários ou demais informações necessárias ao acompanhamento da execução do **Contrato**.

3.15. As guias de requisição de exames deverão estar autorizadas pelo servidor responsável devidamente preenchidas, carimbadas e assinadas pelo médico ou enfermeiro, conforme protocolos do **Ministério da Saúde**.

COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO - CPL

3.16. As áreas físicas destinadas à coleta e realização dos exames, bem como, outros procedimentos constantes neste termo, serão de responsabilidade da empresa credenciada, com a aprovação da **Contratante**, salvo os casos da coleta ser realizada nas dependências das **Unidades de Saúde** ou do **Hospital Municipal**.

3.17. O transporte do material biológico deverá ocorrer de forma adequada e de acordo com as normas de biossegurança expedidas pela **ANVISA** ou outro órgão fiscalizador.

3.18. A **Credenciada** deverá atender os pacientes com dignidade e respeito e de modo universal e igualitário, mantendo-se a qualidade na prestação de serviços.

3.19. Responsabilizar-se a **Credenciada** por todos e quaisquer danos e/ou prejuízos que vier causar aos pacientes encaminhados para exames.

3.20. Executar, utilizando a melhor técnica, os exames laboratoriais e as consulta especializadas (conforme o credenciamento), obedecendo rigorosamente às normas técnicas respectivas.

4 – LOCAIS DE REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

4.1. Os serviços serão realizados no **Hospital Municipal de Ulianópolis/PA** ou nas **Unidades Básicas de Saúde** conforme cronograma da **SMS** ou, nas instalações da **Credenciada**.

4.2. As consultas especializadas serão realizadas no consultório da **Credenciada** mediante a autorização da **SMS**.

5 – PRAZO DE ENTREGA

5.1. Os resultados dos exames serão entregues conforme os prazos acima identificados no **item 3.6**.

6 – ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS EXECUTADOS

6.1. O responsável pelo acompanhamento dos serviços será indicado pelo **Secretário Municipal de Saúde**.

7 – ESTIMATIVA DE VALOR

7.1. A estimativa do valor global dos serviços é de **R\$-389.218,80** (trezentos e oitenta e nove mil, duzentos e dezoito reais e oitenta centavos).

7.2. O valor mensal está condicionado aos atendimentos realizados pela **Credenciada**.

7.3. O valor do **Contrato** poderá ser aditado conforme determina a **Lei Federal nº-8.666/93**.

8 – RECURSO E FORMA DE PAGAMENTO

COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO - CPL

- 8.1. O pagamento será realizado com o atendimento integral das requisições, após conferência, em até 30 dias da entrega da Nota fiscal e relatórios exigidos neste **Termo**.
- 8.2. Os pagamentos serão efetuados mediante depósito bancário em conta corrente do credor, ou outra forma, a critério da **Administração Pública Municipal**.
- 8.3. O **Município** efetuará o pagamento de acordo com o número de exames realizados, mediante apresentação de autorizações prévias emitidas por este, através de agente da **Secretaria Municipal de Saúde** especialmente designado pelo **Secretário Municipal de Saúde** para esse fim.
- 8.4. O pagamento estará condicionado à apresentação da certidão de regularidade dos encargos trabalhistas, previdenciários e fiscal, conforme disposto no **art. 71 da Lei Federal nº 8.666/93**.
- 8.5. O recurso para pagamento será:

MAC – 2045

Exercício 2021

Classificação Econômica – 3.3.90.39.00

Subelemento – 3.3.90.39.11

Subelemento – 3.3.90.39.86

Recurso Próprio – 2032

Exercício 2021

Classificação Econômica – 3.3.90.39.00

Subelemento – 3.3.90.39.11

Subelemento – 3.3.90.39.86

9 – DISPOSIÇÕES GERAIS/INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- 9.1. Como exigência imprescindível para a formalização e manutenção do **Contrato**, a empresa proponente/credenciada deverá atender às seguintes condições:
- 9.1.1. Estar cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;
- 9.1.2. Comprovar aptidão através de 02 (dois) atestados fornecidos por pessoas jurídicas de direito público ou privado, da prestação de serviços de complexidade tecnológica ou operacional similares;
- 9.1.3. Realizar todos os exames constantes da **Tabela Unificada de Procedimentos SIGTAP**, constantes no **item 10** deste **Termo**, por valores iguais aos definidos na tabela vigente, disponível no site <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>, do **Ministério da Saúde**.
- 9.1.3.1. Os valores a que se refere este item poderão sofrer alterações diferentes dos divulgados na **Tabela Unificada de Procedimentos SIGTAP** desde que as alterações sejam devidamente autorizadas pelo Conselho Municipal de Saúde.
- 9.1.4. Demonstrar participação em pelo menos um Programa Nacional de Controle de Qualidade, apresentando relatório expedido por empresa certificada pela ANVISA;
- 9.1.5. Apresentar e atualizar certidões ou qualquer outro documento sempre que solicitado pela Secretaria Municipal de Saúde.
- 9.2. É também imprescindível para a contratação dos serviços a apresentação de Alvará e Licença Sanitária emitida por Órgão Oficial.
- 9.3. A quantidade de exames a ser realizado será definida de acordo com a demanda da **Secretaria Municipal de Saúde** e o número de laboratórios credenciados, de modo que a efetiva demanda do serviço seja igualmente distribuída entre as unidades credenciadas,

COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO - CPL

observada a ordem de prioridades que trata o **art. 199, da Constituição Federal e o art. 25 da Lei Federal nº 8.080/90.**

9.4. Fica estabelecido que os **Credenciados** realizarão todos os exames e procedimentos distribuídos pela **Secretaria Municipal de Saúde** em locais indicados pela mesma (coleta).

9.5. No caso do **item anterior**, os resultados dos exames e procedimentos deverão ser entregues nas **Unidades Básicas de Saúde ou Hospital Municipal**, observado o prazo estipulado neste regulamento, ou em local definido pela **SMS**, sendo assim o local deverá ser indicado e comunicado ao setor que fará o controle e auditoria previamente.

9.7. A **Credenciada** fica proibida de ceder ou transferir para terceiros a realização de exames de rotina e procedimentos constantes no **Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP.**

10 – TABELAS DE PROCEDIMENTOS DO SUS DIVIDIDAS POR FONTES DE RECURSOS

SERVIÇOS DE EXAMES AMBULATORIAIS E CONSULTAS ESPECIALIZADAS					
FONTE DE RECURSOS: RECURSO PRÓPRIO MUNICIPAL E REPASSE FUNDO A FUNDO - MAC					
ITEM	QUANT	UNID	CONSULTAS COM ESPECIALIDADES	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
1	80	UNID	Gastroenterologia	80,00	6.400,00
2	80	UNID	Ortopedia	80,00	6.400,00
3	80	UNID	Neurologia	80,00	6.400,00
4	80	UNID	Pediatria	80,00	6.400,00
5	80	UNID	Cardiologia	80,00	6.400,00
TOTAL (A)				400,00	32.000,00
ITEM	QUANT	UNID	EXAMES DE RAO X	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
6	50	UNID	Tórax AP e perfil	30,00	1.500,00
7	50	UNID	Crânio AP e lateral	30,00	1.500,00
8	50	UNID	Seios da Face AP Perfil	30,00	1.500,00
9	50	UNID	Cavo AP	30,00	1.500,00
10	50	UNID	Ossos dos Membros Superiores AP e Perfil	30,00	1.500,00
11	50	UNID	Punho AP e Perfil	30,00	1.500,00
12	50	UNID	Cotovelo AP e Perfil	30,00	1.500,00
13	50	UNID	Clavícula AP	30,00	1.500,00
14	50	UNID	Ombro AP e Perfil	30,00	1.500,00
15	50	UNID	Ossos dos Membros Inferiores AP e Perfil	30,00	1.500,00
16	50	UNID	Joelho AP e Perfil	30,00	1.500,00
17	50	UNID	Quadril AP e Perfil	30,00	1.500,00

COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO - CPL

18	50	UNID	Coluna Cervical AP e Perfil	30,00	1.500,00
19	50	UNID	Coluna Torácica AP e Perfil	30,00	1.500,00
20	50	UNID	Coluna Lombar AP e Perfil	30,00	1.500,00
21	50	UNID	Coluna Lombo Sacro AP e Perfil	30,00	1.500,00
TOTAL (B)				480,00	24.000,00
ITEM	QUANT	UNID	EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
22	34	UNID	Abdome Total	80,00	2.720,00
23	34	UNID	Abdome Superior	80,00	2.720,00
24	34	UNID	Pélvica	80,00	2.720,00
25	34	UNID	Tireoide	80,00	2.720,00
26	34	UNID	Parte Moles	80,00	2.720,00
27	34	UNID	Transvaginal	80,00	2.720,00
28	34	UNID	Articulações	80,00	2.720,00
29	34	UNID	Rins e Vias Urinarias	80,00	2.720,00
30	34	UNID	Obstétrica	80,00	2.720,00
TOTAL (C)				720	24.480,00
31	400	UNID	Exames de Endoscopia Digestiva	48,00	19.200,00
32	100	UNID	Exame de Ecocardiograma	48,00	4.800,00
33	400	UNID	Exame de Mamografia	80,00	32.000,00
34	20	UNID	Exame de Teste Ergométrico	150,00	3.000,00
35	50	UNID	Exame de ECG	30,00	1.500,00
TOTAL (D)				356,00	60.500,00
VALOR TOTAL DE EXAMES AMBULATORIAIS E CONSULTAS ESPECIALIZADAS (A+B+C+D)				R\$ 140.980,00	

