

## TERMO DE REFERÊNCIA

### 1. OBJETO DA CONTRATAÇÃO:

- 1.1. Contratação de empresa especializada com vistas à prestação de serviços de Exames Laboratoriais de Análise Clínica, aos usuários do SUS do município de Igarapé Açu para atender às necessidades da Prefeitura Municipal, através de sua Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), conforme especificações estabelecidas neste termo de referência.

### 2. JUSTIFICATIVA PARA A CONTRATAÇÃO:

- 2.1. Considerando o que dispõe a Constituição Federal de 1988, em especial o seu artigo 196, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação;.
- 2.2. Considerando a lei 8.080, de Setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;
- 2.3. Considerando a necessidade de assegurar a prestação de serviço de Exames laboratoriais aos munícipes de Igarapé Açu - PA, de forma a complementar a assistência à saúde;
- 2.4. Considerando que os Exames Laboratoriais são necessários como apoio para diagnóstico de inúmeras patologias, assim sendo, a contratação de Laboratório para a prestação de serviços de Análises Clínica é indispensável, como instrumento para complementar a assistência à Saúde do Município de Igarapé Açu -PA.
- 2.5. Considerando que a Secretaria Municipal de Saúde de Igarapé Açu não possui capacidade instalada para realizar os exames especializados de Análises Clínicas advindos do Município; O Município de Igarapé Açu -PA, por meio da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), DECIDE contratar pessoa jurídica para a prestação de serviços de Análises Clínica. (**EXAMES LABORATORIAIS**).

### 3. ESPECIFICAÇÕES DO OBJETO

- 3.1. Os Serviços a serem prestados deverão estar em conformidade com as especificações, quantidades e condições descritas neste Termo de Referência.

#### **4. DOCUMENTOS RELATIVOS À CAPACIDADE TÉCNICA:**

- 4.1. Declaração pessoal dos profissionais indicados pela proponente, de que se encontram à disposição da mesma (indicando a razão social da empresa) para a execução dos serviços;
- 4.2. Cópia autenticada dos seguintes documentos: Curriculum Vitae, Carteira de Identidade, CPF, Diploma de Conclusão de Curso, comprovante de residência e, se houver, quitação com o conselho de classe, de cada um dos profissionais;
- 4.3. Memorial descritivo contendo: Especificação do quadro de pessoal; relação do Corpo Clínico para atendimento da área de atuação, com seu respectivo título ou certificado de especialidade na área; documento comprobatório do título de mestrado e/ou doutorado, quando houver, dos profissionais que compõe o corpo clínico;
- 4.4. Comprovação do vínculo do corpo clínico/técnico mediante apresentação da cópia autenticada da carteira profissional ou cópia autenticada do contrato de trabalho;
- 4.5. Os valores dos Serviços a serem prestados terão como base os preços praticados no mercado;
- 4.6. A licitante, por ocasião da participação na licitação, obriga-se a prestar os serviços de acordo com a descrição deste termo.

#### **5. DO LOCAL DE COLETA E DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS**

##### **5.1.**

- Os serviços solicitados, objeto desse termo de referência, deverão esta estrita conformidade com as disposições e especificações apresentados nos Termos do Termo de Referência.
- O laboratório ou empresa deverá coletar as amostras para realização de análise clínica no Laboratório de Análise Clínica Municipal, salvo os casos de urgência, que será encaminhado pelo médico de plantão, quando necessário, obedecendo o horário de funcionamento comercial.
- Os resultados dos exames solicitados deverão ser entreguem com prazo máximo de até 03 (três) dias uteis para exames de rotina e de até 1 (um) dia para exames de urgência após o recebimento da Requisição para prestação de Serviço.
- A execução dos serviços deverá ser disponibilizada imediatamente, a partir da assinatura do contrato, contados do recebimento formal da solicitação expedida pela Secretaria Municipal de Saúde de Igarapé Açu-PA.

#### **6. DA VIGÊNCIA**

- 6.1. A presente Chamada Pública para a prestação dos serviços objeto deste termo terá o prazo de vigência de 12 meses contados a partir de sua assinatura, podendo ser revisado, de acordo com a vontade das partes ou de uma parte ou prorrogado, ou mesmo ser rescindo, mediante comunicação prévia.

- 6.2. Os serviços objeto deste Termo de Referência deverão ser iniciados a partir da data do recebimento da respectiva Ordem de Serviço.

