



Estado de Mato Grosso  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA**  
**CNPJ 15.023.914/0001-45**

**INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 001/2021**

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 001/2021**

A PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA - Estado de Mato Grosso, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ: 15.023.914/0001-45, com sede administrativa na Rua Antenor Mamedes nº 911 – Centro em Araputanga - MT, através da sua Comissão Permanente de Licitação, nomeada pela Portaria nº 291/2021, torna público para quem possa interessar, que realizará, de acordo com as disposições deste edital e nos termos da Lei nº. 8.666/93 e todas as suas alterações, o **credenciamento**, estabelecido no Município de Araputanga, para **Contratação de Pessoa Jurídica para prestação de serviços de exames laboratoriais**, através de requisições/autorizações emitidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

**Do preço do serviço**

A Prefeitura efetuará o pagamento pela emissão dos **Serviços de Exames Laboratoriais** conforme tabela abaixo:

**TABELA DE PREÇOS DE EXAMES LABORATORIAIS**

**PROCESSO DE CREDENCIAMENTO Nº 001/2021**

Seq. do Item	Código do Item	Descrição do Item	Unidade	Qtde Estimada	Valor Médio Unitário
1	095.120.084	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HBV - PCR QUANTITATIVO EM TEMPO REAL	UND	10	R\$ 173,33
2	004.162.799	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MIOGLOBINA	UND	20	R\$ 80,00
3	095.120.027	SERVIÇO DE EXAME ÁCIDO OXÁLICO	UND	10	R\$ 38,33
4	095.120.028	SERVIÇO DE EXAME ÁCIDO ÚRICO	UND	70	R\$ 16,67
5	095.120.029	SERVIÇO DE EXAME ÁCIDO ÚRICO URINÁRIO	UND	20	R\$ 33,33
6	095.120.030	SERVIÇO DE EXAME ACTH - HORMÔNIO ADRENOCORTICOTROFICO	UND	20	R\$ 56,67
7	095.120.032	SERVIÇO DE EXAME ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA	UND	10	R\$ 43,33
8	095.120.033	SERVIÇO DE EXAME ALFA FETOPROTEINA	UND	10	R\$ 58,33
9	095.120.035	SERVIÇO DE EXAME ANDROSTENEDIONA	UND	10	R\$ 66,67
10	004.168.234	SERVIÇO DE EXAME - ANTI-CCP	UND	20	R\$ 113,33
11	095.120.036	SERVIÇO DE EXAME ANTI DNA	UND	10	R\$ 60,00
12	095.120.037	SERVIÇO DE EXAME ANTI LA	UND	10	R\$ 66,67
13	095.120.038	ANTI RAIVA	UND	10	R\$ 296,67
14	004.153.904	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ANTI-RO	UND	10	R\$ 53,33
15	004.151.204	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ANTI-SM	UND	10	R\$ 46,67
16	004.157.996	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ANTI TPO	UND	10	R\$ 61,67

**Rua Antenor Mamedes, nº 911 - Fone (65) 3261-1736/1138**  
**CEP 78.260-000 - Araputanga - Mato Grosso**  
**e-mail: [cpl@araputanga.mt.gov.br](mailto:cpl@araputanga.mt.gov.br)**



Estado de Mato Grosso  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA**  
**CNPJ 15.023.914/0001-45**

17	004.150.359	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ANTICOAGULANTE LUPICO	UND	10	R\$ 53,33
18	095.120.040	SERVIÇO DE EXAME ANTICORPOS ANTICARDIOLIPINA IGG /IGM	UND	10	R\$ 66,67
19	095.120.041	SERVIÇO DE EXAME ANTICORPOS ANTIFOSFOLIPIDEOS	UND	10	R\$ 46,67
20	095.120.042	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO BAAR - CADA AMOSTRA	UND	50	R\$ 43,33
21	095.120.043	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO BACTERIOSCOPIA DE GRAM	UND	30	R\$ 33,33
22	095.120.044	SERVIÇO DE EXAME BETA 2 MICROGLOBINA	UND	10	R\$ 43,33
23	004.327.535	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO BETA HCG QUANTITATIVO.	UND	40	R\$ 48,33
24	004.147.533	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO BILIRRUBINA	UND	50	R\$ 25,00
25	095.120.045	BIOPSIA (PEÇA GRANDE)	UND	10	R\$ 350,00
26	095.120.046	BIOPSIA (PEÇA PEQUENA)	UND	10	R\$ 266,67
27	095.120.047	BRUCELOSE HEMOAGLUTINAÇÃO	UND	30	R\$ 38,33
28	095.120.048	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO C3	UND	10	R\$ 50,00
29	095.120.049	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO C4	UND	10	R\$ 50,00
30	095.120.050	SERVIÇO DE EXAME CA 125	UND	30	R\$ 48,33
31	095.120.052	SERVIÇO DE EXAME CÁLCIO IÔNICO	UND	20	R\$ 26,67
32	004.157.997	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CALCUIRIA 24H	UND	10	R\$ 40,00
33	025.100.005	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CARBAMAZEPINA	UND	30	R\$ 51,67
34	095.120.054	SERVIÇO DE EXAME - CEA	UND	30	R\$ 51,67
35	004.182.857	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CELULAS LE	UND	30	R\$ 50,00
36	095.120.055	SERVIÇO DE EXAME CHAGAS IGG/IGM	UND	50	R\$ 58,33
37	095.120.056	SERVIÇO DE EXAME CISTINA - PESQUISA	UND	10	R\$ 41,67
38	095.120.057	SERVIÇO DE EXAME CITOMEGALOVIRUS IGG E IGM	UND	50	R\$ 53,33
39	095.120.058	SERVIÇO DE EXAME CITRATO	UND	10	R\$ 46,67
40	095.120.060	SERVIÇO DE EXAME CLAMIDIA IGA	UND	20	R\$ 81,67
41	095.120.061	SERVIÇO DE EXAME CLAMÍDIA IGG /IGM	UND	20	R\$ 81,67
42	095.120.062	SERVIÇO DE EXAME CLEARANCE DE CREATINA	UND	30	R\$ 36,67
43	004.147.537	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CLORO	UND	10	R\$ 36,67
44	095.120.063	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MV AVIDEZ	UND	20	R\$ 120,00
45	095.120.064	SERVIÇO DE EXAME DE COLESTEROL	UND	150	R\$ 13,33
46	004.153.953	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO COLINESTERASE	UND	20	R\$ 43,33
47	004.247.554	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTE DE COOMBS DIRETO	UND	30	R\$ 31,67
48	004.247.555	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTE DE COOMBS INDIRETO	UND	30	R\$ 40,00
49	004.247.774	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO COPROLOGICO FUNCIONAL	UND	10	R\$ 63,33
50	004.141.717	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CORTISOL	UND	30	R\$ 38,33
51	004.159.452	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CORTISOL LIVRE	UND	30	R\$ 50,00
52	095.120.066	SERVIÇO DE EXAME - TIPO CPK	UND	30	R\$ 50,00
53	095.120.067	SERVIÇO DE EXAME CREATINA URINARIA	UND	40	R\$ 26,67
54	095.120.068	SERVIÇO DE EXAME TIPO CROMO	UND	10	R\$ 51,67
55	095.120.069	SERVIÇO DE EXAME TIPO CULTURA + ANTIBIOGRAMA	UND	150	R\$ 45,00

