

TERMO DE REFERÊNCIA PARA ABERTURA DE EDITAL DE CREDENCIAMENTO COM LABORATÓRIOS DE ANÁLISES CLÍNICAS

1.OBJETO

Contratação de Laboratórios de Análises Clínicas para prestação de serviços ambulatoriais de diagnóstico em laboratório clínico, compreendendo todas as etapas que envolvem esse diagnóstico (Fases Pré-analítica, Analítica e Pós-analítica).

2. DESCRIÇÃO DO OBJETO:

ITEM	CÓDIGO TABELA SUS	DESCRIÇÃO DO EXAME	VALOR UNITÁRIO SUS
1	202050017	ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA (EQU)	R\$ 3,70
2	202080013	ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,98
3	202080064	BACILOSCOPIA DIRETA PARA BAAR TUBERCULOSE (CONTROLE)	R\$ 4,20
4	202080048	BACILOSCOPIA DIRETA PARA BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICO) - 1ª AMOSTRA	R\$ 4,20
5	202080048	BACILOSCOPIA DIRETA PARA BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICO) - 2ª AMOSTRA	R\$ 4,20
6	202080072	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$ 2,80
7	202050025	CLEARANCE DE CREATININA (DCE)	R\$ 3,51
8	202020029	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 2,73
9	202020037	CONTAGEM DE RETICULÓCITOS	R\$ 2,73
10	202080080	CULTURA DE BACTÉRIAS PARA IDENTIFICAÇÃO	R\$ 5,62
11	202010023	DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	R\$ 2,01
12	202010040	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2 DOSAGENS) (TOTG)	R\$ 3,63
13	202120023	DETERMINAÇÃO DE GRUPO ABO	R\$ 1,37
14	202020134	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 5,77
15	202020142	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA C/ RNI (TAP)	R\$ 2,73
16	202020150	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	R\$ 2,73
17	202030075	DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE FATOR REUMATÓIDE (LÁTEX)	R\$ 2,83
18	202030083	DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA	R\$ 9,25
19	202010767	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D (VITAMINA D3)	R\$ 15,24
20	202010120	DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO	R\$ 1,85

***Laboratório Municipal de Análises Clínicas- LAMAC
Almirante Barroso – nº 5 Rio Grande/RS
Fone: (53) 3237-4230***

21	202070050	DOSAGEM DE ÁCIDO VALPRÓICO	R\$ 15,65
22	202010139	DOSAGEM DE ÁCIDO VANILMANDÉLICO	R\$ 9,00
23	202060080	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTRÓFICO (ACTH)	R\$ 14,12
24	202010627	DOSAGEM DE ALBUMINA	R\$ 1,85
25	202010155	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R\$ 3,68
26	202010163	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEÍNA ÁCIDA	R\$ 3,68
27	202030091	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEÍNA	R\$ 15,06
28	202010180	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,25
29	202030105	DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO LIVRE (PSL)	R\$ 16,42
30	202030105	DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO TOTAL (PSA)	R\$ 16,42
31	202020177	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$ 6,48
32	202010201	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	R\$ 2,01
33	202010210	DOSAGEM DE CÁLCIO	R\$ 1,85
34	202070158	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$ 17,53
35	202010260	DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 1,85
36	202010279	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51
37	202010287	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,51
38	202010295	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85
39	202060136	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86
40	202010317	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85
41	202010325	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68
42	202060144	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 11,25
43	202010368	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	R\$ 3,68
44	202060152	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11,71
45	202060160	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 10,15
46	202060179	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 11,55
47	202010384	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 15,59
48	202010392	DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	R\$ 3,51
49	202020290	DOSAGEM DE FIBRINOGENO	R\$ 4,60
50	202010406	DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 15,65
51	202010422	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01
52	202010430	DOSAGEM DE FÓSFORO	R\$ 1,85
53	202010465	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,51
54	202010473	DOSAGEM DE GLICOSE (JEJUM)	R\$ 1,85
55	202010473	DOSAGEM DE GLICOSE (PÓS PRANDIAL)	R\$ 1,85
56	202060217	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA QUALITATIVA (HCG, BETA HCG)	R\$ 7,85
57	202060217	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA QUANTITATIVA (HCG, BETA HCG)	R\$ 7,85