## **7. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

- 7.1. A Contratada deve cumprir todas as obrigações constantes da sua proposta, assumindo de forma direta e exclusiva seus os riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto e, ainda;
- 7.2. Executar os serviços conforme especificações, prazo e local constantes neste Termo de Referência.
- 7.3. Responsabilizar-se pelo mau uso/manuseio dos equipamentos e acessórios existentes por seu profissional designado;
- 7.4. Observar as normas e regimento interno da instituição, como também seguir os protocolos e política de segurança estabelecidos;
- 7.5. Apresentar relatório mensal das atividades desenvolvidas, bem como notificar eventos adversos que por ventura venham ocorrer sob sua responsabilidade, com suas devidas análises;
- 7.6. A contratada deve atender à todas as exigências previstas no CNES e normas técnicas do SUS– Sistema Único de Saúde;
- 7.7. Não subcontratar os serviços salvo se houver anuência prévia e expressa da Contratante.

## **8. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

- 7.1. Receber o objeto nas condições estabelecidas neste Termo de Referência;
- 7.2. Comunicar à Contratada, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas na execução do objeto, para que seja reparado ou corrigido;
- 7.3. Efetuar o pagamento à Contratada no valor correspondente à execução dos serviços, no prazo e forma estabelecidos neste Termo de Referência e nas condições previstas no respectivo contrato celebrado com a Contratante.

## **9. DO PAGAMENTO**

- 9.1. O prazo de pagamento será de até 15 (quinze) dias corridos após a emissão da documentação fiscal e contábil, acompanhados das Certidões de Regularidade do FGTS, CND Tributos Federais, Estaduais e Municipais e mediante a apresentação de nota fiscal/fatura, de acordo com a legislação em vigor, discriminada por item, sendo devidamente atestada pelo setor competente do promotor do serviço, no prazo indicado acima, a contar da data de prestação dos serviços. Nenhum pagamento será efetuado à Contratada antecipadamente, ou enquanto houver pendência de liquidação da obrigação.
- 9.2. Os pagamentos serão creditados em favor da contratada, por meio de depósito Bancário em conta corrente indicada na proposta, contendo o nome do banco, agência, localidade e número da conta corrente em que deverá ser efetivado o crédito.

- 9.3. O não cumprimento das jornadas de trabalho e/ou discriminação dos serviços por profissionais estabelecidos no item da cláusula terceira, caberá o pagamento à empresa vencedora de forma proporcional aos serviços prestados.

Igarapé Açu-PA, 03 de Fevereiro de 2020

**Assinatura Digital**



XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Secretaria Municipal de Saúde  
Decreto N° XXXXXX

## ANEXO I

ITEM	DESCRIMINAÇÃO/ESPECIFICAÇÕES	QUANTIDADE
1	EXAME DE GLICOSE	13.000
2	EXAME DE TESTOSTERONA	150
3	EXAME DE TESTOSTERONA LIVRE	150
4	EXAME DE LH	200
5	EXAME DE FSH	200
6	EXAME DE ESTRADIOL	200
7	EXAME DE HGH	250
8	EXAME DE CORTISOL	150
9	EXAME DE IGE TOTAL	250
10	EXAME DE IGE RAST	250
11	EXAME DE ASO	300
12	EXAME DE UREIA	3700
13	EXAME DE CREATININA	3700
14	EXAME DE TGO	2000
15	EXAME DE TGP	2000
16	EXAME DE ÁCIDO ÚRICO	300
17	EXAME DE FOSFATASE ALCALINA	80
18	EXAME DE BILIRUBINA DIRETA	300
19	EXAME DE BILIRUBINA TOTAL	300
20	EXAME DE GAMA GT	80
21	EXAME DE ALBUMINA	40
22	EXAME DE AMILASE	80
23	EXAME DE CÁLCIO	80
24	EXAME DE PROTEINAS TOTAIS	40
25	EXAME DE FERRO	140
26	EXAME DE HIV	150
27	EXAME DE T4 LIVRE	250
28	EXAME DE T4 TOTAL	250
29	EXAME DE T3 LIVRE	250
30	EXAME DE T3 TOTAL	250
31	EXAME DE TSH	250
32	EXAME DE PROGESTERONA	150
33	EXAME DE PROLACTINA	150
34	EXAME DE CITOMEGALOVIRUS IGM	450
35	EXAME DE HEMOGRAMA + CONT DE PLAQUETAS	18000
36	EXAME DE COLESTEROL	9500
37	EXAME DE TRIGLICERIDEOS	9000
38	EXAME DE RUBEOLA IGG	800

39	EXAME DE HBS AG	800
40	EXAME DE HCG	400
41	EXAME DE PSA TOTAL	550
42	EXAME DE PSA LIVRE	350
43	EXAME DE RUBEOLA IGM	450
44	EXAME DE TOXOPLASMOSE IGG	800
45	EXAME TOXOPLASMOSE IGG	400
46	EXAME CITOMEGALOVIRUS IGG	900
47	EXAME HEMOGLOBINA GLICADA	150
48	EXAME DE SÓDIO	100
49	EXAME DE POTÁSSIO	100
50	EXAME DE MAGNÉSIO	100
51	EXAME DE UROCULTURA	200