

**Secretaria Municipal
de Saúde**



PREFEITURA DE
GARRAFÃO DO NORTE
MAIS TRABALHO, MAIS AVANÇOS



TERMO DE REFERÊNCIA DE SERVIÇOS COMUNS.

O QUE SERÁ CONTRATADO?

COTA PRINCIPAL

Item	Descrição	Código o UASG	Und	Qtd*	Valor Uni- tário Estimad o	Total
1	ENDOSCOPIA	-----	SERVIÇO	400	416,63	166.650,00
2	DENSITOMETRIA	-----	SERVIÇO	100	157,56	15.756,00
3	MAMOGRAFIA	-----	SERVIÇO	500	126,25	63.125,00
4	COLPOSCOPIA	-----	SERVIÇO	300	176,75	53.025,00
5	TOMOGRAFIA	-----	SERVIÇO	400	278,26	111.302,00
6	TOMOGRAFIA AB TOTAL	-----	SERVIÇO	350	499,95	174.982,50
7	CONTRASTE	-----	SERVIÇO	100	280,28	28.027,50
8	ECOCARDIOGRAMA	-----	SERVIÇO	100	277,75	27.775,00
9	BIOPSIA	-----	SERVIÇO	150	277,75	41.662,50
10	USG MORFOLOGIA	-----	SERVIÇO	100	378,75	37.875,00
11	USG COM DOOPLER OBSTETRICO	-----	SERVIÇO	100	328,25	32.825,00
12	USG AB TOTAL	-----	SERVIÇO	600	141,40	84.840,00
13	USG OBSTETRICA	-----	SERVIÇO	600	126,25	75.750,00
14	USG VIA TRANSVAGINAL	-----	SERVIÇO	600	126,25	75.750,00
15	USG PELVICA	-----	SERVIÇO	400	126,25	50.500,00
16	USG PAREDE ABDOMINAL	-----	SERVIÇO	300	126,25	37.875,00
17	USG TIREOIDE	-----	SERVIÇO	300	151,50	45.450,00
18	USG RINS E VIAS URINARIAS	-----	SERVIÇO	400	126,25	50.500,00
19	USG PROSTATA	-----	SERVIÇO	300	126,25	37.875,00
20	USG BOLSA ESCROTAL	-----	SERVIÇO	300	151,50	45.450,00
21	USG MAMAS	-----	SERVIÇO	500	161,60	80.800,00
22	USG REGIÃO INGUINAL	-----	SERVIÇO	300	136,35	40.905,00
23	HOLTER 24 HS	-----	SERVIÇO	250	161,60	40.400,00
24	MAPA 24 HS	-----	SERVIÇO	250	161,60	40.400,00
25	ESPIROMETRIA	-----	SERVIÇO	100	136,35	13.635,00
26	EXAME HEMOGRAMA	-----	SERVIÇO	1000	12,63	12.625,00
27	EXAME GLICOSE	-----	SERVIÇO	1000	11,41	11.413,00
28	EXAMES COLESTEROL TOTAL	-----	SERVIÇO	1000	10,20	10.201,00
29	EXAME HDL	-----	SERVIÇO	1000	10,20	10.201,00
30	EXAME LDL	-----	SERVIÇO	1000	11,92	11.918,00
31	EXAME VLDL	-----	SERVIÇO	1000	10,63	10.630,25
32	EXAME TRIGLICERIDES	-----	SERVIÇO	800	10,63	8.504,20

