

TERMO DE REFERÊNCIA**1. OBJETO:**

Contratação de empresa/ laboratório para prestação de serviços especializados em realização de exames de análises clínicas patológicas nas áreas de hematologia, bioquímica, urinálise, parasitologia, imunologia e hormonologia, com posto de atendimento e coleta sediados na cidade de Penápolis/SP, em conformidade com a discriminação e especificações a seguir:

Item	Unidad e	Especificação	Valor Unitário	Quantidad e Estimada
01	Exame	Análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos na urina (Cód. SIGTAP 02.02.05.001-7)	R\$ 3,70	760
02	Exame	Antibiograma (Cód. SIGTAP 02.02.08.001-3)	R\$ 4,98	168
03	Exame	Baciloscopia direta para BAAR Tuberculos (controle) (Cód. SIGTAP 02.02.08.006-4)	R\$ 4,20	2
04	Exame	Baciloscopia direta para BAAR Tuberculose (diagnóstica) (Cód. SIGTAP 02.02.08.004-8)	R\$ 4,20	120
05	Exame	Bacterioscopia (GRAM) (Cód. SIGTAP 02.02.08.007-2)	R\$ 2,80	120
06	Exame	Clearance de creatinina (Cód. SIGTAP 02.02.05.002-5)	R\$ 3,51	40
07	Exame	Clearance de uréia (Cód. SIGTAP 02.02.05.004-1)	R\$ 3,51	20
08	Exame	Contagem de plaquetas (Cód. SIGTAP 02.02.02.002-9)	R\$ 2,73	1134
09	Exame	Contagem de reticulócitos (Cód. SIGTAP 02.02.02.003-7)	R\$ 2,73	6
10	Exame	Cultura de bactérias para identificação (Cód. SIGTAP 02.02.08.008-0)	R\$ 5,62	760
11	Exame	Cultura para identificação de fungos (Cód. SIGTAP 02.02.08.013-7)	R\$ 4,19	120
12	Exame	Cultura sólida para micobactérias (cultura para BAAR) (Cód. SIGTAP 02.02.08.011-0)	R\$ 5,63	120
13	Exame	Determinação de capacidade de fixação do ferro (Cód. SIGTAP 02.02.01.002-3)	R\$ 2,01	18
14	Exame	Determinação de complemento (CH 50) (Cód. SIGTAP 02.02.03.006-7)	R\$ 9,25	4
15	Exame	Determinação de curva glicêmica (2 dosagens) (Cód. SIGTAP 02.02.01.004-0)	R\$ 3,63	12
16	Exame	Determinação de curva glicêmica clássica (5 dosagens) (Cód. SIGTAP 02.02.01.007-4)	R\$ 10,00	120
17	Exame	Determinação de curva glicêmica com indução por cortisona (4 dosagens) (Cód. SIGTAP 02.02.01.006-6)	R\$ 3,68	2
18	Exame	Determinação de curva glicêmica com indução por cortisona (5 dosagens) (Cód. SIGTAP 02.02.01.005-8)	R\$ 6,55	2
19	Exame	Determinação de fator reumatóide (Cód. SIGTAP 02.02.03.007-5)	R\$ 2,83	80
20	Exame	Determinação de tempo de coagulação (Cód. SIGTAP 02.02.02.007-0)	R\$ 2,73	120
21	Exame	Determinação de tempo de sangramento - DUKE (Cód. SIGTAP 02.02.02.009-6)	R\$ 2,73	120
22	Exame	Determinação de tempo de sangramento de Ivy (Cód. SIGTAP 02.02.02.010-0)	R\$ 9,00	2
23	Exame	Determinação de tempo de sobrevivência de hemácias (Cód. SIGTAP 02.02.02.011-8)	R\$ 5,79	4