58	202040020	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R\$ 3,04
59	202010503	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7,86
60	202060225	DOSAGEM DE HORMÔNIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 10,21
61	202060233	DOSAGEM DE HORMÔNIO FOLÍCULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 7,89
62	202060241	DOSAGEM DE HORMÔNIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 8,97
63	202060250	DOSAGEM DE HORMÔNIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96
64	202030156	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 17,16
65	202030164	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 9,25
66	202030180	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 17,16
67	202010554	DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 2,25
68	202070255	DOSAGEM DE LÍTIO	R\$ 2,25
69	202010562	DOSAGEM DE MAGNÉSIO	R\$ 2,01
70	202050092	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12
71	202010570	DOSAGEM DE MUCOPROTEÍNAS	R\$ 2,01
72	202050106	DOSAGEM DE OXALATO	R\$ 3,68
73	202060276	DOSAGEM DE PARATORMÔNIO	R\$ 43,13
74	202010600	DOSAGEM DE POTÁSSIO	R\$ 1,85
75	202060292	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10,22
76	202060306	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 10,15
77	202050114	DOSAGEM DE PROTEÍNAS (URINA AMOSTRA OU 24 HORAS)	R\$ 2,04
78	202010627	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES	R\$ 1,85
79	202010635	DOSAGEM DE SÓDIO	R\$ 1,85
80	202060349	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43
81	202060357	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11
82	202060373	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 8,76
83	202060381	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60
84	202010643	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO-OXALACÉTICA (TGO)	R\$ 2,01
85	202010651	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO-PIRÚVICA (TGP)	R\$ 2,01
86	202010660	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12
87	202010678	DOSAGEM DE TRIGLICERÍDEOS	R\$ 3,51
88	202060390	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71
89	202010694	DOSAGEM DE URÉIA	R\$ 1,85
90	202010708	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 15,24
91	202031217	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	R\$ 13,35
92	202010724	ELETOFORESE DE PROTEÍNAS	R\$ 4,42
93	202040038	EXAME COPROLÓGICO FUNCIONAL	R\$ 3,04
94	202080145	EXAME MICOLÓGICO DIRETO	R\$ 2,80
95	202080145	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 2,80

96	202040127	EXAME PARASITOLÓGICO DE FEZES - 1ª Amostra	R\$ 1,65
97	202040127	EXAME PARASITOLÓGICO DE FEZES - 2ª Amostra	R\$ 1,65
98	202040127	EXAME PARASITOLÓGICO DE FEZES - 3ª Amostra	R\$ 1,65
99	202020380	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11
100	202030725	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMÍDIA IgA	R\$ 17,16
101	202030725	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMÍDIA IgG	R\$ 17,16
102	202030725	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMÍDIA IgM	R\$ 17,16
103	202030466	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZÓIDES (ESPERMOGRAMA)	R\$ 9,70
104	202030474	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 2,83
105	202030300	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2	R\$ 10,00
106	202030555	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS (ANTI-TPO) (ANTI-TIREOPOXIDASE)	R\$ 17,16
107	202030598	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINÚCLEO (FAN)	R\$ 17,16
108	202030636	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,55
109	202030644	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO E DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 18,55
110	202030679	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 18,55
111	202030741	PESQUISA DE ANTICORPOS IgG ANTICITOMEGALOVÍRUS	R\$ 11,00
112	202030768	PESQUISA DE ANTICORPOS IgG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97
113	202030806	PESQUISA DE ANTICORPOS IgG CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE A (HAV-IgG)	R\$ 18,55
114	202030814	PESQUISA DE ANTICORPOS IgG CONTRA O VÍRUS DA RUBÉOLA	R\$ 17,16
115	202030784	PESQUISA DE ANTICORPOS IgG E IgM CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R\$ 18,55
116	202030857	PESQUISA DE ANTICORPOS IgM ANTICITOMEGALOVÍRUS	R\$ 11,61
117	202030873	PESQUISA DE ANTICORPOS IgM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55
118	202030890	PESQUISA DE ANTICORPOS IgM CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IgM)	R\$ 18,55
119	202030911	PESQUISA DE ANTICORPOS IgM CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE A (HAV-IgM)	R\$ 18,55
120	202030920	PESQUISA DE ANTICORPOS IgM CONTRA O VÍRUS DA RUBÉOLA	R\$ 17,16
121	202030962	PESQUISA DE ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (CEA)	R\$ 13,35
122	202030970	PESQUISA DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBsAg)	R\$ 18,55
123	202020410	PESQUISA DE CÉLULAS LE	R\$ 4,11
124	202031012	PESQUISA DE FATOR REUMATÓIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 4,10
125	202120082	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37
126	202040070	PESQUISA DE GORDURA FECAL	R\$ 1,65
127	202031039	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECÍFICA PARA GLÚTEN	R\$ 9,25
128	202031039	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECÍFICA PARA LEITE	R\$ 9,25
129	202040143	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 1,65