**Rua Antenor Mamedes, nº 911 - Fone (65) 3261-1736/1138**  
**CEP 78.260-000 - Araputanga - Mato Grosso**  
**e-mail: [cpl@araputanga.mt.gov.br](mailto:cpl@araputanga.mt.gov.br)**



Estado de Mato Grosso  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA**  
**CNPJ 15.023.914/0001-45**

56	095.120.070	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO CURVA GLICÊMICA GESTANTE (3 DOSAGENS)	UND	50	R\$ 90,00
57	095.120.071	SERVICO DE EXAME DO TIPO CURVA GLICÊMICA NORMAL ( 5 DOSAGENS)	UND	20	R\$ 100,00
58	004.162.898	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DOSAGEM DA DEHIDROEPIANDROSTERONA, DHEA - RIE	UND	30	R\$ 58,33
59	004.151.214	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	UND	10	R\$ 53,33
60	095.120.074	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO ELETROFORESE DE PROTEÍNAS	UND	10	R\$ 46,67
61	095.120.075	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO EPSTEEIN BAAR IGG/IGM	UND	10	R\$ 66,67
62	095.120.076	SERVICO DE EXAME DO TIPO ESPERMOGRAMA	UND	10	R\$ 86,67
63	004.150.904	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ESTRADIOL	UND	30	R\$ 35,00
64	004.247.471	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ESTRIOL	UND	30	R\$ 35,00
65	095.120.077	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ESTRONA	UND	30	R\$ 35,00
66	004.147.563	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FAN	UND	30	R\$ 43,33
67	095.120.078	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO FENITOINA	UND	10	R\$ 51,67
68	025.100.006	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FENOBARBITAL	UND	10	R\$ 46,67
69	095.120.079	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO FERRO	UND	30	R\$ 25,00
70	004.147.664	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FOSFATASE ALCALINA	UND	40	R\$ 25,00
71	004.147.666	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FOSFORO	UND	10	R\$ 31,67
72	004.158.110	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FSH	UND	20	R\$ 36,67
73	095.120.080	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FTA ABS	UND	100	R\$ 60,00
74	095.120.081	SERVICO DE EXAME - DO TIPO GAMA GT	UND	50	R\$ 28,33
75	095.120.083	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PESQUISA DE HBSAG (AAU)	UND	40	R\$ 35,00
76	095.120.082	SERVIÇO DE EXAME PARA DIAGNOSTICO DE HANSEIASE	UND	50	R\$ 65,00
77	095.120.085	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HCV ( HEPATITE C)	UND	30	R\$ 40,00
78	095.120.086	SERVIÇO DE EXAME DE HEMOGLOBINA GLICOLISADA	UND	400	R\$ 46,67
79	095.120.087	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HEPATITE A (HAV)	UND	20	R\$ 58,33
80	095.120.088	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HEPATITE B (ANTI HBS)	UND	30	R\$ 38,33
81	095.120.089	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HEPATITE B-HBC ANTI - IGG/IGM	UND	30	R\$ 60,00
82	095.120.090	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HEPATITE B-HOC TOTAL	UND	30	R\$ 55,00
83	095.120.091	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HEPATITE B-HBE, ANTI	UND	30	R\$ 46,67
84	095.120.092	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HEPATITE B-HBEAG	UND	30	R\$ 46,67
85	095.120.093	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HERPES SIMPLES I E II	UND	30	R\$ 51,67
86	095.120.094	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HIV I E II	UND	40	R\$ 45,00
87	095.120.095	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HIV, ANTICORPOS ANTI - PESQUISA (WESTERN BLOT)	UND	10	R\$ 216,67
88	095.120.097	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HORMONIO DE CRESCIMENTO - HGH (GH)	UND	20	R\$ 45,00
89	095.120.098	SERVICO DE EXAME DO TIPO HTLV	UND	20	R\$ 58,33
90	095.120.112	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES (CADA)	UND	30	R\$ 16,67

**Rua Antenor Mamedes, nº 911 - Fone (65) 3261-1736/1138**  
**CEP 78.260-000 - Araputanga - Mato Grosso**  
**e-mail: [cpl@araputanga.mt.gov.br](mailto:cpl@araputanga.mt.gov.br)**



Estado de Mato Grosso  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA**  
**CNPJ 15.023.914/0001-45**

91	004.247.717	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ID DE PPD - TESTE PARA TUBERCULOSE	UND	30	R\$ 110,00
92	004.158.154	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROGESTERONA	UND	15	R\$ 41,67
93	004.158.155	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROLACTINA	UND	15	R\$ 33,33
94	004.147.676	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	UND	20	R\$ 25,00
95	004.150.924	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROTEINURIA DE 24 HORAS	UND	15	R\$ 33,33
96	095.120.114	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DE PSA TOTAL	UND	40	R\$ 38,33
97	095.120.115	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PSA TOTAL E LIVRE.	UND	40	R\$ 53,33
98	095.120.116	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO RUBÉOLA IGG/IGM	UND	30	R\$ 63,33
99	004.247.788	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PESQUISA DE SANGUE OCULTO	UND	40	R\$ 28,33
100	095.120.117	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SCL 70	UND	10	R\$ 60,00
101	004.151.218	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SDHEA	UND	10	R\$ 53,33
102	095.120.118	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO SELENIO	UND	10	R\$ 55,00
103	095.120.119	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO SEROTONINA TOTAL	UND	10	R\$ 75,00
104	004.313.453	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA	UND	10	R\$ 53,33
105	095.120.123	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TAP	UND	30	R\$ 35,00
106	004.247.846	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TEMPO DE COAGULACAO E SANGRAMENTO	UND	50	R\$ 16,67
107	095.120.124	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TEMPO DE SANGRAMENTO T.S I	UND	50	R\$ 13,33
108	095.120.125	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO TESTE PACK (GRAVIDEZ URINA)	UND	20	R\$ 20,00
109	004.151.222	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTOSTERONA LIVRE	UND	30	R\$ 36,67
110	004.166.874	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTOSTERONA TOTAL	UND	30	R\$ 36,67
111	095.120.126	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TIPAGEM SANGUINEA	UND	30	R\$ 20,00
112	095.120.127	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO TOXOPLASMOSE AVIDEZ	UND	20	R\$ 80,00
113	095.120.128	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTE PARA TOXOPLASMOSE - IGG, IGM	UND	30	R\$ 63,33
114	004.248.568	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TOXOPLASMOSE - ELISA - IGA	UND	30	R\$ 103,33
115	004.158.175	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TRIGLICERIDES	UND	160	R\$ 13,33
116	095.120.130	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DE TTPA	UND	30	R\$ 38,33
117	004.142.812	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO VDRL	UND	50	R\$ 20,00
118	095.120.133	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO VITAMINA B12	UND	30	R\$ 50,00
119	004.184.628	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO 25 HIDROXI-VITAMINA D	UND	80	R\$ 63,33
120	004.147.681	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO REACAO PARA WAALER ROSE	UND	30	R\$ 31,67
121	095.120.134	SERVIÇO DE EXAME TIPO ZINCO	UND	30	R\$ 51,67