24	Exame	Determinação de tempo de trombina (Cód. SIGTAP 02.02.02.012-6)	R\$ 2,85	2
25	Exame	Determinação de tempo e atividade da protrombina (TAP) (Cód. SIGTAP 02.02.02.014-2)	R\$ 2,73	92
26	Exame	Determinação de velocidade de hemossedimentação (VHS) (Cód. SIGTAP 02.02.02.015-0)	R\$ 2,73	70
27	Exame	Determinação direta e reversa de grupos ABO (Cód. SIGTAP 02.02.12.002-3)	R\$ 1,37	120
28	Exame	Determinação do tempo de tromboplastina parcial ativada (TPP ATIVADA) (Cód. SIGTAP 02.02.02.013-4)	R\$ 5,77	62
29	Exame	Determinação quantitativa de proteína C reativa (Cód. SIGTAP 02.02.03.008-3)	R\$ 9,25	60
30	Exame	Dosagem de 17 alfa hidroxiprogesterona (Cód. SIGTAP 02.02.06.004-7)	R\$ 10,20	4
31	Exame	Dosagem de 17 hidroxicorticosteroides (Cód. SIGTAP 02.02.06.006-3)	R\$ 6,72	2
32	Exame	Dosagem de 25 hidroxivitamina D (Cód. SIGTAP 02.02.01.076-7)	R\$ 15,24	302
33	Exame	Dosagem de ácido ascórbico (Cód. SIGTAP 02.02.01.011-2)	R\$ 2,01	60
34	Exame	Dosagem de ácido úrico (Cód. SIGTAP 02.02.01.012-0)	R\$ 1,85	374
35	Exame	Dosagem de ácido valproico (Cód. SIGTAP 02.02.07.005-0)	R\$ 15,65	4
36	Exame	Dosagem de adrenocorticotrófico (ACTH) (Cód. SIGTAP 02.02.06.008-0)	R\$ 14,12	2
37	Exame	Dosagem de aldolase (Cód. SIGTAP 02.02.01.014-7)	R\$ 3,68	2
38	Exame	Dosagem de aldosterona (Cód. SIGTAP 02.02.06.009-8)	R\$ 11,89	2
39	Exame	Dosagem de alfa-1-glicoproteína ácida (Cód. SIGTAP 02.02.01.016-3)	R\$ 3,68	4
40	Exame	Dosagem de alfa-fetoproteína (Cód. SIGTAP 02.02.03.009-1)	R\$ 15,06	4
41	Exame	Dosagem de amilase (Cód. SIGTAP 02.02.01.018-0)	R\$ 2,25	34
42	Exame	Dosagem de androstenediona (Cód. SIGTAP 02.02.06.011-0)	R\$ 11,53	2
43	Exame	Dosagem de anticoagulante circulante (Cód. SIGTAP 02.02.02.016-9)	R\$ 4,11	2
44	Exame	Dosagem de anticorpos antitransglutaminaise recombinante humano IGA (Cód. SIGTAP 02.02.03.118-7)	R\$ 18,55	2
45	Exame	Dosagem de antidepressivos tricíclicos (Cód. SIGTAP 02.02.07.011-5)	R\$ 10,00	2
46	Exame	Dosagem de antígeno CA 125 (Cód. SIGTAP 02.02.03.121-7)	R\$ 13,35	6
47	Exame	Dosagem de antígeno prostático específico (PSA) (Cód. SIGTAP 02.02.03.010-5)	R\$ 16,42	346
48	Exame	Dosagem de antitrombina III (Cód. SIGTAP 02.02.02.017-7)	R\$ 6,48	2
49	Exame	Dosagem de barbituratos (Cód. SIGTAP 02.02.07.012-3)	R\$ 13,13	2
50	Exame	Dosagem de beta-2-microglobulina (Cód. SIGTAP 02.02.03.011-3)	R\$ 13,55	2
51	Exame	Dosagem de bilirrubina total e frações (Cód. SIGTAP 02.02.01.020-1)	R\$ 2,01	82
52	Exame	Dosagem de cálcio (Cód. SIGTAP 02.02.01.021-0)	R\$ 1,85	66
53	Exame	Dosagem de cálcio ionizável (Cód. SIGTAP 02.02.01.022-8)	R\$ 3,51	20
54	Exame	Dosagem de calcitonina (Cód. SIGTAP 02.02.06.012-8)	R\$ 14,38	4
55	Exame	Dosagem de carbamazepina (Cód. SIGTAP 02.02.07.015-8)	R\$ 17,53	2
56	Exame	Dosagem de cerulosplatimina (Cód. SIGTAP 02.02.01.025-2)	R\$ 3,68	2

