



### 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 RAST”, conforme exposto abaixo:

ITEM	CÓDIGO	PRODUTO/DESCRIÇÃO	UN	QT	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
1	601.002.280	EXAME RAST (LEITE DE VACA; ALFA LACTOALBUMINA; BETA LACTOGLOBULINA; CASEÍNA)	SV	04	R\$ 150,00	R\$ 600,00

#### 1.2. Classificação do objeto:

Serviço laboratorial

#### 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: Foco em identificar, avaliar e mitigar perigos que podem afetar a segurança do paciente, a qualidade dos resultados e a integridade dos colaboradores. Esta prática engloba três fases principais: pré-analítica, analítica e pós-analítica, visando a segurança total do paciente.

#### 1.5. Valor total:

O valor total para a execução do objeto descrito acima é de aproximadamente R\$ 600,00 (seiscentos reais) considerando os valores obtidos em pesquisa de mercado regional.

#### 1.6. Registro de Preços:

( ) SIM (x) NÃO

#### 2- Justificativa:

A presente justificativa fundamenta a necessidade de contratação de laboratório especializado para a realização do exame RAST (RadioAllergo Sorbent Test), a ser realizado em 04 (quatro) pacientes, N.E.M.R, V.S.S, L.E.T.N.S, M.H.T.N.S previamente triados pelo Serviço Social. O exame RAST é indicado para investigação diagnóstica de alergia alimentar mediada por IgE, especialmente



nos casos de suspeita de alergia à proteína do leite de vaca (APLV). Trata-se de exame laboratorial de alta especificidade, essencial para: Confirmação diagnóstica em pacientes com manifestações clínicas compatíveis (dermatológicas, gastrointestinais e/ou respiratórias); Direcionamento seguro de conduta médica; Definição de necessidade de dieta de exclusão; Prevenção de reações alérgicas graves, inclusive anafilaxia; Evitar restrições alimentares desnecessárias. Os pacientes foram previamente avaliados clinicamente e triados pelo Serviço Social, considerando critérios socioeconômicos e indicação médica formal; O exame não é disponibilizado pela rede laboratorial municipal e terceirizado, exigindo a contratação externa de laboratório especializado, devidamente habilitado e com certificações sanitárias vigentes; A ausência do exame compromete a definição diagnóstica e pode acarretar agravamento do quadro clínico e aumento de custos futuros com atendimentos de urgência e internações. Diante do exposto, justifica-se a contratação de laboratório especializado para realização do exame RAST (Leite de Vaca – Alfa-lactoalbumina, Beta lactoglobulina e Caseína), para atendimento dos 04 (quatro) pacientes devidamente triados, garantindo diagnóstico adequado, segurança assistencial e cumprimento do princípio da integralidade do atendimento no âmbito do SUS.

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

Reduzido	Programática	Fonte
255	EMENDAS IMPOSITIVAS	Emendas Impositivas

### **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 entrega do material a partir do recebimento do empenho.

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

A execução do serviço deverá ser realizada no consultório da empresa vencedora, sendo a responsável a assistente social Iasmin Aparecida Costa Martins Oliveira.

Localidade do Laboratório que realiza o exame deverá estar num raio máximo de 20 km da cidade de Quatá.



### **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 úteis, a partir do recebimento do empenho.

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

A empresa deverá entregar o objeto em perfeitas condições de uso, a avaliação dos objetos 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 o produto 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:

Iasmin Aparecida Costa Martins Oliveira - 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 indicado pela CONTRATADA.

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

Contato: (18) 3366-9600



# PREFEITURA MUNICIPAL DE QUATÁ

## Secretaria da Saúde



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE QUATÁ  
RUA DR. LUIZ PEREIRA BARRETO FILHO, N.º 128  
TEL (018) 3366-9600 – CEP: 19780-000  
E-MAIL: centrodesaude@quata.sp.gov.br – QUATÁ – SP

Quatá, 23 de fevereiro de 2026.

### RELATÓRIO SOCIAL

#### IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE:

1. Nome: N. E. M. R.  
CPF: 083.\*\*\*.\*\*\*-20
2. Nome: V. S. S.  
CPF: 086.\*\*\*.\*\*\*-02
3. Nome: L. E. T. N. S.  
CPF: 610.\*\*\*.\*\*\*-41
4. 3. Nome: M. H. T. N. S.  
CPF: 070.\*\*\*.\*\*\*-57

#### II- SOLICITAÇÃO:

Exame de RAST leite vaca/ alfa lactoalbumina/ Beta lactoglobulina/ Caseína

#### III- JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:

Deferimos o procedimento solicitado acima, com pagamento a ser repassado, sob responsabilidade da Prefeitura do Município de Quatá.

Documentos e relatórios sociais, arquivados nesta Departamento (serviço social).