**Rua Antenor Mamedes, nº 911 - Fone (65) 3261-1736/1138**  
**CEP 78.260-000 - Araputanga - Mato Grosso**  
**e-mail: [cpl@araputanga.mt.gov.br](mailto:cpl@araputanga.mt.gov.br)**



Estado de Mato Grosso  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA**  
**CNPJ 15.023.914/0001-45**

122	004.243.572	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO INSULINA	UND	20	R\$ 38,33
123	095.120.099	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO LATEX FATOR REUMATOIDE	UND	20	R\$ 18,33
124	095.120.101	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SOROLOGIA LEISHMANIOSE	UND	20	R\$ 78,33
125	095.120.102	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO LEISHMANIOSE PESQUISA	UND	20	R\$ 68,33
126	004.247.692	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DOSAGEM DE LIPÍDIOS TOTAIS	UND	10	R\$ 41,67
127	004.247.710	SERVIÇO DE EXAME - SOROAGLUTINACAO PARA LISTERIOSE	UND	10	R\$ 46,67
128	004.162.784	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DOSAGEM DE LITIO	UND	10	R\$ 50,00
129	004.147.674	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MAGNESIO	UND	25	R\$ 18,33
130	095.120.103	SERVIÇO DE EXAME TIPO MAGNÉSIO URINÁRIO	UND	10	R\$ 33,33
131	095.120.104	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO MICOLÓGICO	UND	10	R\$ 40,00
132	095.120.105	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO MICROALBUMINA	UND	10	R\$ 42,00
133	095.120.106	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MICROSSOMAL (IGE)	UND	10	R\$ 50,00
134	004.247.714	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SOROLOGIA PARA MONONUCLEOSE - MONOTESTE	UND	10	R\$ 38,33
135	004.150.912	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MUCOPROTEINAS	UND	10	R\$ 43,33
136	095.120.107	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO EXAMES DE PREVENTIVO - PAPA NICOLAU	UND	40	R\$ 46,67
137	095.120.108	SERVIÇO DE EXAME PARASITOLÓGICO I	UND	180	R\$ 13,33
138	095.120.109	PAR MIF (CADA)	UND	15	R\$ 18,33
139	095.120.053	SERVIÇO DE EXAME CÁLCIO URINARIO	UND	20	R\$ 33,33
140	095.120.113	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO PROVAS REUMÁTICAS	UND	30	R\$ 80,00
141	025.100.074	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO PSA TOTAL	UND	40	R\$ 33,33
142	095.120.096	SERVIÇO DE EXAME TIPO HLA B27 PESQUISA - PCR	UND	10	R\$ 83,33
143	004.309.210	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DHEA	UND	10	R\$ 51,67
144	004.158.148	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO LH	UND	20	R\$ 26,67
145	095.120.111	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO PCR - QUANTITATIVO ALTA SENSIBILIDADE	UND	200	R\$ 66,67
146	095.120.100	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO IDH (DESIDROGENASE LÁTICA)	UND	200	R\$ 45,00
147	095.120.031	SERVIÇO DE EXAME ALBUMINA	UND	100	R\$ 21,67
148	095.120.034	SERVIÇO DE EXAME AMILASE	UND	100	R\$ 26,67
149	095.120.039	SERVIÇO DE EXAME ANTICORPOS ANTI HIV 1 E 2	UND	100	R\$ 45,00
150	004.061.497	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO BETA HCG	UND	100	R\$ 26,67
151	095.120.051	SERVIÇO DE EXAME - CALCIO	UND	100	R\$ 20,00
152	095.120.059	SERVIÇO DE EXAME CKMB	UND	150	R\$ 53,33

**Rua Antenor Mamedes, nº 911 - Fone (65) 3261-1736/1138**  
**CEP 78.260-000 - Araputanga - Mato Grosso**  
**e-mail: [cpl@araputanga.mt.gov.br](mailto:cpl@araputanga.mt.gov.br)**



Estado de Mato Grosso  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA**  
**CNPJ 15.023.914/0001-45**

153	025.100.007	EXAME DE CREATININA	UND	200	R\$ 16,67
154	004.247.659	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DOSAGEM DE CREATINA	UND	300	R\$ 16,67
155	095.120.072	SERVIÇO DE EXAME TIPO DENGUE IGG IGM	UND	100	R\$ 63,33
156	095.120.073	SERVIÇO DE EXAME TIPO DENGUE NS1	UND	100	R\$ 76,67
157	004.147.555	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FERRITINA	UND	200	R\$ 33,33
158	004.147.667	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO GLICOSE	UND	300	R\$ 13,33
159	004.147.671	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HEMOGRAMA	UND	500	R\$ 21,67
160	004.252.402	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO IGE TOTAL	UND	100	R\$ 46,67
161	004.162.835	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CONTAGEM DE PLAQUETAS	UND	100	R\$ 13,33
162	004.147.675	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO POTASSIO	UND	200	R\$ 23,33
163	004.165.029	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROTEINAS TOTAIS	UND	100	R\$ 21,67
164	095.120.120	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SÓDIO (NA)	UND	200	R\$ 23,33
165	095.120.121	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO T3, T31 CADA	UND	100	R\$ 23,33
166	095.120.122	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO T4, T41 CADA	UND	150	R\$ 23,33
167	004.147.689	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TGO	UND	300	R\$ 18,33
168	004.147.691	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TGP	UND	300	R\$ 18,33
169	004.151.219	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TIREOGLOBULINA	UND	100	R\$ 45,00
170	004.150.927	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TROPONINA	UND	200	R\$ 53,33
171	095.120.129	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO TSH	UND	200	R\$ 23,33
172	004.147.690	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO UREIA	UND	300	R\$ 18,33
173	095.120.131	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO URINA	UND	500	R\$ 16,67
174	095.120.132	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO VHS	UND	100	R\$ 18,33
175	004.151.212	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO D DIMERO	UND	400	R\$ 108,33
176	004.247.711	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO LIPIDOGRAMA COMPLETO	UND	400	R\$ 50,00

**Do período e horário para o credenciamento**

- O credenciamento ocorrerá no período de **02/08/2021 a 12/08/2021**, devendo o os interessados, neste período, apresentarem os documentos necessários e a proposta de adesão.
- Os interessados, neste período, apresentarem os documentos necessários e a proposta de adesão.
- O horário de atendimento aos interessados será das 07h00min às 11h00min e das 13h00min às 17h00min.
- Não serão aceitos documentos após o período acima descrito e nem serão promovidos novos credenciamentos.
- O interessado que, dentro do período, tiver seus documentos rejeitados somente terá seu pedido reavaliado com a apresentação de novo requerimento e novos documentos já livres dos vícios anteriormente identificados e que foram impeditivos do credenciamento anteriormente pretendido.
- Caso vença algum documento antes da apresentação nos termos do item anterior, deverão também ser apresentados outros novos em plena validade.