57	Exame	Dosagem de chumbo (Cód. SIGTAP 02.02.07.017-4)	R\$ 8,83	2
58	Exame	Dosagem de citrato (Cód. SIGTAP 02.02.05.008-4)	R\$ 2,01	2
59	Exame	Dosagem de cloreto (Cód. SIGTAP 02.02.01.026-0)	R\$ 1,85	2
60	Exame	Dosagem de cobre (Cód. SIGTAP 02.02.07.019-0)	R\$ 3,51	2
61	Exame	Dosagem de colesterol HDL (Cód. SIGTAP 02.02.01.027-9)	R\$ 3,51	764
62	Exame	Dosagem de colesterol LDL (Cód. SIGTAP 02.02.01.028-7)	R\$ 3,51	764
63	Exame	Dosagem de colesterol total (Cód. SIGTAP 02.02.01.029-5)	R\$ 1,85	816
64	Exame	Dosagem de colinesterase (Cód. SIGTAP 02.02.01.030-9)	R\$ 3,68	2
65	Exame	Dosagem de complemento C3 (Cód. SIGTAP 02.02.03.012-1)	R\$ 17,16	6
66	Exame	Dosagem de complemento C4 (Cód. SIGTAP 02.02.03.013-0)	R\$ 17,16	4
67	Exame	Dosagem de cortisol (Cód. SIGTAP 02.02.06.013-6)	R\$ 9,86	8
68	Exame	Dosagem de creatinina (Cód. SIGTAP 02.02.01.031-7)	R\$ 1,85	808
69	Exame	Dosagem de creatinofosfoquinase (CPK) (Cód. SIGTAP 02.02.01.032-5)	R\$ 3,68	286
70	Exame	Dosagem de creatinofosfoquinase fração MB (Cód. SIGTAP 02.02.01.033-3)	R\$ 4,12	2
71	Exame	Dosagem de dehidroepiandrosterona (DHEA) (Cód. SIGTAP 02.02.06.014-4)	R\$ 11,25	8
72	Exame	Dosagem de dehidrotestosterona (DHT) (Cód. SIGTAP 02.02.06.015-2)	R\$ 11,71	2
73	Exame	Dosagem de desidrogenase láctica (Cód. SIGTAP 02.02.01.036-8)	R\$ 3,68	12
74	Exame	Dosagem de desidrogenase láctica (Isoenzimas fracionadas) (Cód. SIGTAP 02.02.01.037-6)	R\$ 3,68	2
75	Exame	Dosagem de estradiol (Cód. SIGTAP 02.02.06.016-0)	R\$ 10,15	20
76	Exame	Dosagem de estriol (Cód. SIGTAP 02.02.06.017-9)	R\$ 11,55	4
77	Exame	Dosagem de estrona (Cód. SIGTAP 02.02.06.018-7)	R\$ 11,12	4
78	Exame	Dosagem de fator V (Cód. SIGTAP 02.02.02.020-7)	R\$ 4,73	2
79	Exame	Dosagem de fator VIII (Cód. SIGTAP 02.02.02.022-3)	R\$ 6,63	2
80	Exame	Dosagem de fenitoína (Cód. SIGTAP 02.02.07.022-0)	R\$ 35,22	2
81	Exame	Dosagem de ferritina (Cód. SIGTAP 02.02.01.038-4)	R\$ 15,59	250
82	Exame	Dosagem de ferro sérico (Cód. SIGTAP 02.02.01.039-2)	R\$ 3,51	374
83	Exame	Dosagem de fibrinogênio (Cód. SIGTAP 02.02.02.029-0)	R\$ 4,60	2
84	Exame	Dosagem de folato (Cód. SIGTAP 02.02.01.040-6)	R\$ 15,65	120
85	Exame	Dosagem de fosfatase ácida total (Cód. SIGTAP 02.02.01.041-4)	R\$ 2,01	4
86	Exame	Dosagem de fosfatase alcalina (Cód. SIGTAP 02.02.01.042-2)	R\$ 2,01	44
87	Exame	Dosagem de fósforo (Cód. SIGTAP 02.02.01.043-0)	R\$ 2,01	20
88	Exame	Dosagem de fração prostática da fosfatase ácida (Cód. SIGTAP 02.02.01.044-9)	R\$ 2,01	4
89	Exame	Dosagem de frutose (Cód. SIGTAP 02.02.09.010-8)	R\$ 2,01	2
90	Exame	Dosagem de gama-glutamyl-transferase (GAMA GT) (Cód. SIGTAP 02.02.01.046-5)	R\$ 3,51	200
91	Exame	Dosagem de glicose (Cód. SIGTAP 02.02.01.047-3)	R\$ 1,85	1000
92	Exame	Dosagem de glicose-6-fosfato desidrogenase (Cód. SIGTAP 02.02.01.048-1)	R\$ 3,68	2
93	Exame	Dosagem de globulina transportadora de tiroxina (Cód. SIGTAP 02.02.06.020-9)	R\$ 15,35	2
94	Exame	Dosagem de gonadotrofina coriônica humana (HCG, BETA HCG) (Cód. SIGTAP 02.02.06.021-7)	R\$ 7,85	200

