

TERMO DE REFERÊNCIA
Referente ao formulário **2503-NAS-2021**

1. Introdução

Trata-se da contratação de empresa (s) e/ou médico (s) especialista para realização de exames complementares e pareceres de especialistas da área médica.

2. Justificativa

A presente contratação refere-se a exames médicos descritos no item 3 deste TR, a serem realizados em três servidores pertencentes ao quadro efetivo deste TRF5ª Região, que servirão para Exame Periódico de Saúde- EPS e embasarão o laudo da equipe de saúde do NAS para realização do teste de aptidão física-TAF, planejado para fins de continuação de percepção da Gratificação de Atividade de Segurança (GAS).

3. Características do produto ou serviço

Descrição	Quantidade
Teste ergométrico computadorizado	03
Consulta oftalmológica	03
Consulta com ortopedista	03
Audiometria	03
Exames laboratoriais: Hemograma completo Ureia, creatinina AST, ALT Colesterol total, LDL, HDL, Triglicerídeos Glicemia de jejum, HbA1C Ácido úrico 25-OH Vit D TSH ultra	03
Exames laboratoriais: PSA total e livre Ionograma	01

CPK	
Colonoscopia	01

4- Preço
O contratado deverá informar o preço individualizado para cada item e estar ciente de que só será pago o serviço que for realizado.
O preço cobrado por cada colonoscopia deverá contemplar os procedimentos de biópsia e polipectomia, caso necessários, além do acompanhamento anestésico.
O preço cobrado pela consulta oftalmológica deverá contemplar, além da avaliação da acuidade visual, a tonometria.

5- Qualificação dos proponentes
A empresa deverá ser especializada na realização do serviço contratado, estar localizada na cidade de Recife ou região metropolitana, atender aos requisitos deste termo de referência e aos padrões técnicos exigidos pela Vigilância Sanitária e estar em dia com suas obrigações legais.

6- Obrigações do contratante

- Fornecer à empresa contratada a lista com o nome dos servidores que se submeterão aos referidos exames.
- Encaminhar os servidores para realização dos exames, cientes de que deverão agendar os exames ou consultas até a data de 30/11/2021.
- O Núcleo de Saúde deverá receber e conferir os exames realizados, bem como atestar as notas fiscais para autorizar pagamento.

7- Obrigações do contratado

- Disponibilizar contato telefônico e e-mail para fornecimento de informações aos servidores e à contratante.
- Fornecer todas as informações necessárias à realização dos exames.
- Agendar as consultas e exames até a data de 30/11/2021.
- Entregar os resultados dos exames laboratoriais, dos exames de imagem com laudo ou, nos casos dos pareceres de especialistas, o laudo médico, ao paciente, além de encaminhá-los por email para o Núcleo de Assistência à Saúde (medicos@trf5.jus.br), sem custo adicional, até o quinto dia útil da realização do referido exame.
- Entregar ao paciente, acondicionado adequadamente, qualquer fragmento de tecido resultante de polipectomia ou biópsia decorrente da colonoscopia, juntamente com a requisição para exame complementar se necessário.

8- Pagamento
Sob responsabilidade da Subsecretaria de Orçamento e Finanças do TRF da 5ª

Região, após o atesto que será de responsabilidade de profissional técnico do Núcleo de Assistência à Saúde-NAS-TRF5ª Região.

Recife, 23 de setembro de 2021.



MARIA CATARINA DE MELO DIAS GUERRA MAT.1186
Supervisora da Seção de Cardiologia do NAS-TRF5ª Região.



TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL 5ª REGIÃO

NÚCLEO DE AQUISIÇÕES E CONTRATAÇÕES (T5-SA-COMPRAS)