**Rua Antenor Mamedes, nº 911 - Fone (65) 3261-1736/1138**  
**CEP 78.260-000 - Araputanga - Mato Grosso**  
**e-mail: [cpl@araputanga.mt.gov.br](mailto:cpl@araputanga.mt.gov.br)**



Estado de Mato Grosso  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA**  
**CNPJ 15.023.914/0001-45**

- Para ser credenciado, além dos documentos exigidos neste edital, o interessado deverá preencher todas as demais condições nele estabelecidas.

**Do envelope**

Os documentos necessários ao credenciamento, dentro do período definido neste edital ou posterior a ele, e a proposta a ele inerente serão disponibilizados em um envelope, devidamente endereçado à Prefeitura Municipal na seguinte forma:

**DOCUMENTOS PARA CREDENCIAMENTO**

**INEXIGIBILIDADE Nº 001/2021 - CREDENCIAMENTO N º 001/2021**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA**

**RUA ANTONIO MAMEDES Nº 911 - CENTRO**

**CEP – 78. 260-000**

**A/C: Comissão Permanente de Licitações**

Deverá conter ainda a identificação completa do interessado (a), por meio de envelope timbrado ou através de impressão ou carimbo padronizado, conforme abaixo:

Nome \_\_\_\_\_  
End.Comp.: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_  
CNPJ \_\_\_\_\_  
Fone: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

**1.0 - DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO**

**1.1** - Poderão participar deste **credenciamento**, pessoa jurídica, e que atendam a todos os requisitos legais estabelecidos neste edital.

**1.2** - Não poderão participar deste credenciamento os seguintes Profissionais:

**1.2.1** - declarados inidôneas nos termos da lei;

**1.2.2** - impedidos de licitar, contratar ou transacionar com a Administração Pública, direta ou indireta;

**1.2.3** - que tenham falência decretada ou estejam em recuperação judicial, bem como concordatária, concurso de credores, dissolução ou liquidação;

**1.2.4** - empresas que tenham pendências financeiras ou contratuais para o Município de Araputanga e suas entidades da administração direta ou indireta.

**1.2.5** - No presente credenciamento é vedado a participação de empresas que estejam em consórcio.

**1.2.6** - Os serviços deverão ser realizados por empresas estabelecidas dentro do perímetro urbano do Município da contratante.

**2.0 - DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA O CREDENCIAMENTO**

**2.1** - Os interessados no credenciamento de que cuida este edital, deverão apresentar, em envelope, conforme acima, os seguintes documentos:

a) – Registro comercial, no caso de empresa individual;

**Rua Antenor Mamedes, nº 911 – Fone (65) 3261-1736/1138**  
**CEP 78.260-000 – Araputanga – Mato Grosso**  
**e-mail: [cpl@araputanga.mt.gov.br](mailto:cpl@araputanga.mt.gov.br)**



Estado de Mato Grosso  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA**  
**CNPJ 15.023.914/0001-45**

- b) – Cópia de documento de identificação e do CPF dos sócios;
- c) – Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedades por ações, acompanhando de documentos de eleição de seus administradores;
- d) – **Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ)**; onde a mesma poderá ser retirada no site: [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br);
- e) - **Certidão Conjunta de Tributos Federais e Dívida Ativa da União**, onde a mesma poderá ser retirada no site: [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br);
- f) - **Certidão Negativa de Débito Fiscal Estadual (CND)** específica para participar de licitações, onde a mesma poderá ser retirada no site: [www.sefaz.mt.gov.br](http://www.sefaz.mt.gov.br), ou expedida pela Agência Fazendária da Secretaria de Estado de Fazenda do respectivo domicílio tributário;
- g) - **Certidão Negativa de Débito de competência da Procuradoria Geral do Estado (PGE)**, onde a mesma deverá ser retirada no respectivo domicílio tributário;
- g1) - Poderão ser apresentadas as respectivas Certidões descritas nas alíneas “f e g”, **de forma consolidada, de acordo com a legislação do domicílio tributário do licitante.**
- h) **Certidão Negativa de Débito Municipal**, expedida pela Prefeitura do respectivo domicílio tributário;
- i) **Certidão do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS)**, a mesma pode ser retirada no site: [www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br);
- j) **Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT)**, a mesma pode ser retirada no site: [www.tst.jus.br](http://www.tst.jus.br);
- l) – **Alvará da Vigilância Sanitária Competente**, expedida pela Prefeitura do respectivo domicílio tributário;
- 2.2 - Os documentos acima descritos deverão ser apresentados, preferencialmente por cópias autenticadas, ou por cópias acompanhadas das originais para conferência.
- 2.2.1 - Todos os documentos que contenham prazo de validade deverão estar em plena vigência.
- 2.3 - Serão desconsideradas as cópias rasuradas, ilegíveis, apagadas ou que apresentarem qualquer defeito capaz de colocar em dúvida a sua fidelidade.
- 2.4 – Os documentos deverão ser apresentados na mesma ordem de numeração dos documentos neste edital.

### 3.0 - DO PROCESSAMENTO DO CREDENCIAMENTO

3.1. Recebido o envelope sob protocolo, verificado o cumprimento do prazo estabelecido neste edital, a Comissão de Credenciamento, adotará os seguintes procedimentos:

#### 3.1.1 - Em primeiro lugar:

3.1.1.1 **A abertura dos envelopes será realizada pela Comissão de Credenciamento no dia 13/08/2021 às 08h00min;**

3.1.1.2 - O exame de todos os documentos, levando-se em conta: validade, veracidade e se todo o rol exigido no item 2.1 fora apresentado;

3.1.1.3 - De tudo lavrar-se-á ata circunstanciada.





Estado de Mato Grosso  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA**  
**CNPJ 15.023.914/0001-45**

**3.1.2 - Em segundo lugar:**

**3.1.2.1** – Terminadas a fase habilitação, a Comissão de Credenciamento, examinará a proposta de adesão, que deverá atender aos requisitos deste edital, e deixar claro que aceita todas as condições do credenciamento.

**3.1.2.2** – Desta reunião lavrar-se-á ata circunstanciada e conclusiva sobre o credenciamento ou não da empresa.

**3.1.2.3** – Decidindo a Comissão de Credenciamento do fornecedor vencedor, opinará pelo seu credenciamento, caso contrário decidirá pela inabilitação do mesmo, em qualquer caso submetendo sua decisão ao Prefeito Municipal.

**3.1.2.4** - A comissão também analisará e julgará os recursos que porventura possam surgir em razão de inabilitação ou desclassificação de interessados, que se interpostos, deverão obedecer aos moldes do art. 109 da Lei nº. 8.666/93.

**3.1.2.5** - Os recursos, caso necessário, serão dirigidos ao Prefeito Municipal, através da Comissão Permanente de Licitações.

**3.1.2.6** – Terminado o julgamento a empresa será informada do resultado e convocada para assinatura do contrato, que terá eficácia plena após a publicação do seu extrato na imprensa oficial.

**4.0 – DA PROPOSTA E DA SUA FORMA DE APRESENTAÇÃO**

**4.1** – A proposta de adesão deverá ser elaborada, preferencialmente em papel timbrado da proponente, ou com sua completa identificação, através de impressão ou por carimbo padronizado.