95	Exame	Dosagem de haptoglobina (Cód. SIGTAP 02.02.01.049-0)	R\$ 3,68	2
96	Exame	Dosagem de hemoglobina (Cód. SIGTAP 02.02.02.030-4)	R\$ 1,53	4
97	Exame	Dosagem de hemoglobina glicosilada (Cód. SIGTAP 02.02.01.050-3)	R\$ 7,86	636
98	Exame	Dosagem de hormônio do crescimento (HGH) (Cód. SIGTAP 02.02.06.022-5)	R\$ 10,21	4
99	Exame	Dosagem de hormônio folículo-estimulante (FSH) (Cód. SIGTAP 02.02.06.023-3)	R\$ 7,89	46
100	Exame	Dosagem de hormônio luteinizante (LH) (Cód. SIGTAP 02.02.06.024-1)	R\$ 8,97	32
101	Exame	Dosagem de hormônio tireoestimulante (TSH) (Cód. SIGTAP 02.02.06.025-0)	R\$ 8,96	736
102	Exame	Dosagem de imunoglobulina A (IGA) (Cód. SIGTAP 02.02.03.015-6)	R\$ 17,16	4
103	Exame	Dosagem de imunoglobulina E (IGE) (Cód. SIGTAP 02.02.03.016-4)	R\$ 9,25	500
104	Exame	Dosagem de imunoglobulina M (IGM) (Cód. SIGTAP 02.02.03.018-0)	R\$ 17,16	2
105	Exame	Dosagem de imunoglobulina G (IGG)	R\$ 15,00	2
106	Exame	Dosagem de insulina (Cód. SIGTAP 02.02.06.026-8)	R\$ 10,17	42
107	Exame	Dosagem de lactato (Cód. SIGTAP 02.02.01.053-8)	R\$ 3,68	2
108	Exame	Dosagem de lipase (Cód. SIGTAP 02.02.01.055-4)	R\$ 2,25	6
109	Exame	Dosagem de litio (Cód. SIGTAP 02.02.07.025-5)	R\$ 2,25	8
110	Exame	Dosagem de magnésio (Cód. SIGTAP 02.02.01.056-2)	R\$ 2,01	46
111	Exame	Dosagem de microalbumina na urina (Cód. SIGTAP 02.02.05.009-2)	R\$ 8,12	60
112	Exame	Dosagem de muco-proteínas (Cód. SIGTAP 02.02.01.057-0)	R\$ 2,01	6
113	Exame	Dosagem de oxalato (Cód. SIGTAP 02.02.05.010-6)	R\$ 3,68	20
114	Exame	Dosagem de paratormônio (Cód. SIGTAP 02.02.06.027-6)	R\$ 43,13	20
115	Exame	Dosagem de peptídeo C (Cód. SIGTAP 02.02.06.028-4)	R\$ 15,35	16
116	Exame	Dosagem de potássio (Cód. SIGTAP 02.02.01.060-0)	R\$ 1,85	400
117	Exame	Dosagem de progesterona (Cód. SIGTAP 02.02.06.029-2)	R\$ 10,22	20
118	Exame	Dosagem de prolactina (Cód. SIGTAP 02.02.06.030-6)	R\$ 10,15	34
119	Exame	Dosagem de proteína C funcional (Cód. SIGTAP 02.02.02.055-0)	R\$ 75,00	2
120	Exame	Dosagem de proteína C reativa (Cód. SIGTAP 02.02.03.020-2)	R\$ 2,83	164
121	Exame	Dosagem de proteína S funcional (Cód. SIGTAP 02.02.02.056-8)	R\$ 125,00	2
122	Exame	Dosagem de proteínas (urina de 24 horas) (Cód. SIGTAP 02.02.05.011-4)	R\$ 2,04	54
123	Exame	Dosagem de proteínas totais (Cód. SIGTAP 02.02.01.061-9)	R\$ 1,40	2
124	Exame	Dosagem de proteínas totais e frações (Cód. SIGTAP 02.02.01.062-7)	R\$ 1,85	40
125	Exame	Dosagem de renina (Cód. SIGTAP 02.02.06.031-4)	R\$ 13,19	2
126	Exame	Dosagem de sódio (Cód. SIGTAP 02.02.01.063-5)	R\$ 1,85	400
127	Exame	Dosagem de somatomedina C (IGF1) (Cód. SIGTAP 02.02.06.032-2)	R\$ 15,35	4
128	Exame	Dosagem de sulfato de hidroepiandrosterona (DHEAS) (Cód. SIGTAP 02.02.06.033-0)	R\$ 13,11	2
129	Exame	Dosagem de testosterona (Cód. SIGTAP 02.02.06.034-9)	R\$ 10,43	48

130	Exame	Dosagem de testosterona livre (Cód. SIGTAP 02.02.06.035-7)	R\$ 13,11	20
131	Exame	Dosagem de tireoglobulina (Cód. SIGTAP 02.02.06.036-5)	R\$ 15,35	20
132	Exame	Dosagem de tiroxina (T4) (Cód. SIGTAP 02.02.06.037-3)	R\$ 8,76	84
133	Exame	Dosagem de tiroxina livre (T4 LIVRE) (Cód. SIGTAP 02.02.06.038-1)	R\$ 11,60	506
134	Exame	Dosagem de transaminase glutâmico oxalacética (TGO) (Cód. SIGTAP 02.02.01.064-3)	R\$ 2,01	586
135	Exame	Dosagem de transaminase glutâmico pirúvica (TGP) (Cód. SIGTAP 02.02.01.065-1)	R\$ 2,01	632
136	Exame	Dosagem de transferrina (Cód. SIGTAP 02.02.01.066-0)	R\$ 4,12	28
137	Exame	Dosagem de triglicerídeos (Cód. SIGTAP 02.02.01.067-8)	R\$ 3,51	808
138	Exame	Dosagem de triiodotironina (T3) (Cód. SIGTAP 02.02.06.039-0)	R\$ 8,71	66
139	Exame	Dosagem de triptofano (Cód. SIGTAP 02.02.01.068-6)	R\$ 3,51	2
140	Exame	Dosagem de troponina (Cód. SIGTAP 02.02.03.120-9)	R\$ 9,00	2
141	Exame	Dosagem de uréia (Cód. SIGTAP 02.02.01.069-4)	R\$ 1,85	534
142	Exame	Dosagem de vitamina B12 (Cód. SIGTAP 02.02.01.070-8)	R\$ 15,24	500
143	Exame	Dosagem de zinco (Cód. SIGTAP 02.02.07.035-2)	R\$ 15,65	28
144	Exame	Eletroforese de hemoglobina (Cód. SIGTAP 02.02.02.035-5)	R\$ 5,41	24
145	Exame	Eletroforese de lipoproteínas (Cód. SIGTAP 02.02.01.071-6)	R\$ 3,68	2
146	Exame	Eletroforese de proteínas (Cód. SIGTAP 02.02.01.072-4)	R\$ 4,42	8
147	Exame	Eletroforese de proteínas com concentração no liquor (Cód. SIGTAP 02.02.09.015-9)	R\$ 5,23	2
148	Exame	Eritrograma (eritrócitos, hemoglobina, hematócrito) (Cód. SIGTAP 02.02.02.036-3)	R\$ 2,73	2
149	Exame	Exame parasitológico direto para Leishmania chagasi (leishmaniose visceral humana)	R\$ 50,50	2
150	Exame	Hemograma completo (Cód. SIGTAP 02.02.02.038-0)	R\$ 4,11	1244
151	Exame	Pesquisa de aminoácidos na urina (Cód. SIGTAP 02.02.05.016-5)	R\$ 3,70	2
152	Exame	Pesquisa de anticoagulante lúpico (Cód. SIGTAP 02.02.02.057-6)	R\$ 110,00	2
153	Exame	Pesquisa de anticorpo IGG anticardiolipina (Cód. SIGTAP 02.02.03.025-3)	R\$ 10,00	4
154	Exame	Pesquisa de anticorpo IGM anticardiolipina (Cód. SIGTAP 02.02.03.026-1)	R\$ 10,00	4
155	Exame	Pesquisa de anticorpos antibrucelas (Cód. SIGTAP 02.02.03.040-7)	R\$ 3,70	20
156	Exame	Pesquisa de anticorpos anti-DNA (Cód. SIGTAP 02.02.03.027-0)	R\$ 8,67	10
157	Exame	Pesquisa de anticorpos antiescleroderma (SCL 70) (Cód. SIGTAP 02.02.03.045-8)	R\$ 10,00	6
158	Exame	Pesquisa de anticorpos antiespermatozóides (ELISA) (Cód. SIGTAP 02.02.09.021-3)	R\$ 9,70	20
159	Exame	Pesquisa de anticorpos antiestreptolisina O (ASLO) (Cód. SIGTAP 02.02.03.047-4)	R\$ 2,83	20
160	Exame	Pesquisa de anticorpos anti-HIV 1 (WESTERN-BLOT) (Cód. SIGTAP 02.02.03.029-6)	R\$ 85,00	14
161	Exame	Pesquisa de anticorpos anti-HIV1+HIV2 (ELISA) (Cód. SIGTAP 02.02.03.030-0)	R\$ 10,00	78
162	Exame	Pesquisa de anticorpos anti-HTLV1+HTLV2 (Cód. SIGTAP	R\$ 18,55	2