PAD Nº 214/2021

Item	QTDE.	UNID. REF.	Descrição	Amostra	Elemento Despesa	Preço Unitário	Total	Exerc. Atual	1º Ano subsequente	2º Ano subsequente
1	3	UNIDADE	TESTE ERGOMÉTRICO Teste ergométrico computadorizado.	Não	339039.50	150,00	450,00	450,00		
2	3	UNIDADE	Consulta com oftalmologista	Não	339039.50	90,00	270,00	270,00		
3	3	UNIDADE	CONSULTA COM ORTOPEDISTA	Não	339039.50	150,00	450,00	450,00		
4	3	UNIDADE	AUDIOMETRIA	Não	339039.50	15,00	45,00	45,00		
5	3	UNIDADE	Hemograma completo	Não	339039.50	8,14	24,42	24,42		
6	3	UNIDADE	URÉIA	Não	339039.50	3,80	11,40	11,40		
7	3	UNIDADE	Dosagem de creatinina	Não	339039.50	7,19	21,57	21,57		
8	3	UNIDADE	Dosagem de AST	Não	339039.50	3,80	11,40	11,40		
9	3	UNIDADE	Dosagem de ALT	Não	339039.50	3,80	11,40	11,40		
10	3	UNIDADE	Dosagem de colesterol total	Não	339039.50	3,80	11,40	11,40		
11	3	UNIDADE	Dosagem de Colesterol LDL	Não	339039.50	8,14	24,42	24,42		
12	3	UNIDADE	Dosagem de colesterol HDL	Não	339039.50	6,78	20,34	20,34		
13	3	UNIDADE	Dosagem de triglicérides	Não	339039.50	5,42	16,26	16,26		
14	3	UNIDADE	Dosagem de glicemia em jejum	Não	339039.50	3,80	11,40	11,40		

15	3	UNIDADE	HbA1C – (HEMOGLOBINA GLICADA)	Não	339039.50	12,20	36,60	36,60			
16	3	UNIDADE	DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO NO SANGUE	Não	339039.50	3,80	11,40	11,40			
17	3	UNIDADE	25-oh Vit D	Não	339039.50	34,46	103,38	103,38			
18	3	UNIDADE	Dosagem de TSH ultra sensível	Não	339039.50	2,80	8,40	8,40			
19	1	UNIDADE	Dosagem de PSA total	Não	339039.50	40,68	40,68	40,68			
20	1	UNIDADE	PSA LIVRE	Não	339039.50	40,68	40,68	40,68			
21	1	UNIDADE	IONOGRAMA	Não	339039.50	15,19	15,19	15,19			
22	1	UNIDADE	CPK	Não	339039.50	13,56	13,56	13,56			
23	1	UNIDADE	Colonoscopia	Não	339039.50	1.813,54	1.813,54	1.813,54			
							Total	3.462,44	3.462,44	0,00	0,00

Este PAD acarretará despesas indiretas: Não Prazo de garantia / validade: 12 Meses

Prazo de entrega: 5 Dias Corridos Local de Entrega: Entregar os resultados dos exames laboratoriais, dos exames de imagem com laudo ou, nos casos dos pareceres de especialistas, o laudo médico, ao paciente, além de encaminhá-los por email para o Núcleo de Assistência à

Tipo de entrega: Fracionada por demanda. Horário de Entrega: 12:00:00 às 17:00:00 Termo de Referência/Projeto Básico: Não

Prazo de pagamento: 10 Dias Forma de Pagamento: Único Prazo de recebimento definitivo: 5 dias

Critério de julgamento: Menor preço global Período de vigência da contratação:

Gestor responsável: Maria Catarina de Melo Dias Guerra Telefone do gestor: (81) 3425-9937 Email do gestor: mcguerra@trf5.jus.br

O pagamento será realizado após realização dos exames.

Observações:

Ciência e aprovação da Unidade Técnica. Data:	Responsável pela cotação das despesas: Data:	Fica(m) registrado(s) o(s) impacto(s) orçamentário(s) informado(s) para este e/ou para o(s) próximo(s) exercício(s), o(s) qual(is) será(ão) computado(s) oportunamente nos registros orçamentários das despesas deste Tribunal. A presente despesa tem adequação com a Lei Orçamentária para o presente exercício e compatibilidade com o Plano Plurianual para os exercícios futuros, sendo o(s) impacto(s) financeiro(s) para este e/ou futuros exercícios os mencionados na presente planilha. Programa Trabalho: Elemento de Despesa: Data:	Declaro haver compatibilidade com o disposto no artigo 16, incisos I e II, da Lei Complementar nº 101/2000, nos termos do presente documento e autorizo a Secretaria Administrativa a tomar as devidas providências. Data:
Unidade Técnica	Diretor	Área Orçamentária (SOF)	Ordenador da despesa

Em 01 de dezembro de 2021.



Documento assinado eletronicamente por **MARCELO NOBRE TAVARES, DIRETOR(A) DE SECRETARIA**, em 02/12/2021, às 13:33, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **DEGILANE SOARES CHAVES, DIRETOR(A) DE NÚCLEO**, em 06/12/2021, às 12:20, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.trf5.jus.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 informando o código verificador **2458783** e o código CRC **2C2FC1EB**.