**4.2** – Deve em tudo seguir o modelo que compõe este edital (ANEXO - I).

**4.3** – Deve ser apresentada em língua e moeda nacional, isenta de rasuras, emendas ou entrelinhas, e ao final, deve ser datada e assinada pelo representante legal da proponente.

**5.0 – DO PREÇO, CARACTERÍSTICAS E FORMA DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

**5.1** – A Prefeitura Municipal de Araputanga/MT pagará aos credenciados a importância abaixo relacionada para os Exames efetuados, conforme estimativa de consumo que segue abaixo:

Seq. do Item	Código do Item	Descrição do Item	Unidade	Qtde Estimada	Valor Médio Unitário
1	095.120.084	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HBV - PCR QUANTITATIVO EM TEMPO REAL	UND	10	R\$ 173,33
2	004.162.799	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MIOGLOBINA	UND	20	R\$ 80,00
3	095.120.027	SERVIÇO DE EXAME ÁCIDO OXÁLICO	UND	10	R\$ 38,33
4	095.120.028	SERVIÇO DE EXAME ÁCIDO ÚRICO	UND	70	R\$ 16,67
5	095.120.029	SERVIÇO DE EXAME ÁCIDO ÚRICO URINÁRIO	UND	20	R\$ 33,33
6	095.120.030	SERVIÇO DE EXAME ACTH - HORMÔNIO ADRENOCORTICOTRÓFICO	UND	20	R\$ 56,67
7	095.120.032	SERVIÇO DE EXAME ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA	UND	10	R\$ 43,33
8	095.120.033	SERVIÇO DE EXAME ALFA FETOPROTEINA	UND	10	R\$ 58,33
9	095.120.035	SERVIÇO DE EXAME ANDROSTENEDIONA	UND	10	R\$ 66,67
10	004.168.234	SERVIÇO DE EXAME - ANTI-CCP	UND	20	R\$ 113,33
11	095.120.036	SERVIÇO DE EXAME ANTI DNA	UND	10	R\$ 60,00

Rua Antenor Mamedes, nº 911 – Fone (65) 3261-1736/1138

CEP 78.260-000 – Araputanga – Mato Grosso

e-mail: [cpl@araputanga.mt.gov.br](mailto:cpl@araputanga.mt.gov.br)



Estado de Mato Grosso  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA**  
**CNPJ 15.023.914/0001-45**

12	095.120.037	SERVIÇO DE EXAME ANTI LA	UND	10	R\$ 66,67
13	095.120.038	ANTI RAIVA	UND	10	R\$ 296,67
14	004.153.904	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ANTI-RO	UND	10	R\$ 53,33
15	004.151.204	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ANTI-SM	UND	10	R\$ 46,67
16	004.157.996	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ANTI TPO	UND	10	R\$ 61,67
17	004.150.359	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ANTICOAGULANTE LUPICO	UND	10	R\$ 53,33
18	095.120.040	SERVIÇO DE EXAME ANTICORPOS ANTICARDIOLIPINA IGG /IGM	UND	10	R\$ 66,67
19	095.120.041	SERVIÇO DE EXAME ANTICORPOS ANTIFOSFOLIPIDEOS	UND	10	R\$ 46,67
20	095.120.042	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO BAAR - CADA AMOSTRA	UND	50	R\$ 43,33
21	095.120.043	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO BACTERIOSCOPIA DE GRAM	UND	30	R\$ 33,33
22	095.120.044	SERVIÇO DE EXAME BETA 2 MICROGLOBINA	UND	10	R\$ 43,33
23	004.327.535	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO BETA HCG QUANTITATIVO.	UND	40	R\$ 48,33
24	004.147.533	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO BILIRRUBINA	UND	50	R\$ 25,00
25	095.120.045	BIOPSIA (PEÇA GRANDE)	UND	10	R\$ 350,00
26	095.120.046	BIOPSIA (PEÇA PEQUENA)	UND	10	R\$ 266,67
27	095.120.047	BRUCELOSE HEMOAGLUTINAÇÃO	UND	30	R\$ 38,33
28	095.120.048	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO C3	UND	10	R\$ 50,00
29	095.120.049	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO C4	UND	10	R\$ 50,00
30	095.120.050	SERVIÇO DE EXAME CA 125	UND	30	R\$ 48,33
31	095.120.052	SERVIÇO DE EXAME CÁLCIO IÔNICO	UND	20	R\$ 26,67
32	004.157.997	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CALCIURIA 24H	UND	10	R\$ 40,00
33	025.100.005	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CARBAMAZEPINA	UND	30	R\$ 51,67
34	095.120.054	SERVIÇO DE EXAME - CEA	UND	30	R\$ 51,67
35	004.182.857	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CELULAS LE	UND	30	R\$ 50,00
36	095.120.055	SERVIÇO DE EXAME CHAGAS IGG/IGM	UND	50	R\$ 58,33
37	095.120.056	SERVIÇO DE EXAME CISTINA - PESQUISA	UND	10	R\$ 41,67
38	095.120.057	SERVIÇO DE EXAME CITOMEGALOVIRUS IGG E IGM	UND	50	R\$ 53,33
39	095.120.058	SERVIÇO DE EXAME CITRATO	UND	10	R\$ 46,67
40	095.120.060	SERVIÇO DE EXAME CLAMIDIA IGA	UND	20	R\$ 81,67
41	095.120.061	SERVIÇO DE EXAME CLAMÍDIA IGG /IGM	UND	20	R\$ 81,67
42	095.120.062	SERVIÇO DE EXAME CLEARENCE DE CREATINA	UND	30	R\$ 36,67
43	004.147.537	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CLORO	UND	10	R\$ 36,67
44	095.120.063	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MV AVIDEZ	UND	20	R\$ 120,00
45	095.120.064	SERVIÇO DE EXAME DE COLESTEROL	UND	150	R\$ 13,33
46	004.153.953	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO COLINESTERASE	UND	20	R\$ 43,33
47	004.247.554	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTE DE COOMBS DIRETO	UND	30	R\$ 31,67
48	004.247.555	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTE DE COOMBS INDIRETO	UND	30	R\$ 40,00
49	004.247.774	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO COPROLOGICO FUNCIONAL	UND	10	R\$ 63,33
50	004.141.717	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CORTISOL	UND	30	R\$ 38,33

**Rua Antenor Mamedes, nº 911 - Fone (65) 3261-1736/1138**  
**CEP 78.260-000 - Araputanga - Mato Grosso**  
**e-mail: [cpl@araputanga.mt.gov.br](mailto:cpl@araputanga.mt.gov.br)**



Estado de Mato Grosso  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA**  
**CNPJ 15.023.914/0001-45**