		02.02.03.031-8)		
163	Exame	Pesquisa de anticorpos antiilhota de langerhans (Cód. SIGTAP 02.02.03.051-2)	R\$ 10,00	2
164	Exame	Pesquisa de anticorpos antiinsulina (Cód. SIGTAP 02.02.03.052-0)	R\$ 17,16	2
165	Exame	Pesquisa de anticorpos antimicrosomas (Cód. SIGTAP 02.02.03.055-5)	R\$ 17,16	26
166	Exame	Pesquisa de anticorpos antimitocondria (Cód. SIGTAP 02.02.03.056-3)	R\$ 17,16	2
167	Exame	Pesquisa de anticorpos antimusculo liso (Cód. SIGTAP 02.02.03.058-0)	R\$ 17,16	2
168	Exame	Pesquisa de anticorpos antinúcleo (Cód. SIGTAP 02.02.03.059-8)	R\$ 17,16	46
169	Exame	Pesquisa de anticorpos anti-ribonucleoproteína (RNP) (Cód. SIGTAP 02.02.03.032-6)	R\$ 17,16	6
170	Exame	Pesquisa de anticorpos anti-SM (Cód. SIGTAP 02.02.03.034-2)	R\$ 17,16	6
171	Exame	Pesquisa de anticorpos anti-SS-A (RO) (Cód. SIGTAP 02.02.03.035-0)	R\$ 18,55	6
172	Exame	Pesquisa de anticorpos anti-SS-B (LA) (Cód. SIGTAP 02.02.03.036-9)	R\$ 18,55	6
173	Exame	Pesquisa de anticorpos antitireoglobulina (Cód. SIGTAP 02.02.03.062-8)	R\$ 17,16	14
174	Exame	Pesquisa de anticorpos contra antígeno de superfície do vírus da hepatite B (ANTI-HBS) (Cód. SIGTAP 02.02.03.063-6)	R\$ 18,55	14
175	Exame	Pesquisa de anticorpos contra antígeno e do vírus da hepatite B (ANTI HBE) (Cód. SIGTAP 02.02.03.064-4)	R\$ 18,55	2
176	Exame	Pesquisa de anticorpos contra o vírus da hepatite C (ANTI-HCV) (Cód. SIGTAP 02.02.03.067-9)	R\$ 18,55	68
177	Exame	Pesquisa de anticorpos contra o vírus da hepatite D (ANTI-HDV) (Cód. SIGTAP 02.02.03.068-7)	R\$ 18,55	2
178	Exame	Pesquisa de anticorpos heterófilos contra o vírus epstein-barr (Cód. SIGTAP 02.02.03.073-3)	R\$ 2,83	2
179	Exame	Pesquisa de anticorpos IGG anticitomegalovirus (Cód. SIGTAP 02.02.03.074-1)	R\$ 11,00	54
180	Exame	Pesquisa de anticorpos IGG antileishmanias (Cód. SIGTAP 02.02.03.075-0)	R\$ 9,25	2
181	Exame	Pesquisa de anticorpos IGG antitoxoplasma (Cód. SIGTAP 02.02.03.076-8)	R\$ 16,97	70
182	Exame	Pesquisa de anticorpos IGG antitrypanosoma cruzi (Cód. SIGTAP 02.02.03.077-6)	R\$ 9,25	2
183	Exame	Pesquisa de anticorpos IGG contra o vírus da hepatite A (HAV-IGG) (Cód. SIGTAP 02.02.03.080-6)	R\$ 18,55	2
184	Exame	Pesquisa de anticorpos IGG contra o vírus da rubéola (Cód. SIGTAP 02.02.03.081-4)	R\$ 17,16	54
185	Exame	Pesquisa de anticorpos IGG contra o vírus da varicela-herpes zoster (Cód. SIGTAP 02.02.03.082-2)	R\$ 17,16	2
186	Exame	Pesquisa de anticorpos IGG contra o vírus EPSTEIN BARR (Cód. SIGTAP 02.02.03.083-0)	R\$ 17,16	20
187	Exame	Pesquisa de anticorpos IGG contra o vírus herpes simples (Cód. SIGTAP 02.02.03.084-9)	R\$ 17,16	2