130	202040151	PESQUISA DE SUBSTÂNCIAS REDUTORAS NAS FEZES	R\$ 1,65
131	202020541	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD) (COOMBS DIRETO)	R\$ 2,73
132	202031128	TESTE FTA-ABS IGG PARA DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS	R\$ 10,00
133	202031136	TESTE FTA-ABS IGM PARA DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS	R\$ 10,00
134	202120090	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA) (COOMBS INDIRETO)	R\$ 2,73
135	202031110	TESTE NÃO TREPONÊMICO PARA DETECÇÃO DE SÍFILIS - QUANTITATIVO (VDRL)	R\$ 2,83
136	202031098	TESTE TREPONÊMICO PARA DETECÇÃO DE SÍFILIS	R\$ 4,10
137	202080080	UROCULTURA	R\$ 5,62

* Dados da Tabela SUS extraídos do SIGTAP- Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - DATASUS, por meio do endereço eletrônico: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>

3. ESPECIFICAÇÕES DO OBJETO:

- As coletas serão realizadas tanto no laboratório credenciado como nas Unidades Básicas de Saúde. As amostras coletadas nas UBSs serão entregues diretamente no laboratório credenciado, os demais pacientes serão encaminhados diretamente ao laboratório para realização da coleta;
- Os laudos resultantes dos exames de pacientes encaminhados ao laboratório credenciado, já com as coletas realizadas nas Unidades Básicas de Saúde deverão ser encaminhados diretamente para a unidade de origem;
- Os laudos resultantes dos exames de pacientes coletados no laboratório credenciado deverão ser entregues diretamente ao paciente;
- O Laboratório contratado deverá se responsabilizar pela realização de todos os exames descritos na tabela do objeto;
- O município contratará os serviços oferecidos pelas instituições habilitadas na quantidade suficiente para atender à demanda necessária;
- O Laboratório credenciado deverá possuir capacidade instalada para absorver as demandas dos atendimentos;
- A contratada deverá dispor de acesso para as pessoas portadoras de deficiência física ou disponibilizar meios para viabilizar o atendimento dessa população;
- Os horários e dias de funcionamento disponibilizados aos usuários encaminhados

Laboratório Municipal de Análises Clínicas- LAMAC
Almirante Barroso – nº 5 Rio Grande/RS
Fone: (53) 3237-4230

diretamente ao laboratório contratado serão, no mínimo, em horário comercial para realização de agendamentos, orientações e coletas;

- O laboratório contratado se responsabilizará pelo recebimento de amostras coletadas nas Unidades de Saúde Básica, as quais chegarão ao destino em horário compreendido entre as 10:00 e 14:30 h.
- Os recursos humanos deverão ser compatíveis ao desenvolvimento das atividades;
- Os Equipamentos/Aparelhos deverão ser aqueles que possuem recomendação técnica considerando o porte do estabelecimento e a complexidade dos exames que realiza, conforme dispõe a Resolução RDC/ANVISA nº 302, de 13-10-2005;
- Usar material de primeira qualidade na execução dos exames contratados;
- O município não se obriga a contratar todos os serviços;
- O prazo de entrega dos resultados dos exames deverá ser de até 7 (sete) dias úteis, salvo exames que necessitem de um prazo maior para liberação da análise ou menor conforme requisição PEP (Profilaxia Pós Exposição), sendo este com resultado liberado em até 24 horas;
- O laboratório contratado não poderá cobrar do paciente, ou seu acompanhante, qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados no contrato.