*[Handwritten Signature]*  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
CRESS nº: 65273  
1ª Região - SP

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO  
REQUISIÇÃO DE SERVIÇO DE DIAGNÓSE E TERAPIA - SADI

Unidade Prestadora: Prefeitura Municipal de Quatá	CNEB: 4049411		
Unidade Requirente: Unidade Ambulatorial "João Jorge Esteves" de Quatá			
Destin: Prefeitura Municipal de Quatá			
<b>IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE</b>			
CNE: 202306300911336	Data Nascimento: 25/02/25		
Idade: 11 ( ) M ( ) F ( )	Sexo: ( ) Fem ( ) Masc		
Nome: <i>[Handwritten Name]</i>	Raça / Cor: _____		
Endereço: <i>[Handwritten Address]</i>			
Município de Residência: QUATÁ	Cod. Mun. Resid: 354170 UF: SP		
<b>IDENTIFICAÇÃO DO SADI SOLICITADO:</b>			
Data de Solicitação: 28/02/26			
Descrição do Procedimento	Código SIA/SUS	Ora	Assinatura do Cliente
Identificação do Solicitante: Assinatura: _____	C.R.: _____		
Nome: _____			
Solicit. do Resp. pelo SADI: Assinatura: _____	C.R.: _____		
Nome: _____			



# PREFEITURA MUNICIPAL DE QUATÁ

## Secretaria da Saúde



*112260*

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO  
REQUISIÇÃO DE SERVIÇO DE DIAGNÓSE E TERAPIA - SADT

em Quatá CNES: 4049411

Matrícula: 32251 Telefone: 996148780  
Nome: LAURA EMANUELLY TEKEIRA NOGUEIRA DA SILVA  
Nascimento: 28/05/2023 Sexo: F Naturalidade: QUATÁ  
RG: Emissão: UF:  
Profissão: Religião:  
CNS: 709803044614490 CPF: 810.207.406-41  
Pai: ELVIS HENRIQUE DA SILVA 181  
Mãe: GABRIELA NOGUEIRA DA SILVA  
Endereço: RUA DARILIO PREVELATO  
Bairro: CENTRO  
Cor: BRANCA Estado Civil: SOLTEIRO  
CROSS:

NTE  
Idade: ( )a ( )m ( )d  
Raça / Cor:

Jn. Resid.: 354170 UF: SP  
LICITADO:

Descrição do Procedimento	Código SIA/SUS	Data	Assinatura do Cliente
<i>AVT QUATÁ</i>			
<i>EXATOS</i>			
<i>EXATOS</i>			
<i>EXATOS</i>			
<i>EXATOS</i>			

Identificação do Solicitante: Assinatura: \_\_\_\_\_ C.R.: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_

Ident. do Resp. pelo SADT: Assinatura: *Stênio G. P. Carneiro* C.R.: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO  
REQUISIÇÃO DE SERVIÇO DE DIAGNÓSE E TERAPIA - SADT

Unidade Prestadora: Prefeitura Municipal de Quatá  
Unidade Requisitante: Unidade Ambulatorial "João Jorge Estevam" de Quatá  
Gestor: Prefeitura Municipal de Quatá CNES: 4049411

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE  
CNS: \_\_\_\_\_ Data Nascimento: *19/12/24* Idade: *02* ( )a ( )m ( )d  
Núm. RIC: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Fem ( ) Masc Raça / Cor: \_\_\_\_\_  
Nome: *Stênio G. P. Carneiro*  
Endereço: *Rua Darilio Prevelato*  
Município de Residência: QUATÁ Cód. Mun. Resid.: 354170 UF: SP

IDENTIFICAÇÃO DO SADT SOLICITADO:  
Data de Solicitação: *28/01/26*

Descrição do Procedimento	Código SIA/SUS	Data	Assinatura do Cliente
<i>AVT QUATÁ</i>			
<i>EXATOS</i>			
<i>EXATOS</i>			
<i>EXATOS</i>			
<i>EXATOS</i>			

Identificação do Solicitante: Assinatura: \_\_\_\_\_ C.R.: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_



# PREFEITURA MUNICIPAL DE QUATÁ

## Secretaria da Saúde



01

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO (13)99667093

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO  
REQUISIÇÃO DE SERVIÇO DE DIAGNÓSE E TERAPIA - SADT

Unidade Prestadora: Prefeitura Municipal de Quatá  
Unidade Requirente: Unidade Ambulatorial "João Jorge Estevam" de Quatá  
Gestor: Prefeitura Municipal de Quatá  
CNES: 4049411

**IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE**

CNS: 20205234918347  
Data Nascimento: 20/03/25 Idade: 09 ( )a ( )m ( )d  
Núm. RIC: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Fem ( ) Masc Raça / Cor: \_\_\_\_\_  
Nome: Francisco dos Santos Santiago  
Endereço: R. das Acácias  
Município de Residência: **QUATÁ** Cód. Mun. Resid.: 354170 UF: SP

**IDENTIFICAÇÃO DO SADT SOLICITADO:**

Data de Solicitação: 19/03/25

Descrição do Procedimento	Código SIA/SUS	Data	Assinatura do Cliente
<u>SADT - UTE - UICU</u>			
<u>...</u>			
<u>...</u>			
<u>...</u>			
<u>...</u>			
<u>...</u>			

Identificação do Solicitante: Assinatura: \_\_\_\_\_ C.R.: \_\_\_\_\_  
Nome: Francisco dos Santos Santiago

Ident. do Resp. pelo SADT: Assinatura: \_\_\_\_\_ C.R.: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_

Quatá/SP, 20 de março de 2026

---

Márcio Alexandre Camargo  
Secretário Municipal de Saúde

---

Iasmin Aparecida Costa Martins Oliveira  
Assistente Social

---

Alex Favoretto Terçarioli  
Escriturário - Elaborador do TR