188	Exame	Pesquisa de anticorpos IGG e IGM contra antígeno central do vírus da hepatite B (ANTI-HBC-TOTAL) (Cód. SIGTAP 02.02.03.078-4)	R\$ 18,55	4
189	Exame	Pesquisa de anticorpos IGM anticitomegalovirus (Cód. SIGTAP 02.02.03.085-7)	R\$ 11,61	54
190	Exame	Pesquisa de anticorpos IGM antileishmanias (Cód. SIGTAP 02.02.03.086-5)	R\$ 10,00	2
191	Exame	Pesquisa de anticorpos IGM antitoxoplasma (Cód. SIGTAP 02.02.03.087-3)	R\$ 18,55	70
192	Exame	Pesquisa de anticorpos IGM antitypanosoma cruzi (Cód. SIGTAP 02.02.03.088-1)	R\$ 9,25	2
193	Exame	Pesquisa de anticorpos IGM contra antígeno central do vírus da hepatite B (ANTI-HBC-IGM) (Cód. SIGTAP 02.02.03.089-0)	R\$ 18,55	6
194	Exame	Pesquisa de anticorpos IGM contra o vírus da hepatite A (HAV-IGM) (Cód. SIGTAP 02.02.03.091-1)	R\$ 18,55	2
195	Exame	Pesquisa de anticorpos IGM contra o vírus da rubéola (Cód. SIGTAP 02.02.03.092-0)	R\$ 17,16	54
196	Exame	Pesquisa de anticorpos IGM contra o vírus da varicela-herpes zoster (Cód. SIGTAP 02.02.03.093-8)	R\$ 17,16	2
197	Exame	Pesquisa de anticorpos IGM contra o vírus EPSTEIN BARR (Cód. SIGTAP 02.02.03.094-6)	R\$ 17,16	20
198	Exame	Pesquisa de anticorpos IGM contra o vírus herpes simples (Cód. SIGTAP 02.02.03.095-4)	R\$ 17,16	2
199	Exame	Pesquisa de antígeno carcinoembrionário (CEA) (Cód. SIGTAP 02.02.03.096-2)	R\$ 13,35	8
200	Exame	Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBSAG) (Cód. SIGTAP 02.02.03.097-0)	R\$ 18,55	76
201	Exame	Pesquisa de antígeno e do vírus da hepatite B (HBEAG) (Cód. SIGTAP 02.02.03.098-9)	R\$ 18,55	4
202	Exame	Pesquisa de células L.E. (Cód. SIGTAP 02.02.02.041-0)	R\$ 4,11	2
203	Exame	Pesquisa de enterobius vermicularis (oxiurus oxiura) swab anal (Cód. SIGTAP 02.02.04.005-4)	R\$ 1,65	20
204	Exame	Pesquisa de espermatozoides (após vasectomia) (Cód. SIGTAP 02.02.09.026-4)	R\$ 4,80	10
205	Exame	Pesquisa de estreptococos beta-hemolíticos do grupo A (Cód. SIGTAP 02.02.08.019-6)	R\$ 4,33	6
206	Exame	Pesquisa de fator reumatoide (WAALER-ROSE) (Cód. SIGTAP 02.02.03.101-2)	R\$ 4,10	8
207	Exame	Pesquisa de fator RH (inclui D fraco) (Cód. SIGTAP 02.02.12.008-2)	R\$ 1,37	46
208	Exame	Pesquisa de hemoglobina S (Cód. SIGTAP 02.02.02.044-4)	R\$ 2,73	2
209	Exame	Pesquisa de homocistina da urina (Cód. SIGTAP 02.02.05.026-2)	R\$ 2,04	6
210	Exame	Pesquisa de imunoglobulina E (IGE) alergeno-específica (Cód. SIGTAP 02.02.03.103-9)	R\$ 9,25	334
211	Exame	Pesquisa de larvas nas fezes (Cód. SIGTAP 02.02.04.008-9)	R\$ 1,65	2
212	Exame	Pesquisa de leucócitos nas fezes (Cód. SIGTAP 02.02.04.009-7)	R\$ 1,65	2
213	Exame	Pesquisa de ovos de schistosomas (em fragmento de mucosa) (Cód. SIGTAP 02.02.04.011-9)	R\$ 1,65	2
214	Exame	Pesquisa de ovos e cistos de parasitas (Cód. SIGTAP	R\$ 1,65	200