**Secretaria Municipal
de Saúde**



PREFEITURA DE
**GARRAFÃO
DO NORTE**
MAIS TRABALHO. MAIS AVANÇOS



33	EXAME UREIA	-----	SERVIÇO	800	10,63	8.504,20
34	EXAME CREATININA	-----	SERVIÇO	800	10,63	8.504,20
35	EXAME TGO	-----	SERVIÇO	800	10,63	8.504,20
36	EXAME TGP	-----	SERVIÇO	800	10,63	8.504,20
37	EXAME URINA	-----	SERVIÇO	800	11,64	9.312,20
38	EXAME PARASITOLÓGICO	-----	SERVIÇO	800	10,63	8.504,20
39	EXAME SÓDIO	-----	SERVIÇO	600	20,50	12.301,80
40	EXAME POTÁSSIO	-----	SERVIÇO	600	20,50	12.301,80
41	EXAME HEMOGLOBINA GLICADA	-----	SERVIÇO	600	39,52	23.709,75
42	EXAME ASLO	-----	SERVIÇO	400	6,87	2.747,20
43	EXAME FATOR REUMATÓIDE	-----	SERVIÇO	400	11,92	4.767,20
44	EXAME PCR	-----	SERVIÇO	400	14,95	5.979,20
45	EXAME VHS	-----	SERVIÇO	400	12,30	4.918,70
46	EXAME FAN	-----	SERVIÇO	400	31,94	12.776,50
47	EXAME PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES	-----	SERVIÇO	400	20,96	8.383,00
48	EXAME GAMA GT	-----	SERVIÇO	400	27,98	11.190,80
49	EXAME PSA TOTAL/LIVRE	-----	SERVIÇO	600	68,30	40.980,75
50	EXAME BAAR (CADA COLETA)	-----	SERVIÇO	300	36,61	10.983,75
51	EXAME UROCULTURA COM ANTIBIOGRAMA	-----	SERVIÇO	300	52,02	15.604,50
52	EXAME LÍPASE	-----	SERVIÇO	200	28,03	5.605,50
53	EXAME IGE	-----	SERVIÇO	200	33,08	6.615,50
54	EXAME COAGULOGRAMA	-----	SERVIÇO	500	32,32	16.160,00
55	EXAME BET HCG	-----	SERVIÇO	1000	23,36	23.356,25
56	EXAME VDRL PARA DETECÇÃO DE SIFILIS	-----	SERVIÇO	800	14,44	11.554,40
57	EXAME GRUPO SANGUÍNEO	-----	SERVIÇO	600	13,94	8.362,80
58	EXAME FATOR RH	-----	SERVIÇO	600	13,94	8.362,80
59	EXAME TOXOPLASMOSE IGG	-----	SERVIÇO	1500	32,07	48.101,25
60	EXAME OXOPLSMOSE IGM	-----	SERVIÇO	1500	32,07	48.101,25
61	EXAME RUBEOLA IGG	-----	SERVIÇO	1500	32,07	48.101,25
62	EXAME RUBEOLA IGM	-----	SERVIÇO	1500	32,07	48.101,25
63	EXAME COOMBS INDIRETO	-----	SERVIÇO	400	39,14	15.655,00
64	EXAME COOMBS DIRETO	-----	SERVIÇO	400	39,14	15.655,00
65	EXAME CITOMEGALOVÍRUS IGG	-----	SERVIÇO	1500	32,07	48.101,25
66	EXAME CITOMEGALOVÍRUS IGM	-----	SERVIÇO	1500	32,07	48.101,25
67	EXAME HIV	-----	SERVIÇO	1500	53,91	80.863,13
68	EXAME HBSAG	-----	SERVIÇO	1500	40,43	60.637,88
69	EXAME ANTI-HCV	-----	SERVIÇO	1500	28,03	42.041,25
70	EXAME ESTRADIOL	-----	SERVIÇO	500	33,08	16.538,75
71	EXAME TSH	-----	SERVIÇO	500	33,08	16.538,75
72	EXAME FSH	-----	SERVIÇO	500	33,08	16.538,75
73	EXAME LH	-----	SERVIÇO	500	33,08	16.538,75
74	EXAME PROGESTERONA	-----	UNIDADE	500	57,44	28.721,88
75	EXAME PROLACTINA	-----	SERVIÇO	500	39,52	19.758,13
76	EXAME TESTOTERONA	-----	SERVIÇO	500	57,12	28.557,75
77	EXAME T3 TOTAL	-----	SERVIÇO	500	33,08	16.538,75
78	EXAME T3 LIVRE	-----	SERVIÇO	500	33,08	16.538,75
79	EXAME T4 TOTAL	-----	SERVIÇO	500	33,08	16.538,75
80	EXAME T4 LIVRE	-----	SERVIÇO	500	33,08	16.538,75
81	EXAME ESTROGÊNIO	-----	SERVIÇO	400	88,63	35.451,00

