



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO PARAÍSO
ESTADO DE RONDÔNIA
PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



TERMO DE REFERÊNCIA

1. INTRODUÇÃO

Em atendimento ao artigo 75º inciso II e VIII, da Lei Federal de Licitações e Contratos nº 14.133 de 1 de abril de 2021, a Secretaria Municipal de Saúde apresenta o Termo de Referência com o propósito de fornecer elementos e subsídios que permitam dentro de uma viabilidade econômica a elaboração de propostas tendo em vista a aquisição ora pretendida.

2. DO OBJETO

O objeto do presente Processo Administrativo é a **contratação de empresa especializada em prestação de serviço técnico em exames citopatológico**, por **dispensa licitatória** para atender as demandas dos pacientes da Unidade Básica de Saúde Rural e Urbano, por um período estimado de **06 (seis) meses**.

2.1. DESCRIÇÃO DO OBJETO:

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIT. 06 MESES
01	Exame Citopatológico Cérvico - Vaginal/Microflora (PAPANICOLAU)	UND	1.080

2.2 A quantidade estimada refere-se a 120 unidades mensais da UBS RURAL e 60 unidades mensais da UBS URBANA.





PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO PARAÍSO
ESTADO DE RONDÔNIA
PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



2.3 A escolha do fornecedor se dará mediante contratação direta por meio de "Dispensa Eletrônica" com critério de julgamento de "emergência" de acordo com Art. 75 inciso VIII da Lei 14.133/2021.

2.4 O prazo de vigência da contratação é de 180 (cento e oitenta) dias contados da assinatura do termo de contrato a ser formalizado pós a emissão da nota de empenho, na forma do artigo 105 da Lei nº 14.133, de 2021.

2.5 O presente Termo de Referência tem ausência do referido ETP, diante os autos do processo de acordo com o Decreto Municipal nº 4646 de 22 de março de 2023, capítulo IV, Artigo 10º. Onde o mesmo menciona a elaboração do ETP será dispensada nos seguintes casos: I - nos casos dos incisos I, II, III, IV, VII, VIII, IX, XI e XIV, do Artigo 75 da Lei Federal N.º 14.133/2021.

3. FUNDAMENTAÇÃO DA CONTRATAÇÃO:

A Secretaria Municipal de Saúde não obtém o Plano de Contratação Anual – PCA, uma vez que não é de uso obrigatório do município.

4 - DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE COMO UM TODO:

O exame Citopatológico Cérvico-Vaginal, também conhecido como Papanicolaou, é fundamental para a saúde feminina. Ele serve principalmente para:

Detectar Câncer de Colo do Útero: Identifica precocemente células anormais que podem indicar câncer ou lesões pré-cancerosas.

Diagnosticar Infecções: Avalia infecções vaginais, como candidíase e vaginose bacteriana, além de infecções sexualmente transmissíveis como HPV, clamídia e gonorréia.

Monitorar a Saúde do Colo do Útero: Verifica a presença de inflamações e outras alterações celulares que podem necessitar de acompanhamento médico.

Rua Marechal Candido Rondon, 3082 Centro – 76862-000 – Alto Paraíso – RO.

E-mail: semsau_ap@yahoo.com.br

Fone: (69) 3534-2112





PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO PARAÍSO
ESTADO DE RONDÔNIA
PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



O exame é simples e rápido, realizado nos consultórios das Unidades Básicas de Saúde, onde uma amostra de células do colo do útero e da vagina é coletada para análise laboratorial.

Essas amostras são coletas e enviadas para Secretaria Estadual de Saúde – SESAU. Os serviços de análise desses exames são prestados por empresas terceirizadas, que de acordo com o **Ofício nº 48319/2024/SESAU** foi temporariamente interrompido devido ao término do contrato vigente e à necessidade de um novo processo de contratação. Com todo esse contratempo, estamos aproximadamente a 60 dias sem fornecer esses diagnósticos, salientamos que o mês de outubro, as Unidades Básicas de Saúde trabalha com a **CAMPANHA DO OUTUBRO ROSA** tendo como objetivo motivar a população para as ações de controle e cuidados relativos aos câncer de mama e câncer do colo do útero, com foco na prevenção e detecção precoce, consequentemente a procura pelo exame será intensificada.

5. DESCRIÇÃO DOS REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO:

Os serviços pretendidos deverão ser prestados de forma contínua e ininterrupta.

A duração do contrato será de 180 (cento e oitenta) dias consecutivos a contar da assinatura do Contrato.