		02.02.04.012-7)		
215	Exame	Pesquisa de sangue oculto nas fezes (Cód. SIGTAP 02.02.04.014-3)	R\$ 1,65	26
216	Exame	Pesquisa de tripanossoma (Cód. SIGTAP 02.02.02.046-0)	R\$ 2,73	4
217	Exame	Pesquisa de trofozoitas nas fezes (Cód. SIGTAP 02.02.04.017-8)	R\$ 1,65	2
218	Exame	Pesquisa de trypanosoma cruzi (por imunofluorescência) (Cód. SIGTAP 02.02.03.104-7)	R\$ 10,00	2
219	Exame	Prova de consumo de protrombina (Cód. SIGTAP 02.02.02.048-7)	R\$ 4,11	2
220	Exame	Prova de diluição (urina) (Cód. SIGTAP 02.02.05.032-7)	R\$ 2,04	2
221	Exame	Prova de retração do coagulo (Cód. SIGTAP 02.02.02.049.5)	R\$ 2,73	40
222	Exame	Prova do laço (Cód. SIGTAP 02.02.02.050.9)	R\$ 2,73	40
223	Exame	Prova do látex para pesquisa do fator reumatóide (Cód. SIGTAP 02.02.09.030-2)	R\$ 1,89	10
224	Exame	Teste direto de antiglobulina humana (TAD) (Cód. SIGTAP 02.02.02.054-1)	R\$ 2,73	2
225	Exame	Teste FTA-ABS IGG para diagnóstico de sífilis (Cód. SIGTAP 02.02.03.112.8)	R\$ 10,00	54
226	Exame	Teste FTA-ABS IGM para diagnóstico de sífilis (Cód. SIGTAP 02.02.03.113-6)	R\$ 10,00	54
227	Exame	Teste indireto de antiglobulina humana (TIA) (Cód. SIGTAP 02.02.12.009-0)	R\$ 2,73	12
228	Exame	Teste não treponemico para detecção de sífilis (Cód. SIGTAP 02.02.03.111-0)	R\$ 2,83	72
229	Exame	Teste não treponemico para detecção de sífilis em gestante (Cód. SIGTAP 02.02.03.117-9)	R\$ 2,83	54
230	Exame	Teste treponemico para detecção de sífilis (Cód. SIGTAP 02.02.03.109-8)	R\$ 4,10	12
231	Exame	Pesquisa de anticorpos IGM contra arbovírus (Cód. SIGTAP 02.02.03.090-3)	R\$ 20,00	4
232	Exame	Pesquisa de anticorpos IGG contra arbovírus (Cód. SIGTAP 02.02.03.079-2)	R\$ 30,00	4
233	Exame	Determinação de sulfo-hemoglobina (Cód. SIGTAP 02.02.02.006-1)	R\$ 2,73	2
234	Exame	Dosagem de hemoglobina fetal (Cód. SIGTAP 02.02.02.032-0)	R\$ 2,73	2
235	Exame	Exame coprológico funcional (Cód. SIGTAP 02.02.04.003-8)	R\$ 3,04	10
236	Exame	Exame microbiológico a fresco (direto) (Cód. SIGTAP 02.02.08.014-5)	R\$ 2,80	2
237	Exame	Imunofenotipagem de hemopatias malignas (por marcador) (Cód. SIGTAP 02.02.03.023-7)	R\$ 80,00	2
238	Exame	Pesquisa de anticorpos EIE anticlamidia (Cód. SIGTAP 02.02.03.072-5)	R\$ 17,16	2
239	Exame	Pesquisa de frutose na urina (Cód. SIGTAP 02.02.05.023-8)	R\$ 2,04	2
240	Exame	Pesquisa de rotavirus nas fezes (Cód. SIGTAP 02.02.04.013-5)	R\$ 10,25	6
241	Exame	Pesquisa de substâncias redutoras nas fezes (Cód. SIGTAP 02.02.04.015-1)	R\$ 1,65	2
242	Exame	Rastreo para deficiência de enzimas eritrocitárias (Cód. SIGTAP 02.02.02.051-7)	R\$ 2,73	2
TOTAL GLOBAL			R\$ 122.208,80	

As quantidades indicadas na tabela são estimadas, não sendo obrigatório à Contratante a utilização de todo saldo no decorrer da vigência do contrato.

Os valores são baseados na tabela SIGTAP/SUS.

2. JUSTIFICATIVA:

A contratação de empresa/laboratório especializado para a prestação de serviços de análises clínicas patológicas, abrangendo as áreas de hematologia, bioquímica, urinálise, parasitologia, imunologia e hormonologia, com posto de atendimento e coleta sediados na cidade de Penápolis/SP, mostra-se indispensável para garantir a adequada assistência à saúde dos usuários dos municípios consorciados. Trata-se de serviços essenciais ao diagnóstico, acompanhamento clínico e continuidade dos tratamentos em curso, de forma a assegurar a qualidade no atendimento prestado à população.