4. FATURAMENTO

A fatura deverá ser entregue mensalmente para conferência, no Laboratório Municipal de Análises Clínicas (LAMAC), até dia 25 de cada mês, compreendendo o período de atendimento do dia 21 do mês anterior até o dia 20 do mês corrente.

As requisições deverão ser ordenadas conforme relatório de faturamento

A fatura deverá estar em papel timbrado e com assinatura do responsável pelo laboratório contratado, onde deverá constar o código da tabela SUS, a descrição, o quantitativo, o valor unitário e o valor total de cada exame realizado, juntamente com as respectivas requisições.

Juntamente com a fatura, deverá ser entregue um relatório de todos os pacientes atendidos na realização da análise dos exames: PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV) – código SUS: 0202030679 e TESTE TREPONÊMICO PARA DETECÇÃO DE SÍFILIS (TPA) – código SUS: 0202031098 discriminando o nome completo, data de nascimento, número do Cartão SUS e endereço

***Laboratório Municipal de Análises Clínicas- LAMAC
Almirante Barroso – nº 5 Rio Grande/RS
Fone: (53) 3237-4230***

completo destes pacientes.

5. JUSTIFICATIVA

Considerando que o Estado descredenciou os laboratórios do Município e havendo a necessidade de manutenção do atendimento em análises clínicas sem prejuízos aos usuários do SUS;

Considerando a readequação da padronização de exames no município para atender um número maior de usuários;

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;

Considerando a **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**, a qual dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. § 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação;

Considerando a Portaria GM/MS Nº 1.034, de 5 de Maio de 2010, em seu art. 9º, II, para efeito de remuneração, os serviços contratados deverão utilizar como referência a Tabela de Procedimentos SUS;

Considerando a Portaria/GM 1101 de 2002, que estabelece os parâmetros de cobertura assistenciais;

Considerando a Portaria GM/MS 399, de fevereiro de 2006 que estabelece as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, compromisso entre os gestores do SUS em torno das prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população; e Estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada - PPI; Regulação; Participação e Controle Social; Gestão do trabalho e Educação na Saúde;

Considerando a necessidade de assegurar a prestação de serviço laboratorial aos munícipes de Rio Grande, de forma a complementar a assistência à saúde;

Considerando que os Exames Laboratoriais são necessários como apoio para diagnosticar patologias, assim sendo, a contratação de Laboratórios para a prestação de serviços de Análises Clínicas são indispensáveis, como instrumento para complementar a assistência médico-ambulatorial realizada nas Unidades de Saúde do Município de Rio Grande;

Considerando que a Secretaria do Município de Saúde de Rio Grande não possui capacidade instalada para realizar todos os exames de Análises Clínicas solicitados no Município;

Faz-se necessário um Credenciamento para atender as necessidades dos usuários do SUS para que não ocorra a descontinuidade no atendimento à população do município em relação à realização dos exames.

6. DA COBERTURA FINANCEIRA E DO PAGAMENTO

Os recursos para cobertura das despesas relativas às diversas prestações de serviços advirão de competente dotação orçamentária e prévio empenho, sendo que o pagamento ocorrerá mensalmente, após conferência da fatura entregue e com a apresentação da nota fiscal em nome da Prefeitura Municipal do Rio Grande.

Maicon de Barros Lemos
Secretário de Município da Saúde
Mat. 9789-6

Elenice Rachelle
CRF/RS 4399
Mat. 9467-6

Denise Silva Brião
CRF/RS 17176
Mat. 13559-3