SERVIÇOS DE EXAMES LABORATORIAIS					
FONTE DE RECURSOS: RECURSO PRÓPRIO MUNICIPAL E REPASSE FUNDO A FUNDO – MAC					
ITEM	QUANT	UNID	ESPECIFICAÇÃO DA DESPESA	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
1	400	UNID	Anatomopatológico	40,78	16.312,00
2	500	UNID	ANTI - HBC IGM (HEPATITE B)	18,55	9.275,00
3	500	UNID	ANTI - HBC TOTAL (HEPATITE B)	18,55	9.275,00
4	500	UNID	ANTI - HBE (HEPATITE B)	18,55	9.275,00

COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO - CPL

5	500	UNID	ANTI - HBS (HEPATITE B)	18,55	9.275,00
6	500	UNID	ANTI - HBsAG (HEPATITE B)	18,55	9.275,00
7	500	UNID	ANTI - HCV (HEPATITE C)	18,55	9.275,00
8	100	UNID	Antibiograma	4,98	498,00
9	500	UNID	Aslo – Látex	2,83	1.415,00
10	300	UNID	Beta HCG (TESTE RAPIDO)	7,85	2.355,00
11	100	UNID	CA – 125	13,35	1.355,00
12	100	UNID	CEA	13,35	1.355,00
13	360	UNID	Citomegalovirus IGG	11,00	3.960,00
14	360	UNID	Citomegalovirus IGM	11,61	4.179,60
15	200	UNID	Coagulograma	2,73	546,00
16	500	UNID	Contagem de Plaquetas	2,73	1.365,00
17	300	UNID	Contagem de Reticulocitos	2,73	819,00
18	200	UNID	COOMBS Direto	2,73	546,00
19	200	UNID	COOMBS Indireto	2,73	546,00
20	50	UNID	Coprocultura	5,62	281,00
21	300	UNID	Cultura de Baar (escarro)	4,20	1.260,00
22	200	UNID	Dosagem de Ácido Úrico	1,85	370,00
23	100	UNID	Dosagem de Ácido Valpróico	15,65	1.565,00
24	400	UNID	Dosagem de Amilase	2,25	900,00
25	300	UNID	Dosagem de Bilirrubina Total e Frações	2,01	603,00
26	300	UNID	Dosagem de Cálcio	1,85	555,00
27	100	UNID	Dosagem de Chumbo	8,83	883,00
28	600	UNID	Dosagem de Colesterol Total	1,85	1.110,00
39	600	UNID	Dosagem de Colesterol HDL	3,51	2.106,00
30	600	UNID	Dosagem de Colesterol - LDL	3,51	2.106,00
31	600	UNID	Dosagem de Creatinina	1,85	1.110,00
32	200	UNID	Dosagem de Creatinofosfoquinase (CPK)	3,68	736,00

COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO - CPL

33	200	UNID	Dosagem de Creatinofosfoquinase fração (CPK MB)	4,12	824,00
34	300	UNID	Dosagem de Ferro Sérico	3,51	1.053,00
35	300	UNID	Dosagem de Fosfatase Alcalina	2,01	603,00
36	300	UNID	Dosagem de Fósforo	1,85	555,00
37	400	UNID	Dosagem de Gama GT	3,51	1.404,00
38	700	UNID	Dosagem de Glicose	1,85	1.295,00
39	200	UNID	Dosagem de Hemoglobina Glicosilada	7,86	1.572,00
40	500	UNID	Dosagem de Hormônio Fólico Estimulante (FSH)	7,89	3.945,00
41	60	UNID	Dosagem de Insulina	10,17	610,20
42	400	UNID	Dosagem de Lipase	2,25	900,00
43	200	UNID	Dosagem de Lítio	2,25	450,00
44	100	UNID	Dosagem de Mucoproteínas	2,01	201,00
45	500	UNID	Dosagem de Potássio	1,85	925,00
46	300	UNID	Dosagem de Prolactina	10,15	3.045,00
47	300	UNID	Dosagem de Proteína totais	1,40	420,00
48	500	UNID	Dosagem de Sódio	1,85	925,00
49	300	UNID	Dosagem de Testosterona Livre	13,11	3.933,00
50	500	UNID	Dosagem de Tiroxina livre (T4 Livre)	11,60	5.800,00
51	500	UNID	Dosagem de Tiroxina Total (T4)	8,76	4.380,00
52	600	UNID	Dosagem de Triglicerídeos	3,51	2.106,00
53	500	UNID	Dosagem de Triiodotironina (T3)	8,71	4.355,00
54	500	UNID	Dosagem de Triiodotironina Livre (T3 Livre)	11,60	5.800,00
55	500	UNID	Dosagem de Troponina	9,00	4.500,00
56	600	UNID	Dosagem de Uréia	1,85	1.110,00
57	100	UNID	Dosagem de Zinco	15,65	1.565,00
58	300	UNID	Dosagem Progesterona	10,22	3.066,00
59	100	UNID	Estradiol	10,15	1.015,00
60	60	UNID	Estriol Livre	11,55	693,00

COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO - CPL

61	100	UNID	Estrona	11,12	1.112,00
62	500	UNID	Exames VDRL em Gestante	2,83	1.415,00
63	500	UNID	Fator Reumatoide (Látex)	2,83	1.415,00
64	200	UNID	Hemocultura	11,49	2.298,00
65	1200	UNID	Hemograma Completo	4,11	4.932,00
66	500	UNID	HIV 1 e 2 (Sorologia)	10,00	5.000,00
67	300	UNID	LH - Hormonio Luteinizante	8,97	2.691,00
68	600	UNID	Parasitologico de Fezes (EPF ou PPF)	1,65	990,00
69	300	UNID	PCCU - Papanicolau	7,30	2.190,00
70	300	UNID	Pesquisa de Anticorpos IGG Contra Vírus da Rubéola	17,16	5.148,00
71	300	UNID	Pesquisa de Anticorpos IGM Contra Vírus da Rubéola	17,16	5.148,00
72	60	UNID	Pesquisa de Células LE	4,11	246,60
73	300	UNID	Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes	1,65	495,00
74	200	UNID	Proteína C Reativa	2,83	566,00
75	200	UNID	Prova do Laco	2,73	546,00
76	200	UND	Prova do Látex p/ pesquisa do fator reumatoide	1,89	378,00
77	500	UNID	PSA Livre	16,42	8.210,00
78	500	UNID	PSA Total	16,42	8.210,00
79	300	UNID	Secreção Vaginal	2,80	840,00
80	600	UNID	Sumario de Urina (EAS)	3,70	2.220,00
81	400	UNID	Tempo de Atividade da Protrombina (TAP)	2,73	1.092,00
82	400	UNID	Tempo de Tromboplastina (TTPA)	5,77	2.308,00
83	300	UNID	Teste de Estimulo de LH	8,97	2.691,00
84	600	UNID	TGO (AST)	2,01	1.206,00
85	600	UNID	TGP (ALT)	2,01	1.206,00
86	1000	UNID	Tipagem Sanguínea (Fator RH)	1,37	1.370,00
87	300	UNID	Toxoplasmose IGG	16,97	5.091,00
88	300	UNID	Toxoplasmose IGM	18,55	5.565,00

COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO - CPL

89	200	UNID	Troponina I	9,00	1.800,00
90	500	UNID	TSH, Dosagem de Hormônio Tireostimulante	8,96	4.480,00
91	300	UNID	Urocultura	5,62	1.686,00
92	500	UNID	VHS (Hemossedimentação)	2,73	1.365,00
93	100	UNID	Vitamina B12	15,24	1.524,00
94	100	UNID	Dosagem de 25 Hidroxi Vitamina D	15,24	1.524,00
VALOR TOTAL DE EXAMES LABORATORIAIS				248.455,40	

VALOR TOTAL POR PROCEDIMENTO	
EXAMES AMBULATORIAIS E CONSULTAS ESPECIALIZADAS (A+B+C+D)	R\$ 140.980,00
EXAMES LABORATORIAIS	R\$ 248.455,40
VALOR GLOBAL ESTIMADO	R\$ 389.435,40

10.1. O valor total dos serviços por Fontes de Recursos e o valor global estimado correspondem:

10.1.1. Recursos Próprios: **R\$-194.717,70** (cento e noventa e quatro mil, setecentos e dezessete e setenta centavos).

10.1.2. Repasse Fundo a Fundo – MAC: **R\$-194.717,70** (cento e noventa e quatro mil, setecentos e dezessete e setenta centavos).

10.1.3. Valor Global: **R\$-389.435,40** (trezentos e oitenta e nove mil, duzentos e dezoito reais e oitenta centavos).

10.2. Qualquer outro exame que não consta nesta tabela deverá ser realizado com valores iguais aos apresentados no site do **Ministério da Saúde**, www.saude.gov.br/sas e informado a **SMS**.

Ulianópolis/PA, 17 de Junho de 2021.

ADONIAS CORRÊA DA SILVA
Secretário Municipal de Saúde