

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE JAHU	
Secretaria/Setor Requisitante: SECRETARIA DE SAÚDE	
Responsável pela Demanda: Emily Thalia Teixeira da Silva	Cargo/Matrícula: Chefe Administrativo
E-mail: assistenciaadm.saude@jau.sp.gov.br	Telefone: 3602-3777
Objeto: Credenciamento de pessoas jurídicas para prestação de serviços de saúde, em caráter complementar, para a realização de procedimentos anuais referentes a Diagnóstico em Laboratório Clínico.	
Número da Solicitação no Sistema de Compras:	

1. Justificativa da contratação

A presente aquisição trará um melhor acompanhamento aos pacientes e um diagnóstico eficiente aos casos de alto risco, tendo em vista que é dever do Estado contribuir para manutenção da saúde dos cidadãos, sendo o direito à vida o mais fundamental dos direitos, bem como a assistência à saúde a via principal para assegurá-lo.

2. Quantidade e descrição simplificada do material ou serviço a ser adquirido/contratado

Item	Procedimentos SUS	Valor Unitário	QTD. MÊS	QTD. ANUAL	Valor Total
1	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 8,85	100	1200	R\$ 10.620,00
2	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 1,85	500	6000	R\$ 11.100,00
3	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,25	100	1200	R\$ 2.700,00
4	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2,01	200	2400	R\$ 4.824,00
5	DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1,85	200	2400	R\$ 4.440,00
6	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51	700	8400	R\$ 29.484,00
7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,51	700	8400	R\$ 29.484,00
8	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85	700	8400	R\$ 15.540,00



9	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85	700	8400	R\$ 15.540,00
10	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68	50	600	R\$ 2.206,00
11	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 4,12	50	600	R\$ 2.472,00
12	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$ 3,68	100	1200	R\$ 4.416,00
13	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 15,59	250	3000	R\$ 46.770,00
14	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 3,51	600	7200	R\$ 25.272,00
15	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01	100	1200	R\$ 2.412,00
16	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,85	50	600	R\$ 1.110,00
17	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,51	100	1200	R\$ 4.212,00
18	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1,85	700	8400	R\$ 15.540,00
19	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7,86	700	8400	R\$ 66.024,00
20	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 2,01	100	1200	R\$ 2.412,00
21	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R\$ 2,57	50	600	R\$ 1.540,00
22	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1,85	600	7200	R\$ 13.320,00
23	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 1,85	50	600	R\$ 1.110,00
24	DOSAGEM DE SODIO	R\$ 1,85	600	7200	R\$ 13.320,00
25	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,01	700	8400	R\$ 16.884,00
26	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,01	700	8400	R\$ 16.884,00
27	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12	200	2400	R\$ 9.888,00
28	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,51	600	7200	R\$ 25.272,00
29	DOSAGEM DE UREIA	R\$ 1,85	600	7200	R\$ 13.320,00
30	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 15,24	350	4200	R\$ 64.008,00
31	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2(EXCETO BASE)	R\$ 15,65	30	360	R\$ 5.634,00
32	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 2,73	50	600	R\$ 1.638,00



33	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 2,73	50	600	R\$ 1.638,00
34	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R\$ 2,73	50	600	R\$ 1.638,00
35	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINAPARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 5,77	50	600	R\$ 3.462,00
36	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73	50	600	R\$ 1.638,00
37	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSIDENTACAO (VHS)	R\$ 2,73	50	600	R\$ 1.638,00
38	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 1,53	50	600	R\$ 918,00
39	HEMATOCRITO	R\$ 1,53	50	600	R\$ 918,00
40	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11	800	9600	R\$ 39.456,00
41	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,83	50	600	R\$ 1.698,00
42	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 16,42	400	4800	R\$ 78.816,00
43	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 9,25	30	360	R\$ 3.330,00
44	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 2,83	50	600	R\$ 1.698,00
45	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2(ELISA)	R\$ 10,00	30	360	R\$ 3.600,00
46	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 2,83	20	240	R\$ 679,20
47	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 18,55	50	600	R\$ 11.130,00
48	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUSDA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 18,55	50	600	R\$ 11.130,00
49	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97	50	600	R\$ 10.182,00
50	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	R\$ 18,55	50	600	R\$ 11.130,00
51	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16	50	600	R\$ 10.296,00
52	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 21,44	50	600	R\$ 12.864,00
53	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61	50	600	R\$ 6.964,00
54	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55	50	600	R\$ 11.128,00
55	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA	R\$ 18,55	50	600	R\$ 11.130,00



	ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)				
56	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 23,33	50	600	R\$ 14.000,00
57	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,53	30	360	R\$ 6.672,00
58	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16	30	360	R\$ 6.177,60
59	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 18,55	50	600	R\$ 11.130,00
60	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	R\$ 10,00	30	360	R\$ 3.600,00
61	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNÓSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00	50	600	R\$ 6.000,00
62	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	R\$ 3,25	50	600	R\$ 1.952,00
63	DOSAGEM DE TROPONINA	R\$ 9,00	30	360	R\$ 3.240,00
64	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 1,65	300	3600	R\$ 5.940,00
65	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 1,65	300	3600	R\$ 5.940,00
66	ANÁLISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 3,69	600	7200	R\$ 26.559,84
67	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12	100	1200	R\$ 9.744,00
68	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,04	100	1200	R\$ 2.448,00
69	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86	80	960	R\$ 9.465,60
70	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 10,15	50	600	R\$ 6.090,00
71	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 7,85	50	600	R\$ 4.710,00
72	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 7,89	100	1200	R\$ 9.468,00
73	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 8,97	100	1200	R\$ 10.764,00
74	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96	600	7200	R\$ 64.512,00
75	DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 10,17	100	1200	R\$ 12.204,00
76	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 43,13	50	600	R\$ 25.878,00
77	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10,22	50	600	R\$ 6.132,00



78	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 10,15	50	600	R\$ 6.090,00
79	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43	50	600	R\$ 6.258,00
80	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11	50	600	R\$ 7.866,00
81	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 15,35	50	600	R\$ 9.210,00
82	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 8,76	80	960	R\$ 8.409,60
83	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60	600	7200	R\$ 83.520,00
84	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71	50	600	R\$ 5.226,00
85	ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,43	200	2400	R\$ 10.624,00
86	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$ 4,20	300	3600	R\$ 15.120,00
87	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,62	200	2400	R\$ 13.488,00
88	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 2,80	200	2400	R\$ 6.720,00
89	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37	30	360	R\$ 493,20
90	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC	R\$ 5,79	30	360	R\$ 2.084,40
91	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37	30	360	R\$ 493,20

3. Dotação Orçamentária

3.1 - O valor estimado será apurado pelo departamento de Compras da Secretaria de Economia e Finanças e o recurso utilizado será das Ficha Orçamentária nº 256 (Fonte 5);

3.2 – Os recursos financeiros para suportar a eficácia do presente objeto, serão atendidos por verbas oriundas da receita do teto municipal 230 (Fonte 1) para exames e procedimentos previstos na tabela SUS; sendo o código de aplicação e natureza sendo de responsabilidade da Contabilidade inserir.

3.3 – A modalidade do processo licitatório será via credenciamento;

FICHA	FONTE	CÓD. APLIC.	NATUREZA
230	01		

4. Forma e prazo de pagamento

4.1. Forma de Pagamento:

- Padrão (Transferência Bancária)
 Especial



4.1.1. Caso seja em forma especial, indicá-lo e justificá-lo:

4.2. Prazo de Pagamento:

Padrão (30 dias)

Especial

4.2.1. Caso seja em prazo especial, indicá-lo e justificá-lo:

5. Indicação do gestor da contratação

Ana Paula Rodrigues
Secretária de Saúde

6. Indicação, se necessário, do responsável pela fiscalização (técnica e/ou administrativa)

Ângelo Fernando Daros
Gerente

Emily Thalia Teixeira da Silva
Chefe Administrativo

Jahu/SP, 04 de março de 2024.

Ana Júlia Sylvestre de Souza
Responsável pela Formalização da Demanda