Para a contratação de uma empresa especializada em prestação de serviços técnicos em exames citopatológicos, os requisitos essenciais são:

- a)** A empresa com experiência comprovada em exames citopatológicos
Profissionais com registro no conselho de classe pertinente (CRBM, CRF, etc.).
- b)** Laboratório certificado e com equipamentos modernos e calibrados.
- c)** Capacitação dos profissionais citotécnicos, patologistas e demais profissionais com treinamento e especialização na área.
- d)** Atualização constante sobre as melhores práticas e novos métodos diagnósticos.
- e)** Laboratório com estrutura física adequada para a realização dos exames.
- f)** Sistema de gerenciamento de amostras e resultados seguro e eficiente.
- g)** Prestar informações e esclarecimentos que forem solicitados pela contratante, em relação ao objeto deste contrato, diligenciando para

Rua Marechal Candido Rondon, 3082 Centro – 76862-000 – Alto Paraíso – RO.

E-mail: semsau_ap@yahoo.com.br

Fone: (69) 3534-2112





PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO PARAÍSO
ESTADO DE RONDÔNIA
PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



que os serviços não sofram soluções de continuidade, ao tempo em que deverá cuidar para que seus empregados executem os serviços cujas cargas horárias não excedam as permitidas em lei;

6 - MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO:

6.1 A prestação dos serviços não gera vínculo empregatício entre os empregados da CONTRATADA e a Administração, vedando-se qualquer relação entre estes que caracterize pessoalidade e subordinação direta.

6.2 Os materiais biológicos para análise serão identificados e organizados pelas Unidades Básica de Saúde, ficando a contratada responsável pelo **recolhimento semanalmente** e a plena execução dos serviços.

6.3 O resultado do exame deverá ser entregue lacrado na UBS Rural e Urbano através de laudo físico.

6.4 Os exames encaminhados deverão ser analisados e seu laudo liberado por profissional (is) legalmente habilitado(s);

6.5 A Contratada deverá realizar o transporte dos materiais coletados SEMANALMENTE em dias e horários a serem agendados de acordo com horário estipulado pelas Unidades Básica de Saúde.

7 - OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE:

7.1 A Contratante será responsável pela observância às leis, decretos, regulamentos, Portarias e demais norma legal, direta e indiretamente aplicável ao contrato.

7.2 Efetuar o pagamento na forma e no prazo estabelecido no Contrato e/ou Empenho.

Rua Marechal Candido Rondon, 3082 Centro – 76862-000 – Alto Paraíso – RO.

E-mail: semsau_ap@yahoo.com.br

Fone: (69) 3534-2112





PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO PARAÍSO
ESTADO DE RONDÔNIA
PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



7.3 Repassar as informações necessárias para a execução dos serviços.

7.4 Zelar para que durante a vigência do Contrato sejam cumpridas as obrigações assumidas por parte da CONTRATADA, bem como sejam mantidas todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na prestação.

7.5 Acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações do Contratado, por meio de servidor especialmente designado;

7.6 Recusar os serviços que estejam fora das especificações e qualificações mínimas exigidas neste Termo de Referência.

7.7 Comunicar às contratadas toda e qualquer alteração relacionada com o item deste processo.

7.8 Efetuar o pagamento mediante emissão de Nota Fiscal e Relatório devidamente certificado pela Comissão de Recebimento designada para este fim, após análise e liberação do setor de controle interno.

8. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA:

8.1 Arcar com todas as despesas, diretas ou indiretas, impostos, taxas, encargos, royalties, seguros, fretes – carregos e descarregos, decorrentes da Prestação dos serviços, sem qualquer ônus para a Prefeitura Municipal de Alto Paraíso-RO.

8.2 Manter a compatibilidade com as obrigações assumidas durante todo o processo desta compra.

8.3 Apresentar as Notas Fiscais dos serviços prestados.

8.4 Executar o serviço, obedecendo às especificações, aos itens, aos subitens, aos elementos, às condições gerais e específicas deste Contrato, às disposições da legislação em vigor, bem como aos detalhes e instruções fornecidos;

8.5 Assumir inteira responsabilidade pelo serviço.

Rua Marechal Candido Rondon, 3082 Centro – 76862-000 – Alto Paraíso – RO.

E-mail: semsau_ap@yahoo.com.br

Fone: (69) 3534-2112





PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO PARAÍSO
ESTADO DE RONDÔNIA
PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



- 8.6** Arcar com todos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais ou comerciais.
- 8.7** Comunicar à Contratante, imediatamente e por escrito, quaisquer anormalidades que verificar na execução dos serviços;
- 8.8** Cumprir rigorosamente os prazos estipulados no Contrato.
- 8.9** Dar garantias e manter os prazos ajustados e firmados no contrato.
- 8.10** Reparar, corrigir, substituir, remover às suas expensas, no todo ou em parte, o objeto da contratação em que se verificarem defeitos ou incorreções.
- 8.11** Refazer sem qualquer ônus para a Contratante, os trabalhos executados deficientemente ou em desacordo com as especificações nesse Termo de Referência.
- 8.12** Manter o mais absoluto sigilo e confidencialidade no tocante aos serviços documentos, pesquisas e demais informações apuradas ou de que tome conhecimento durante a prestação dos serviços.
- 8.13 O prazo máximo para entrega do resultado deverá ser de 20 (vinte) dias** a partir da data da coleta do material.

9. MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO:

- 9.1** O contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e as normas da Lei nº 14.133, de 2021, e cada parte responderá pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.
- 9.2** Em caso de impedimento, ordem de paralisação ou suspensão do contrato, o cronograma de execução será prorrogado automaticamente pelo tempo correspondente, anotadas tais circunstâncias mediante simples apostila.





PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO PARAÍSO
ESTADO DE RONDÔNIA
PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



9.3 Advertência por escrito, quando contratada praticar irregularidades de pequena monta;

9.4 Impedimento de contratar com a Administração, até o prazo de três anos;

9.5 Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação, na forma da lei, perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, de acordo com o inciso IV do art. 156 da Lei 14.133/21.

9.6 O não cumprimento, pela empresa, do prazo para a disponibilidade dos objetos ensejará a aplicação da penalidade de multa de mora, correspondente a 0,5% (meio por cento) por dia de atraso injustificado ou cuja justificativa não tenha sido acatada pela Administração, incidente sobre o valor total desta contratação, contado a partir da data do recebimento da Nota de Empenho.

9.7 A multa prevista neste item será aplicada até o limite de 20 (vinte) dias. Após o 20º (vigésimo) dia, a contratação poderá, a critério da Administração, não ser mais aceita, configurando-se a inexecução total da contratação, com as consequências previstas em lei, no ato convocatório e no instrumento contratual (LLC, art. 95).

9.8 A empresa terá o prazo máximo de 2 dias úteis, após regular notificação por escrito, para confirmar o recebimento da nota de empenho.

10 – CRITÉRIOS E MEDIÇÃO DO PAGAMENTO:

10.1 O pagamento será efetuado no prazo de até 30 (trinta) dias, contados a partir da apresentação formal da nota fiscal.

Rua Marechal Candido Rondon, 3082 Centro – 76862-000 – Alto Paraíso – RO.

E-mail: semsau_ap@yahoo.com.br

Fone: (69) 3534-2112





PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO PARAÍSO
ESTADO DE RONDÔNIA
PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



10.2 As notas fiscais deverão ser emitidas em 02 (duas) vias e apresentadas à Contratada para atestação, devendo conter no seu corpo a descrição do objeto, o número da nota fiscal, do empenho, do processo e dados bancários da Contratada para efetivação do pagamento.

10.3 O descumprimento das obrigações trabalhistas, previdenciárias e as relativas ao FGTS ensejará o pagamento em juízo dos valores em débito, sem prejuízo das sanções cabíveis.

10.4 Caso se constatem erro ou irregularidade na Nota Fiscal, a Administração, a seu critério, poderá devolvê-la, para as devidas correções, ou aceitá-las, com a glosa da parte que considerar indevida.

10.5 Na hipótese de devolução, a Nota Fiscal será considerada como não apresentada, para fins de atendimento das condições contratuais.

10.6 A administração não pagará, sem que tenha autorização prévia e formalmente, nenhum compromisso que lhe venha a ser cobrado diretamente por terceiros, seja ou não instituições financeiras, à exceção de determinações judiciais, devidamente protocoladas no órgão.

10.7 Os eventuais encargos financeiro, processuais e outros, decorrentes da inobservância, pela licitante, de prazo de pagamento, serão de sua exclusiva responsabilidade.

10.8 A Administração efetuará retenção, na fonte, dos tributos e contribuições sobre todos os pagamentos à Contratada.

10.9 É condição para o pagamento do valor constante de cada Nota Fiscal/Fatura, a apresentação de Prova de Regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), Certidão Negativa da Receita Estadual – SEFIN, Certidão Negativa Municipal, Certidão

Rua Marechal Candido Rondon, 3082 Centro – 76862-000 – Alto Paraíso – RO.

E-mail: semsau_ap@yahoo.com.br

Fone: (69) 3534-2112





PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO PARAÍSO
ESTADO DE RONDÔNIA
PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Negativa Federal e Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), podendo ser verificadas nos sítios eletrônicos.

11 – FORMAS E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR:

11.1 O fornecedor será selecionado por meio da realização de procedimento de DISPENSA de licitação, na forma ELETRÔNICA, com fundamento na hipótese do art. 75, inciso II da Lei n.º 14.133/2021, que culminará com a seleção da proposta de menor preço por item.

