



# PREFEITURA MUNICIPAL DE QUATÁ

Secretaria da Saúde



## TERMO DE REFERÊNCIA COM FUNDAMENTO NA LEI FEDERAL Nº 14.133/2021

|                         |                                 |
|-------------------------|---------------------------------|
| <b>Órgão Requerente</b> | <b>Secretaria da Saúde</b>      |
| <b>Responsável</b>      | <b>MÁRCIO ALEXANDRE CAMARGO</b> |
| <b>E-mail</b>           | <b>compras@quata.sp.gov.br</b>  |

### 1- Definição do objeto:

Solicitamos abertura de processo de compra direta para “Realização de exame toxicológico”, conforme exposto abaixo:

| ITEM | CÓDIGO      | PRODUTO/DESCRIÇÃO                                    | UN | QT | VALOR UNIT. | VALOR TOTAL |
|------|-------------|------------------------------------------------------|----|----|-------------|-------------|
| 1    | 601.002.295 | EXAME TESTE DE MULTIPLAS DROGAS (EXAME TOXICOLOGICO) | SV | 01 | R\$ 200,00  | R\$ 200,00  |

### 1.2. Classificação do objeto:

Exame tóxicológico

### 1.3. Critério de Julgamento:

Menor Preço Unitário

### 1.4. Justificativa para dispensa dos documentos solicitados:

É dispensado projeto Básico por se tratar de “Contratação comum”.

Análise de Risco: envolve a identificação de substâncias psicoativas, a janela de detecção e a ocorrência de potenciais resultados falso-positivos decorrentes de medicamentos.

### 1.5. Valor total:

O valor total para a execução do objeto descrito acima é de aproximadamente R\$ 200,00 (duzentos reais) considerando os valores obtidos através de pesquisa em mercado virtual.

### 1.6. Registro de Preços:

( ) SIM (x) NÃO

### 2- Justificativa:

A presente contratação tem por objetivo viabilizar a realização dos exames de Análise Cromossômica por Microarray (CMA) e Cariótipo com Banda G para o paciente I.N.M.P., conforme indicação médica especializada, visando à investigação diagnóstica de possível alteração genética e/ou cromossômica. Os exames solicitados são considerados ferramentas essenciais para identificação de alterações genéticas relacionadas a síndromes, distúrbios do desenvolvimento, alterações congênitas e outras condições clínicas cuja confirmação diagnóstica



depende de análise laboratorial especializada. O exame de Microarray Cromossômico (CMA) possibilita a detecção de variações submicroscópicas no material genético com elevada sensibilidade, enquanto o Cariótipo com Banda G permite a avaliação de alterações estruturais e numéricas dos cromossomos. Considerando que tais exames exigem tecnologia específica, infraestrutura laboratorial adequada e profissionais especializados em genética médica, e que esses recursos não estão disponíveis na rede municipal de saúde, faz-se necessária a contratação de clínica especializada para sua realização. A obtenção de diagnóstico preciso é fundamental para definição da conduta terapêutica, acompanhamento clínico adequado, orientação familiar e encaminhamento a serviços especializados, contribuindo diretamente para a melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente. Dessa forma, a contratação pretendida encontra-se devidamente justificada pela necessidade de garantir ao paciente I.N.M.P. o acesso oportuno aos exames solicitados, assegurando a integralidade da atenção à saúde e o cumprimento dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

### **3- Dotação orçamentária (Lei de responsabilidade fiscal LC101/00 art. 16 em especial)**

| Reduzido | Programática  | Fonte           |
|----------|---------------|-----------------|
| 184      | GESTÃO DO SUS | RECURSO PRÓPRIO |

### **4- Condições de habilitação:**

A empresa contratada deverá possuir CNPJ ativo e CNAE compatível ao produto solicitado no item 01

### **5- Condições de execução do objeto:**

#### **5.1 – Prazo e forma de entrega/execução:**

Prazo de até 02 dias para execução do serviço, a contar do recebimento do empenho e finalizar com a coleta do exame.

#### **5.2 – Local de entrega/execução, responsável pelo recebimento do objeto:**

A execução do serviço deverá ser realizada no consultório da empresa vencedora. O laboratório que realizará o exame deverá estar localizado num raio máximo de 60 km da cidade de Quatá.

Responsável a assistente social Karina Brasil R. dos Santos.

#### **5.3 – Condições de garantia e assistência técnica:**

A contratada se obriga a efetuar, a substituição do objeto rejeitado, em até 05 (cinco) dias úteis, se este apresentar divergências relativas às especificações constantes neste Termo de Referência, sem ônus à administração pública.



### **5.4 – Prazo de vigência da contratação:**

Vigência de até 30 (trinta) dias, a partir do recebimento do empenho.

