



MUNICÍPIO DE MASSARANDUBA
ESTADO DE SANTA CATARINA

DOCUMENTO DE FOMALIZAÇÃO DE DEMANDA

Nº do Processo: 002/2024

Órgão: Município de Massaranduba do Estado de Santa Catarina.

Setor Requisitante: Fundo Municipal de Saúde Massaranduba

Responsável pela Demanda:

Greice Griboski – Gerente de Saúde

Matrícula: 232790-02

E-mail:

recursos.saude@massaranduba.sc.gov.br

Telefone:(47)3379-8520

1. Objeto:

Credenciamento de entidades prestadoras de serviços de assistência à saúde, para prestação de serviços técnicos laboratoriais para realização de exames Anátomo-Citopatológicos, visando a realização da tabela de valores e procedimentos do SUS.

2. Justificativa da necessidade da contratação:

A presente contratação se faz necessária tendo em vista o atendimento à demanda de procedimentos com finalidade diagnóstica através de exames anatomopatológicos e citopatológicos, visto que a Secretaria da Saúde não dispõe de serviço próprio implantado de anatomia patológica e de análise de citopatologia.

Esses serviços são essenciais para a saúde pública visto que são de finalidade diagnóstica para diversas patologias de impacto para a saúde individual e coletiva, além de o município possuir metas assistenciais a serem cumpridas e também da responsabilidade no rastreamento, identificação e acompanhamento.

3. Descrição e quantidades:

Item	Descrição	Código tabela SUS	Tipo do Item	Subitem	Marca (se Aplicável)	Unidade de Medida	Qntd
Lote 1	EXAME CITOPATOLÓGICO	02.03.01	Serviço	Consumo	Não aplicável	UNID	4.400
	EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA	**02.03.01.001-9	Serviço	Consumo	Não aplicável		
	EXAME CITOPATOLÓGICO HORMONAL SERIADO (MÍNIMO 3 COLETAS)	02.03.01.002-7	Serviço	Consumo	Não aplicável		
	EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)	02.03.01.003-5	Serviço	Consumo	Não aplicável		
	EXAME CITOPATOLÓGICO DE MAMA	02.03.01.004-3	Serviço	Consumo	Não aplicável		
	CONTROLE DE QUALIDADE DO EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL	02.03.01.007-8	Serviço	Consumo	Não aplicável		
	EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA- RASTREAMENTO	**02.03.01.008-6	Serviço	Consumo	Não aplicável		
Lote 2	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO	02.03.02	Serviço	Consumo	Não aplicável	UND	3.800
	DETERMINAÇÃO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS	02.03.02.001-4	Serviço	Consumo	Não aplicável		
	EXAME ANATOMO - PATOLOGICO DO	02.03.02.002-2	Serviço	Consumo	Não		

MUNICÍPIO DE MASSARANDUBA

Rua 11 de Novembro, 2765 – Centro – 89108-000 – Massaranduba – SC
Fone (47) 3379-4624/ 3379-4628 – CNPJ: 83.102.483/0001-62



MUNICÍPIO DE MASSARANDUBA
ESTADO DE SANTA CATARINA

	COLO UTERINO- PEÇA CIRURGICA				aplicável		
	EXAME ANATOMO - PATOLOGICO PARA CONGELAMENTO/PARAFINA	02.03.02.003-0	Serviço	Consumo	Não aplicável		
	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	02.03.02.004-9	Serviço	Consumo	Não aplicável		
	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA-BIOPSIA	02.03.02.006-5	Serviço	Consumo	Não aplicável		
	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA-PEÇA CIRURGICA	02.03.02.007-3	Serviço	Consumo	Não aplicável		
	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO DO COLO UTERINO - BIOPSIA	02.03.02.008-1	Serviço	Consumo	Não aplicável		

** Atendendo Portaria GM nº 3.388, de 30 de dezembro de 2013, Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, e de nº 6, de 28 de setembro de 2017, com suas alterações, está apto a prestar atendimento o Laboratório qualificado tipo I.

OBSERVAÇÃO: Fonte: SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS – códigos e procedimentos.

<http://sigtap.datasus.gov.br/tabelaunificada/app/sec/procedimento/publicados/consulta>

(*) Materiais; serviços; obras; serviços de engenharia.

(**) Consumo; permanente; continuado; não continuado.