51	004.159.452	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CORTISOL LIVRE	UND	30	R\$ 50,00
52	095.120.066	SERVIÇO DE EXAME – TIPO CPK	UND	30	R\$ 50,00
53	095.120.067	SERVIÇO DE EXAME CREATINA URINARIA	UND	40	R\$ 26,67
54	095.120.068	SERVIÇO DE EXAME TIPO CROMO	UND	10	R\$ 51,67
55	095.120.069	SERVIÇO DE EXAME TIPO CULTURA + ANTIBIOGRAMA	UND	150	R\$ 45,00
56	095.120.070	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO CURVA GLICÊMICA GESTANTE (3 DOSAGENS)	UND	50	R\$ 90,00
57	095.120.071	SERVICO DE EXAME DO TIPO CURVA GLICÊMICA NORMAL ( 5 DOSAGENS)	UND	20	R\$ 100,00
58	004.162.898	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DOSAGEM DA DEHIDROEPIANDROSTERONA, DHEA - RIE	UND	30	R\$ 58,33
59	004.151.214	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	UND	10	R\$ 53,33
60	095.120.074	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO ELETROFORESE DE PROTEÍNAS	UND	10	R\$ 46,67
61	095.120.075	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO EPSTEIN BAAR IGG/IGM	UND	10	R\$ 66,67
62	095.120.076	SERVICO DE EXAME DO TIPO ESPERMOGRAMA	UND	10	R\$ 86,67
63	004.150.904	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ESTRADIOL	UND	30	R\$ 35,00
64	004.247.471	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ESTRIOL	UND	30	R\$ 35,00
65	095.120.077	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ESTRONA	UND	30	R\$ 35,00
66	004.147.563	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FAN	UND	30	R\$ 43,33
67	095.120.078	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO FENITOINA	UND	10	R\$ 51,67
68	025.100.006	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FENOBARBITAL	UND	10	R\$ 46,67
69	095.120.079	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO FERRO	UND	30	R\$ 25,00
70	004.147.664	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FOSFATASE ALCALINA	UND	40	R\$ 25,00
71	004.147.666	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FOSFORO	UND	10	R\$ 31,67
72	004.158.110	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FSH	UND	20	R\$ 36,67
73	095.120.080	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FTA ABS	UND	100	R\$ 60,00
74	095.120.081	SERVICO DE EXAME - DO TIPO GAMA GT	UND	50	R\$ 28,33
75	095.120.083	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PESQUISA DE HBSAG (AAU)	UND	40	R\$ 35,00
76	095.120.082	SERVIÇO DE EXAME PARA DIAGNOSTICO DE HANSEIASE	UND	50	R\$ 65,00
77	095.120.085	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HCV ( HEPATITE C)	UND	30	R\$ 40,00
78	095.120.086	SERVIÇO DE EXAME DE HEMOGLOBINA GLICOLISADA	UND	400	R\$ 46,67
79	095.120.087	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HEPATITE A (HAV)	UND	20	R\$ 58,33
80	095.120.088	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HEPATITE B (ANTI HBS)	UND	30	R\$ 38,33
81	095.120.089	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HEPATITE B-HBC ANTI - IGG/IGM	UND	30	R\$ 60,00
82	095.120.090	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HEPATITE B-HOC TOTAL	UND	30	R\$ 55,00
83	095.120.091	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HEPATITE B-HBE, ANTI	UND	30	R\$ 46,67
84	095.120.092	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HEPATITE B-HBEAG	UND	30	R\$ 46,67
85	095.120.093	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HERPES SIMPLES I E II	UND	30	R\$ 51,67
86	095.120.094	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HIV I E II	UND	40	R\$ 45,00

**Rua Antenor Mamedes, nº 911 – Fone (65) 3261-1736/1138**  
**CEP 78.260-000 – Araputanga – Mato Grosso**  
**e-mail: [cpl@araputanga.mt.gov.br](mailto:cpl@araputanga.mt.gov.br)**



Estado de Mato Grosso  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA**  
**CNPJ 15.023.914/0001-45**

87	095.120.095	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HIV, ANTICORPOS ANTI - PESQUISA (WESTERN BLOT)	UND	10	R\$ 216,67
88	095.120.097	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HORMONIO DE CRESCIMENTO - HGH (GH)	UND	20	R\$ 45,00
89	095.120.098	SERVICO DE EXAME DO TIPO HTLV	UND	20	R\$ 58,33
90	095.120.112	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES (CADA)	UND	30	R\$ 16,67
91	004.247.717	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ID DE PPD - TESTE PARA TUBERCULOSE	UND	30	R\$ 110,00
92	004.158.154	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROGESTERONA	UND	15	R\$ 41,67
93	004.158.155	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROLACTINA	UND	15	R\$ 33,33
94	004.147.676	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	UND	20	R\$ 25,00
95	004.150.924	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROTEINURIA DE 24 HORAS	UND	15	R\$ 33,33
96	095.120.114	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DE PSA TOTAL	UND	40	R\$ 38,33
97	095.120.115	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PSA TOTAL E LIVRE.	UND	40	R\$ 53,33
98	095.120.116	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO RUBÉOLA IGG/IGM	UND	30	R\$ 63,33
99	004.247.788	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PESQUISA DE SANGUE OCULTO	UND	40	R\$ 28,33
100	095.120.117	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SCL 70	UND	10	R\$ 60,00
101	004.151.218	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SDHEA	UND	10	R\$ 53,33
102	095.120.118	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO SELENIO	UND	10	R\$ 55,00
103	095.120.119	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO SEROTONINA TOTAL	UND	10	R\$ 75,00
104	004.313.453	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA	UND	10	R\$ 53,33
105	095.120.123	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TAP	UND	30	R\$ 35,00
106	004.247.846	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TEMPO DE COAGULACAO E SANGRAMENTO	UND	50	R\$ 16,67
107	095.120.124	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TEMPO DE SANGRAMENTO T.S I	UND	50	R\$ 13,33
108	095.120.125	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO TESTE PACK (GRAVIDEZ URINA)	UND	20	R\$ 20,00
109	004.151.222	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTOSTERONA LIVRE	UND	30	R\$ 36,67
110	004.166.874	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTOSTERONA TOTAL	UND	30	R\$ 36,67
111	095.120.126	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TIPAGEM SANGUINEA	UND	30	R\$ 20,00
112	095.120.127	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO TOXOPLASMOSE AVIDEZ	UND	20	R\$ 80,00
113	095.120.128	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTE PARA TOXOPLASMOSE - IGG, IGM	UND	30	R\$ 63,33
114	004.248.568	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TOXOPLASMOSE - ELISA - IGA	UND	30	R\$ 103,33
115	004.158.175	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TRIGLICERIDES	UND	160	R\$ 13,33

**Rua Antenor Mamedes, nº 911 - Fone (65) 3261-1736/1138**  
**CEP 78.260-000 - Araputanga - Mato Grosso**  
**e-mail: [cpl@araputanga.mt.gov.br](mailto:cpl@araputanga.mt.gov.br)**



Estado de Mato Grosso  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA**  
**CNPJ 15.023.914/0001-45**