### **5.5- Demais informações necessárias para a execução do objeto:**

A empresa deverá entregar o serviço em perfeitas condições de uso, a avaliação será realizada in loco, pelo fiscal designado pela Secretaria solicitante, considerando os padrões de qualidade e especificações técnicas estabelecidas neste Termo de Referência.

### **6- Obrigações da contratada:**

A contratada deverá entregar os serviços conforme as especificações técnicas, prazos e demais condições estabelecidas no presente termo, deverá estar regularmente inscrita nos órgãos competentes, bem como estar em situação regular perante os órgãos fiscais federais, estaduais e municipais. Além de possuir conta jurídica e emitir nota fiscal eletrônica.

### **7- Gestão e Fiscalização:**

Gestão:

Márcio Alexandre Camargo - Secretário de Saúde

Fiscalização:

Karina Brasil R. dos Santos - Assistente Social

### **8- Outras informações:**

O pagamento será realizado no prazo de até 30 (trinta) dias contados a partir do recebimento do objeto, através de ordem bancária, para crédito em banco, agência e conta corrente jurídica vinculada ao CNPJ da CONTRATADA.

Email: [caps1@quata.sp.gov.br](mailto:caps1@quata.sp.gov.br)

Contato: (18) 99675-7924



# PREFEITURA MUNICIPAL DE QUATÁ

## Secretaria da Saúde



### SOLICITAÇÃO DE CUSTEIO DE EXAME TOXICOLÓGICO

À Secretaria Municipal de Saúde,

Solicitamos a autorização para custeio de exame toxicológico para paciente [REDACTED] em acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

O referido exame faz-se necessário para subsidiar a avaliação clínica, o acompanhamento terapêutico e a adequada condução do Projeto Terapêutico Singular (PTS), conforme indicação da equipe assistencial.

Destaca-se que a paciente encontra-se em situação de vulnerabilidade socioeconômica, não possuindo condições financeiras para arcar com os custos do exame, motivo pelo qual solicita-se que o Município realize o seu custeio, garantindo a continuidade da assistência e o acesso integral às ações de saúde, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante do exposto, solicitamos o deferimento desta solicitação, visando assegurar a continuidade do tratamento e a adequada assistência à paciente.

Sem mais para o momento, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Karina Brasil

Coordenação – Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

| SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO<br>REQUISIÇÃO DE SERVIÇO DE DIAGNÓSE E TERAPIA - SADT |                                                                                                                     |                                  |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| Unidade Promotora:<br><b>PREFEITURA MUNICIPAL DE QUATÁ</b>                                          |                                                                                                                     | Código CNES:                     |                       |
| Unidade Receptora:<br><b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b>                                          |                                                                                                                     | Código CNES:                     |                       |
| Centro:<br><b>PREFEITURA MUNICIPAL DE QUATÁ</b>                                                     |                                                                                                                     | Código CNES:                     |                       |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE</b> <i>C.P.</i>                                                         |                                                                                                                     |                                  |                       |
| Nº RG:                                                                                              | Data de Nascimento: [REDACTED] Idade: 33 ( ) a ( ) m ( ) d Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Fem. ( ) Masc. |                                  |                       |
| Nome: [REDACTED]                                                                                    |                                                                                                                     |                                  |                       |
| Endereço: [REDACTED]                                                                                |                                                                                                                     |                                  |                       |
| Município de Residência: <b>QUATÁ</b>                                                               |                                                                                                                     | Cód. Mun. Resid.: <b>3541703</b> | UF: <b>SP</b>         |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO SADT SOLICITADO:</b>                                                            |                                                                                                                     |                                  |                       |
| Data de Solicitação: ____/____/____                                                                 | CNS: _____                                                                                                          |                                  |                       |
| Descrição do Procedimento:<br><i>Exame toxicológico múltiplo<br/>sangue (para álcool)</i>           | Código SIA/SUS                                                                                                      | Data                             | Assinatura do Cliente |
|                                                                                                     |                                                                                                                     |                                  |                       |
|                                                                                                     |                                                                                                                     |                                  |                       |
|                                                                                                     |                                                                                                                     |                                  |                       |
|                                                                                                     |                                                                                                                     |                                  |                       |
|                                                                                                     |                                                                                                                     |                                  |                       |
| Identificação do Solicitante: Assinatura: [REDACTED]                                                |                                                                                                                     | C.R.: _____                      |                       |
| Nome: <i>Dr. [REDACTED]</i>                                                                         |                                                                                                                     |                                  |                       |
| Ident. do Resp. pelo SADT: Assinatura: [REDACTED]                                                   |                                                                                                                     | C.R.: _____                      |                       |

Quatá/SP, 03 de agosto de 2026

---

Márcio Alexandre Camargo  
Secretário Municipal de Saúde

---

Karina Brasil R. dos Santos  
Assistente Social

---

Alex Favoretto Terçarioli  
Escriturário - Elaborador do TR