**Secretaria Municipal
de Saúde**



PREFEITURA DE
**GARRAFÃO
DO NORTE**
MAIS TRABALHO, MAIS AVANÇOS



82	EXAME AMILASE	-----	SERVIÇO	400	20,45	8.181,00
83	EXAME FERRO	-----	SERVIÇO	600	31,94	19.164,75
84	EXAME FERRITINA	-----	SERVIÇO	600	39,52	23.709,75
85	EXAME ZINCO	-----	SERVIÇO	500	35,15	17.574,00
86	EXAME MAGNÉSIO	-----	SERVIÇO	500	23,03	11.514,00
87	EXAME COBRE	-----	SERVIÇO	500	53,53	26.765,00
88	EXAME SELENIO	-----	SERVIÇO	500	43,43	21.715,00
89	EXAME BILIRRUBINAS	-----	SERVIÇO	1000	14,44	14.443,00
90	EXAME VITAMINA D	-----	SERVIÇO	800	71,71	57.368,00
91	EXAME VITAMINA B12	-----	SERVIÇO	800	59,97	47.975,00
92	EXAME FOSFATASE ALCALINA	-----	SERVIÇO	800	22,93	18.341,60
93	EXAME ÁCIDO ÚRICO	-----	SERVIÇO	800	13,16	10.524,20
94	EXAME CÁLCIO	-----	SERVIÇO	700	20,50	14.352,10
95	EXAME PCCU	-----	SERVIÇO	800	93,43	74.740,00
96	EXAME À FRESCO	-----	SERVIÇO	800	26,89	21.513,00
97	EXAME BACTERIOSCOPIA - SECREÇÃO VAGINAL	-----	SERVIÇO	800	39,52	31.613,00
98	EXAME CREATINA	-----	SERVIÇO	1000	10,63	10.630,25
99	LAUDO PARA EXAME ELETROCARDIOGRAMA	-----	UNIDADE	3000	10,50	31.500,00

**VALOR GLOBAL ESTIMADO R\$ R\$
3.057.005,50**

COTA RESERVADA

Item	Descrição	Código SIMAS	Und	Qtd	Valor Unitá rio Esti- mado **	Total
VALOR GLOBAL ESTIMADO						R\$

DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO

QUAL O MOTIVO DA CONTRATAÇÃO? CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES MÉDICOS, LABORATORIAIS E LAUDOS PARA EXAMES.

Secretaria Municipal
de Saúde



PREFEITURA DE
GARRAFÃO DO NORTE
MAIS TRABALHO, MAIS AVANÇOS



NATUREZA DO SERVIÇO

☒ Comum.

☐ Especial.

PROVA DE QUALIDADE, RENDIMENTO, DURABILIDADE E SEGURANÇA DO BEM

**HAVERÁ PROVA DE
QUALIDADE?**

☐ Sim.

☒ Não.

Justificativa: (A prova de qualidade deve ser sempre justificada e deverá ser comprovada por certificação de instituição credenciada pelo CONMETRO).

**O EDITAL EXIGIRÁ
AMOSTRA?**

☐ Sim.

☒ Não.

Justificativa: (A exigência de amostra deve ser justificada).

**HAVERÁ GARANTIA
DO SERVIÇO?**

☒ Sim. De acordo com o estudo técnico preliminar, o contratado deverá prestar garantia dos bens indicados nos itens solicitados por, no mínimo, 90 dias, a partir do seu recebimento pela contratante.

☐ Não.

**HAVERÁ
ASSISTÊNCIA
TÉCNICA?**

☐ Sim. De acordo com o estudo técnico preliminar, o contratado prestará assistência técnica em relação aos bens indicados nos itens **X** e **Y**, durante **N** meses, a partir do seu recebimento pela contratante, *por meio de empresa credenciada contratada por ele*, sem custo para a administração pública.

☐ Sim. De acordo com o estudo técnico preliminar, o contratado prestará assistência técnica em relação aos bens indicados nos itens **X** e **Y**, durante **N** meses, a partir do seu recebimento pela contratante, *por meios próprios*, sem custo para a administração pública.

☒ Não será prestada assistência técnica em relação ao Serviço.

**FORMA DE
CONTRATAÇÃO**

PREGÃO, na forma **ELETRÔNICA**, nos termos da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, art. 17, parágrafo 2º, art. 28, inc. I, e art. 82, do Decreto nº 11.462, de 31 de março de 2023, e demais legislação aplicável.

**Secretaria Municipal
de Saúde**



PREFEITURA DE
**GARRAFÃO
DO NORTE**
MAIS TRABALHO, MAIS AVANÇOS



CRITÉRIO DE JULGAMENTO	☒ Menor preço. ☐ Maior desconto.
O ORÇAMENTO ESTIMADO É SIGILOSO?	☐ Sim. <i>Justificativa: (Indicar o motivo da escolha do orçamento sigiloso para a contratação).</i> ☒ Não.
CRITÉRIO PARA A PROPOSTA SER ACEITA	Os documentos previstos, necessários e suficientes para demonstrar a capacidade do licitante de realizar o objeto da licitação, serão exigidos para fins de habilitação, nos termos dos arts. 62 a 70 da Lei nº 14.133, de 2021.
HÁ ITENS COM PARTICIPAÇÃO EXCLUSIVA PARA MICROEMPRESAS E EMPRESA DE PEQUENO PORTE?	☒ NÃO. <i>Indicar os itens:</i> ☐ SIM.
REQUISITOS DA CONTRATADA	
SERÁ EXIGIDA HABILITAÇÃO TÉCNICA?	<i>Qual? Comprovação de fornecimento do objeto similar em processos anteriores.</i> ☒ Sim. <i>Por quê? Garantia da capacidade na execução do objeto contratado.</i> ☐ Não.

Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA DE
GARRAFÃO DO NORTE
MAIS TRABALHO, MAIS AVANÇOS



QUALIFICAÇÕES TÉCNICAS EXIGI DAS	☒ Declaração de ciência. Justificativa: <i>O atestado de qualificação técnica deve conter negócio compatível em características, quantidades e prazos com o objeto da licitação, mitigando possível incapacidade execução do objeto.</i>	
CRITÉRIOS DE SELEÇÃO		
☒	☐ Registro na entidade profissional competente. ☐ Indicação de pessoal técnico, instalações e aparelhamento para o cumprimento da futura obrigação contratual com a comprovação de qualificação técnica de cada membro da equipe técnica responsável pela execução dos trabalhos. ☒ Não será exigida prova de qualificação técnica em razão da baixa complexidade da contratação.	Justificativa: <i>(Justificar o motivo da exigência, indicando a legislação aplicável, se for o caso).</i> Justificativa: <i>(Justificar o motivo da exigência, indicando a legislação aplicável, se for o caso).</i>
HÁ CRITÉRIO DE SUSTENTABILIDADE?	☐ Sim. Especificar: <i>(Indicar o critério).</i> ☒ Não.	

Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA DE
GARRAFÃO DO NORTE
MAIS TRABALHO. MAIS AVANÇOS



HÁ RISCOS A SEREM ASSUMIDOS PELA CONTRATADA?	☐ Sim. ☒ Não.	Especificar: (Somente é possível definir os riscos se a análise de risco tiver sido realizada. Nessa hipótese, os riscos devem ser especificados neste campo).
---	---	---

FORMA DE ENTREGA DO SERVIÇO

COMO O SERVIÇO DEVE SER ENTREGUE?	☐ O bem deve ser totalmente entregue de uma só vez, conforme edital. ☒ O objeto da licitação deverá ser feito imediatamente após a emissão da ordem de compra, emitida pela Secretaria Municipal de saúde em local indicado pela Secretaria requisitante, que serão acompanhados e fiscalizados por técnicos da contratante.
LOCAL E HORA DA ENTREGA DO SERVIÇO	Em local indicado pela Secretaria requisitante. Em horário de funcionamento, de Segunda à Sexta-feira, das 07:00 às 17:00 horas.
PRAZO MÁXIMO DE VALIDADE	Não se aplica.

PRAZO, FORMA DE PAGAMENTO E GARANTIA DO CONTRATO

PRAZO DO CONTRATO	☒ 12 meses.
HAVERÁ POSSIBILIDADE DE PRORROGAÇÃO?	☐ Sim, nas hipóteses do art. 111 da Lei Federal nº 14.133/21. ☒ Não.
FORMA DE PAGAMENTO	Meio Ordem bancária. Onde? Conta corrente do fornecedor, indicado na Nota F. Qual o prazo? Até 30 dias corridos, a contar do recebimento da nota fiscal (ou fatura) com o comprovante de regularidade fiscal da contratada.



**Secretaria Municipal
de Saúde**



PREFEITURA DE
GARRAFÃO DO NORTE
MAIS TRABALHO, MAIS AVANÇOS

A regularidade fiscal pode ser provada:

- Prova da regularidade fiscal**
1. Por consulta ao SICAF ou Cadastro Unificado de Licitante.
 2. Pela apresentação dos documentos constantes no art. 68 da Lei Federal nº 14.133/21, quando não for possível consultar aos sistemas oficiais.

**QUAL A GARANTIA
DO CONTRATO?**

☒ Não há.

Justificativa: (A não exigência de garantia deve ser justificada)

PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA

**DADOS
ORÇAMENTÁRIOS DA
CONTRATAÇÃO**

Orgão requisitante 30- fundo municipal de Saúde
Unidade Orçamentária 30- fundo municipal de Saúde

Obs: Esses dados estão sujeitos à revisão por ocasião da emissão do atestado de disponibilidade orçamentária.

Garrafão do Norte/PA, 07 de Março de 2025.

JOMARA MAIRA DE MORAES PANTOJA
Secretária Municipal de Saúde