116	095.120.130	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DE TTPA	UND	30	R\$ 38,33
117	004.142.812	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO VDRL	UND	50	R\$ 20,00
118	095.120.133	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO VITAMINA B12	UND	30	R\$ 50,00
119	004.184.628	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO 25 HIDROXI-VITAMINA D	UND	80	R\$ 63,33
120	004.147.681	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO REACAO PARA WAALER ROSE	UND	30	R\$ 31,67
121	095.120.134	SERVIÇO DE EXAME TIPO ZINCO	UND	30	R\$ 51,67
122	004.243.572	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO INSULINA	UND	20	R\$ 38,33
123	095.120.099	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO LATEX FATOR REUMATOIDE	UND	20	R\$ 18,33
124	095.120.101	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SOROLOGIA LEISHMANIOSE	UND	20	R\$ 78,33
125	095.120.102	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO LEISHMANIOSE PESQUISA	UND	20	R\$ 68,33
126	004.247.692	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DOSAGEM DE LIPÍDIOS TOTAIS	UND	10	R\$ 41,67
127	004.247.710	SERVIÇO DE EXAME - SOROAGLUTINACAO PARA LISTERIOSE	UND	10	R\$ 46,67
128	004.162.784	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DOSAGEM DE LITIO	UND	10	R\$ 50,00
129	004.147.674	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MAGNESIO	UND	25	R\$ 18,33
130	095.120.103	SERVIÇO DE EXAME TIPO MAGNÉSIO URINÁRIO	UND	10	R\$ 33,33
131	095.120.104	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO MICOLÓGICO	UND	10	R\$ 40,00
132	095.120.105	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO MICROALBUMINA	UND	10	R\$ 42,00
133	095.120.106	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MICROSSOMAL (IGE)	UND	10	R\$ 50,00
134	004.247.714	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SOROLOGIA PARA MONONUCLEOSE - MONOTESTE	UND	10	R\$ 38,33
135	004.150.912	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MUCOPROTEINAS	UND	10	R\$ 43,33
136	095.120.107	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO EXAMES DE PREVENTIVO - PAPA NICOLAU	UND	40	R\$ 46,67
137	095.120.108	SERVIÇO DE EXAME PARASITOLÓGICO I	UND	180	R\$ 13,33
138	095.120.109	PAR MIF (CADA)	UND	15	R\$ 18,33
139	095.120.053	SERVIÇO DE EXAME CÁLCIO URINARIO	UND	20	R\$ 33,33
140	095.120.113	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO PROVAS REUMÁTICAS	UND	30	R\$ 80,00
141	025.100.074	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO PSA TOTAL	UND	40	R\$ 33,33
142	095.120.096	SERVIÇO DE EXAME TIPO HLA B27 PESQUISA - PCR	UND	10	R\$ 83,33
143	004.309.210	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DHEA	UND	10	R\$ 51,67
144	004.158.148	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO LH	UND	20	R\$ 26,67
145	095.120.111	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO PCR - QUANTITATIVO ALTA SENSIBILIDADE	UND	200	4R\$ 66,67

**Rua Antenor Mamedes, nº 911 - Fone (65) 3261-1736/1138**  
**CEP 78.260-000 - Araputanga - Mato Grosso**  
**e-mail: [cpl@araputanga.mt.gov.br](mailto:cpl@araputanga.mt.gov.br)**



Estado de Mato Grosso  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA**  
**CNPJ 15.023.914/0001-45**

146	095.120.100	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO IDH (DESIDROGENASE LÁTICA)	UND	200	R\$ 45,00
147	095.120.031	SERVIÇO DE EXAME ALBUMINA	UND	100	R\$ 21,67
148	095.120.034	SERVIÇO DE EXAME AMILASE	UND	100	R\$ 26,67
149	095.120.039	SERVIÇO DE EXAME ANTICORPOS ANTI HIV 1 E 2	UND	100	R\$ 45,00
150	004.061.497	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO BETA HCG	UND	100	R\$ 26,67
151	095.120.051	SERVIÇO DE EXAME - CALCIO	UND	100	R\$ 20,00
152	095.120.059	SERVIÇO DE EXAME CKMB	UND	150	R\$ 53,33
153	025.100.007	EXAME DE CREATININA	UND	200	R\$ 16,67
154	004.247.659	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DOSAGEM DE CREATINA	UND	300	R\$ 16,67
155	095.120.072	SERVIÇO DE EXAME TIPO DENGUE IGG IGM	UND	100	R\$ 63,33
156	095.120.073	SERVIÇO DE EXAME TIPO DENGUE NS1	UND	100	R\$ 76,67
157	004.147.555	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FERRITINA	UND	200	R\$ 33,33
158	004.147.667	SERVICO DE EXAME - DO TIPO GLICOSE	UND	300	R\$ 13,33
159	004.147.671	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HEMOGRAMA	UND	500	R\$ 21,67
160	004.252.402	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO IGE TOTAL	UND	100	R\$ 46,67
161	004.162.835	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CONTAGEM DE PLAQUETAS	UND	100	R\$ 13,33
162	004.147.675	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO POTASSIO	UND	200	R\$ 23,33
163	004.165.029	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROTEINAS TOTAIS	UND	100	R\$ 21,67
164	095.120.120	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SÓDIO (NA)	UND	200	R\$ 23,33
165	095.120.121	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO T3, T31 CADA	UND	100	R\$ 23,33
166	095.120.122	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO T4, T41 CADA	UND	150	R\$ 23,33
167	004.147.689	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TGO	UND	300	R\$ 18,33
168	004.147.691	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TGP	UND	300	R\$ 18,33
169	004.151.219	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TIREOGLOBULINA	UND	100	R\$ 45,00
170	004.150.927	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TROPONINA	UND	200	R\$ 53,33
171	095.120.129	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO TSH	UND	200	R\$ 23,33
172	004.147.690	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO UREIA	UND	300	R\$ 18,33
173	095.120.131	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO URINA	UND	500	R\$ 16,67
174	095.120.132	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO VHS	UND	100	R\$ 18,33
175	004.151.212	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO D DIMERO	UND	400	R\$ 108,33
176	004.247.711	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO LIPIDOGRAMA COMPLETO	UND	400	R\$ 50,00

**5.1.1** – O valor a ser pago é fixo e irrevogável durante toda a vigência do contrato, salvo se houver mudanças na economia do país que implique em reajustamento meramente para equilibrar o valor da contra-prestação.

**5.1.1.1** – Em caso de prorrogação do contrato, o preço poderá ser reajustado com base no IGPM, desde que o período de contratação seja igual ou superior a um ano.

**Rua Antenor Mamedes, nº 911 – Fone (65) 3261-1736/1138**  
**CEP 78.260-000 – Araputanga – Mato Grosso**  
**e-mail: [cpl@araputanga.mt.gov.br](mailto:cpl@araputanga.mt.gov.br)**



Estado de Mato Grosso  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA**  
**CNPJ 15.023.914/0001-45**

**5.2** – A vigência do contrato oriundo desse credenciamento será da data de sua assinatura até **31/12/2021**, podendo ser prorrogado no interesse das partes até o máximo permitido em Lei, especificamente com base no art. 57, II, Lei n°. 8.666/93.

5.2.1 – O credenciado, caso o contrato venha a ser prorrogado, ficará sujeito a comprovação das mesmas condições habilitatórias do início do contrato.

## **6.0 - DOS SERVIÇOS E FORMA DE PAGAMENTO**

**6.1 - Os Exames serão realizados após o horário de expediente, finais de semana e feriados e nos plantões 24 horas, em decorrência dos atendimentos que estão sendo prestados no Centro de Enfrentamento ao Covid-19, bem como em casos de Urgência e Emergência solicitados pelo Hospital Geral e Maternidade Araputanga.**

6.2 - O pagamento será realizado mensalmente, conforme a demanda dos exames, mediante a apresentação de recibos e solicitações devidamente autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde.