11.2 As exigências de habilitação jurídica, fiscal, social e trabalhista são as usuais para a generalidade dos objetos, conforme disciplinado no Anexo I do Aviso de Contratação Direta.

12. ESTIMATIVA DO VALOR DA CONTRATAÇÃO:

12.1 O custo estimado total da contratação é de R\$ 38.880,00 (Trinta e oito mil e oitocentos e oitenta reais), conforme custos unitários apostos na tabela da Descrição do Objeto abaixo.

SEMSAU
ALTO PARAÍSO-RO





PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO PARAÍSO
ESTADO DE RONDÔNIA
PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



COTAÇÃO DE PREÇOS

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
01	Exame Citopatológico Cérvico - Vaginal/Microflora (PAPANICOLAU)	UND	1.080	R\$ 36,00	R\$ 38.880,00

Validade da Proposta: 01 de Dezembro 2024 (60 dias)
Data: 01/10/2024

03.490.305/0001-17
C.O. Schlosser da Silva Eireli
LABORATORIO DIAGNOSE
RUA FRANCISCO GOMES, Nº 3119
CEP: 76.862-000 - ALTO PARAÍSO-RO

03.490.305/0001-17
C.O. Schlosser da Silva Eireli
LABORATORIO DIAGNOSE
RUA FRANCISCO GOMES, Nº 3119
CEP: 76.862-000 - ALTO PARAÍSO-RO

13. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

13.1 As despesas decorrentes do objeto deste certame correrão à conta dos recursos específicos consignados no Orçamento Municipal para o corrente exercício, na seguinte dotação:

SEMSAU: 02.09.01

Projeto de Atividade: 10.122.1002.2048.0001

Elemento de despesa: 3.3.90.39.00

Rua Marechal Candido Rondon, 3082 Centro – 76862-000 – Alto Paraíso – RO.

E-mail: semsau_ap@yahoo.com.br

Fone: (69) 3534-2112





PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO PARAÍSO
ESTADO DE RONDÔNIA
PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Unidade Orçamentária: 02.09.02 PAB

Projeto de Atividade: 10.301.1017.2056.0000

Elemento de despesa: 3.3.90.39.00

14 – DAS INFORMAÇÕES GERAIS:

Mais informações poderão ser adquiridas pelos telefones 0800 644 6055 Ramal 129 ou pelo WhatsApp 69 99602-6948, ou na sede da Secretaria Municipal de Saúde SEMSAU, situada na Rua: Marechal Cândido Rondon, nº 3082, Bairro Centro, nesta cidade de Alto Paraíso RO, no horário de expediente de segunda a quinta das 07:30h às 12:00h, matutino e das 14:00h as 17:30h, vespertino, e na sexta-feira das 07:30h às 13:30h.

Alto Paraíso – RO, 02 de outubro de 2024.

SEMSAU
ALTO PARAÍSO-RO

Rua Marechal Candido Rondon, 3082 Centro – 76862-000 – Alto Paraíso – RO.

E-mail: semsau_ap@yahoo.com.br

Fone: (69) 3534-2112





Município de Alto Paraíso

63.762.025/0001-42

Rua Marechal Cândido Rondon, 3031 - Centro

www.altoparaíso.ro.gov.br

FICHA CADASTRAL DO DOCUMENTO ELETRÔNICO

Tipo do Documento	Identificação/Número	Data
Termo de Referência	01	02/10/2024

ID: 387688	Processo	Documento
CRC: 1419EA3E		
Processo: 1-3046/2024		
Usuário: MÔNICA APARECIDA OLIVEIRA COSTA		
Criação: 02/10/2024 08:03:13	Finalização: 02/10/2024 08:05:40	

MD5: **3606C0F084D7327818FD59AE54D3BC64**

SHA256: **EAEACFA0406387019BEE2432A342E7A215FE1BD184D51B00508A4361199AB44F**

Súmula/Objeto:

Termo de Referência 01

INTERESSADOS

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE ALTO PARAISO	Alto Paraíso	RO	02/10/2024 08:03:13
--	--------------	----	---------------------

ASSUNTOS

CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	02/10/2024 08:03:13
---	---------------------

ASSINATURAS ELETRÔNICAS

 MÔNICA APARECIDA OLIVEIRA COSTA	CHEFE DE DIVISÃO/CC	02/10/2024 08:05:46
--	---------------------	---------------------

Assinado na forma do Decreto Municipal nº 3.202/2020.

 JOAO PAULO DA SILVA OLIVEIRA	SEC. MUN. INTERINO DE SAÚDE	02/10/2024 08:39:29
---	-----------------------------	---------------------

Assinado na forma do Decreto Municipal nº 3.202/2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida através do QRCode acima ou ainda através do site transparencia.altoparaíso.ro.gov.br informando o ID 387688 e o CRC 1419EA3E.