4. Grau de prioridade da compra: Alta

Justificativa: A alta prioridade se justifica em razão da necessidade na continuação da prestação dos serviços, visto que o credenciamento antigo vence no final do mês de maio.

5. Necessita de análise de riscos:

Sim Não.

Justificativa: Anexo IV

6. Previsão no PCA

Sim, **Descrição:** DFD nº 17 – Credenciamento para prestação de serviços técnicos laboratoriais para realização de exames anátomo citopatológico.

Não, precisa incluir.

7. Estimativa de valores:

O valor máximo a ser gasto anualmente é de R\$ 180.00,00 (CENTO E OITENTA MIL REAIS) entre todos os credenciados.

Item	Descrição	Código tabela SUS	Quantidade	Valor unitário	Valor total
Lote 1	EXAME CITOPATOLÓGICO	02.03.01	4.400		40.000,00
	EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA	**02.03.01.001-9		R\$ 13,72	
	EXAME CITOPATOLÓGICO HORMONAL SERIADO (MÍNIMO 3 COLETAS)	02.03.01.002-7		R\$ 20,96	
	EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO- VAGINAL)	02.03.01.003-5		R\$ 20,96	
	EXAME CITOPATOLÓGICO DE MAMA	02.03.01.004-3		R\$ 35,34	
	CONTROLE DE QUALIDADE DO EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL	02.03.01.007-8		R\$ 17,63	



MUNICÍPIO DE MASSARANDUBA
ESTADO DE SANTA CATARINA

	EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA RASTREAMENTO	**02.03.01.008-6		R\$ 14,37	
Lote 2	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO	02.03.02	3.800		140.000,00
	DETERMINAÇÃO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIIS	02.03.02.001-4		R\$ 93,70	
	EXAME ANATOMO - PATOLOGICO DO COLO UTERINO- PEÇA CIRURGICA	02.03.02.002-2		R\$ 61,77	
	EXAME ANATOMO - PATOLOGICO PARA CONGELAMENTO/PARAFINA	02.03.02.003-0		R\$ 40,78	
	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	02.03.02.004-9		R\$ 131,52	
	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA-BIOPSIA	02.03.02.006-5		R\$ 45,83	
	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA-PEÇA CIRURGICA	02.03.02.007-3		R\$ 61,77	
	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO DO COLO UTERINO - BIOPSIA	02.03.02.008-1		R\$ 40,78	

** Atendendo Portaria GM nº 3.388, de 30 de dezembro de 2013, Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, e de nº 6, de 28 de setembro de 2017, com suas alterações, está apto a prestar atendimento o Laboratório qualificado tipo I.

OBSERVAÇÃO: Fonte: SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS – códigos e procedimentos.

<http://sigtap.datasus.gov.br/tabelaunificada/app/sec/procedimento/publicados/consulta>

8. Prazo de entrega / execução:

A forma de recolhimento do material coletado para análise e a entrega dos resultados dos exames será acordado por escrito entre a CREDENCIADA e a CREDENCIANTE.

A amostra coletada, a realização dos exames e/ ou procedimentos e a entrega dos resultados á CREDENCIANTE, serão de responsabilidade da empresa CREDENCIADA, que assumirá todos os ônus decorrentes dos procedimentos.

9. Recursos orçamentários:

Órgão 9 - Fundo Municipal de Saúde

Unidade 2 - Gerência de Assistência Médica

Ação 2101 - Manutenção do serviço de atendimento à população

Vínculo 160070001006- PAB, Capitação Ponderada

Ação 2102 - Manutenção das ações de média complexidade

Vínculo 150010020000 - Receitas de Impostos - Saúde

Sub-elemento – 3999 - Outros serviços de terceiros - pessoa jurídica

10. Local e horário da entrega/execução:

Será acordado por escrito entre a CREDENCIADA e a CREDENCIANTE.

11. Vinculado ou dependente da contratação de outro Documento de Formalização de Demanda:

Não

12. Indicação do fiscal do contrato ou serviço que fará a liquidação da despesa:

Patricia Rachadel Tironi – Auxiliar Administrativo

13. Assinatura do responsável pela Demanda:



MUNICÍPIO DE MASSARANDUBA
ESTADO DE SANTA CATARINA

Massaranduba/SC, 07 de maio de 2024

Greice Griboski
Matricula: 232790-02
Gerente de Saúde

Patricia Rachadel Tironi
Matricula: 113506
Auxiliar Administrativo