Destaca-se que a presente contratação se dará em caráter emergencial, tendo em vista a necessidade de evitar a descontinuidade dos serviços atualmente realizados, cuja paralisação poderia acarretar sérios riscos à saúde pública, inclusive com prejuízo a tratamentos em andamento e ao atendimento de situações de urgência.

Assim, a medida tem por finalidade assegurar a manutenção da prestação dos serviços laboratoriais sem interrupções, garantindo eficiência, segurança e integralidade na assistência à saúde ofertada pelos municípios consorciados.

3. FORMAS DE EXECUÇÃO E ESPECIFICAÇÕES:

Os atendimentos deverão ocorrer de acordo com os princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade e eficiência, nos termos do inciso II, do Artigo 37 da Constituição Federal. Para a realização dos exames previstos, haverá necessidade de, além da identificação dos usuários, a apresentação da solicitação/requisição médica de profissional médico.

A proponente vencedora deverá manter espaço físico adequado às Normas da Vigilância Sanitária e Corpo de Bombeiros, possuir ou ter sob sua locação, equipamentos adequados e legalizados para a realização dos exames contratados, realizando as suas custas as manutenções preventivas e/ou corretivas se necessário. Realizará os procedimentos observando as melhores condutas éticas/morais e de urbanidade e manter pessoal administrativo e de apoio às suas expensas. A Contratação dos serviços e do pessoal de apoio não ensejará qualquer obrigação trabalhista, previdenciária ou fiscal para o CIMPE.

A proponente vencedora deverá emitir os resultados dos exames em uma via devidamente carimbada e assinada pelo bioquímico responsável no prazo máximo de 03 (três) dias úteis para os exames considerados “bioquímicos” e 10 (dez) dias para os exames considerados “hormônios”, contados à partir da coleta do material a ser examinado, e ainda deverá colocar à disposição via Portador, correio eletrônico ou site os resultados dos exames dos materiais coletados.

Serão considerados como mês de referência, os exames realizados do dia 1º (primeiro) ao último dia do mês de referência, devendo as guias dos exames realizados serem encaminhadas ao Consórcio Intermunicipal, acompanhada do Relatório de Faturamento para controle e conferência dos serviços realizados.

A Nota Fiscal de Prestação de Serviços deverá ser emitida de acordo com o relatório de auditoria realizado pela Unidade de Avaliação e Controle – U.A.C., sendo que não serão consideradas as guias que não seguirem as normas aqui estabelecidas ou outras que vierem a ser definidas pelas Autoridades do SUS. Neste último caso, será dado ciência ao prestador de serviço que as regularize no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.

Para a emissão da Nota Fiscal de Prestação de Serviços, a Contratada deverá emitir uma Nota Fiscal para cada Município integrante do CIMPE, todas na razão social da Contratante e no campo “Discriminação dos Serviços” especificar que são referente a exames realizados nos pacientes de determinado município referente ao mês da prestação dos serviços.

A contratada se responsabilizará por acidentes e prejuízos a que venha causar a terceiros, por sua culpa, negligência ou imperícia, e também atender as normas de segurança do trabalho, assegurando a confiabilidade dos serviços prestados, por meio de controles internos e externos de qualidade.

A Contratada deverá manter sigilo sobre todas as informações, dados e documentos provenientes dos serviços realizados e também sobre as demais informações internas que tiver conhecimento.

As quantidades de exames apresentadas neste Termo de Referência são para efeito de estimativa de consumo, podendo ocorrer variações no todo ou em parte, tanto a maior quanto a menor, não existindo qualquer garantia de consumo para as quantidades estimadas e são ofertadas mediante compatibilização das necessidades da demanda do CIMPE. Entretanto, caberá à Contratada, se organizar para a realização da totalidade dos exames previstos, não podendo alegar como motivo de cobrança e nem de pagamento.

4. DO PAGAMENTO:

Em até 30 (trinta) dias após a emissão da Nota Fiscal e conferência dos serviços pelo setor responsável.

5. DO REAJUSTE, REPACTUAÇÃO, REEQUILIBRIO E ADITIVO:

Durante a vigência do contrato, os valores não serão reajustados.

6. LOCAL DE REALIZAÇÃO:

A Contratada prestará os serviços objeto do presente Contrato por meio de seu quadro técnico-profissional, em suas próprias instalações, colocando à disposição dos respectivos usuários todos os recursos materiais e humanos disponíveis.

O local para realização das coletas/ atendimento deverá ser sediado no município de Penápolis/SP, haja vista o custo para transporte do paciente por conta do município requisitante.

7. PRAZO DE VIGÊNCIA:

A Contratação terá prazo de 60 (sessenta) dias, haja vista se tratar de contratação baseada no Art. 75, inc. VIII, Lei 14.133/21. Poderá ser aditado respeitando o prazo legal.

Penápolis, 25 de setembro de 2025

Rosangela Aparecida Ortiz Lopes
Diretora Técnica de Enfermagem