6.1.3 – Após a entrega do relatório, o pagamento será realizado em até 15 (quinze) dias úteis.

6.1.4 Para fazer jus ao pagamento, o prestador de serviço deverá comprovar sua adimplência apresentando a Certidão Conjunta Federal (PGFN); Certidão de Débitos Trabalhista (CNDT). Caso a empresa seja optante pelo SIMPLES, deverá apresentar, também, cópia do “Termo de Opção” pelo recolhimento de imposto naquela modalidade.

6.1.5 O pagamento das notas fiscais apresentadas e devidamente atestadas será efetuado através de Pagamento Eletrônico, conforme a efetivação do pagamento do convênio e do recebimento e atestação das referidas notas fiscais pelo servidor designado pela Administração.

6.1.6 As notas fiscais/faturas que apresentarem incorreções serão devolvidas à empresa vencedora para as devidas correções. Nesse caso, o prazo de que trata esta cláusula começará a fluir a partir da data de apresentação da nota fiscal/fatura, sem imperfeições.

6.1.7 Nenhum pagamento será efetuado enquanto pendente de liquidação qualquer obrigação financeira que lhe for imposta, em virtude de penalidade ou inadimplência, sem que isso gere direito de atualização monetária.

6.1.8 Se o término do prazo para pagamento ocorrer em dia sem expediente no órgão licitante, o pagamento deverá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente.

## **7.0 – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES**

### **7.1 – São obrigações:**

#### **7.1.1 – Da Prefeitura:**

7.1.1.1 - expedir as requisição/autorização para que os interessados se encaminhem ao médico credenciado de sua livre escolha;

7.1.1.2 – comunicar, de imediato, qualquer alteração na forma de prestação dos serviços;

7.1.1.3 – conferir e aprovar os serviços realizados;

7.1.1.4 – efetuar o pagamento dos serviços realizados nos moldes deste edital;

7.1.1.5 – prestar aos credenciados, todas as informações necessárias o bom desempenho dos serviços.

#### **7.1.2 – Dos Credenciados:**

7.1.2.1 – Tratar os pacientes com cortesia, evitando ter com ele qualquer tipo de transtorno;

7.1.2.2 – Prestar os serviços na forma contratada;



Estado de Mato Grosso  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA**  
**CNPJ 15.023.914/0001-45**

7.1.2.3 – Permitir a fiscalização dos serviços pela Sec. Municipal de Saúde, em qualquer tempo, e mantê-lo permanentemente informado a respeito do andamento dos mesmos;

7.1.2.4 – Manter durante toda a vigência do contrato as mesmas condições exigidas do momento do credenciamento;

7.1.2.5 – Comunicar à Prefeitura, a ocorrência de fato superveniente que possa acarretar o descredenciamento;

7.1.2.6 – Aceitar os acréscimos e supressões que se fizerem necessários, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor do contrato.

7.1.2.7 – Responder por erro de qualquer natureza relativo aos métodos utilizados e resultados das perícias, seja na esfera administrativa, cível ou criminal.

## **8.0 – DAS SANÇÕES E PENALIDADES**

8.1 – O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas pela empresa credenciada caracterizará sua inadimplência implicando, segundo a gravidade, em multa de até 5% (cinco por cento) do valor global do contrato, reajustado até o momento da cobrança, descontada de logo, quando do pagamento da fatura apresentada pelo credenciado, ou se por este motivo impossível, será cobrada judicialmente.

8.2 – A aplicação da multa, segundo o caso, não eximirá a empresa credenciada de sofrer outras sanções previstas na Lei nº. 8.666/93, especialmente as previstas no art. 87, I a IV.

8.3 – As multas não têm caráter compensatório, são independentes e cumulativas e não eximem a credenciada da prestação do serviço.

8.4 – Em qualquer caso de aplicação de sanção, será sempre garantido o contraditório e ampla defesa, sempre em processo administrativo específico.

## **9.0 – DOS CASOS DE DESCREDENCIAMENTO**

### **9.1. Da Prefeitura, sem prévio aviso, quando:**

9.1.1 – o credenciado deixar de cumprir qualquer das cláusulas e condições do contrato;

9.1.2 – o credenciado descumprir qualquer das obrigações estabelecidas no item 7.0 deste edital, segundo o caso;

9.1.3 – o credenciado praticar atos fraudulentos no intuito de auferir para si ou para outrem vantagem ilícita;

9.1.4 – ficar evidenciada a incapacidade do credenciado de cumprir as obrigações assumidas devidamente caracterizadas em relatório circunstanciado de inspeção;

9.1.5 – por razões de interesse público de alta relevância, mediante despacho motivado e justificado da Prefeitura Municipal;

9.1.6 – Em razão de caso fortuito ou força maior;

9.1.7 – No caso de falecimento do credenciado;

9.1.8 – E naquilo que couber, nas outras hipóteses do art. 78 da Lei 8.666/93.





Estado de Mato Grosso  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA**  
**CNPJ 15.023.914/0001-45**

9.2. **Pela Instituição credenciada:**

9.2.1. Mediante solicitação escrita e devidamente justificada à Prefeitura, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

**10.0 – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

10.1 – As despesas oriundas do credenciamento de empresas serão suportadas pela dotação orçamentária **(1861) 08.002.10.122.0028.2157.3.3.90.39 F.R 01.46/ (128)**

**08.002.10.302.0071.2074.3.3.90.39 F.R 01.02** e serão empenhados pela Secretaria Municipal de Saúde.

10.2 – O interessado em credenciar poderão retirar o edital completo, gratuitamente, de Segunda a Sexta-feira, das 07h00min às 11h00min e das 13h00min às 17h00min horas, no horário supracitado.

10.3 – Projeto Básico – Termo de Referencia **(ANEXO I)**, Modelo de carta de encaminhamento de documentos **(ANEXO II)**, Modelo de carta de encaminhamento de proposta de adesão **(ANEXO III)**, modelo de proposta de adesão **(ANEXO – IV)** e a minuta do contrato **(ANEXO – V)** , fazem parte integrante deste edital, independentemente de sua transcrição;

10.4 – Informações complementares a este edital, poderão ser obtidas, de Segunda à Sexta-feira, em horário comercial, com a Comissão de Credenciamento, no horário citado no preâmbulo deste edital.

10.5 – Sempre que solicitado a Empresa Credenciada deverá provar, através de documentos, as mesmas condições de habilitação do momento do credenciamento.

10.6 – O Foro da Comarca de Araputanga/MT é o competente para dirimir qualquer controversa que possa surgir sobre este credenciamento, com expressa renúncia de qualquer outro por mais privilegiado que seja.

Araputanga – MT, 28 de julho de 2021.

**Cristina Maria de Lima**  
*Presidente da CPL*

**Enilson de Araújo Rios**  
*Prefeito Municipal*



Estado de Mato Grosso  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA**  
**CNPJ 15.023.914/0001-45**

ANEXO – I

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX – MT, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

Ref. CREDENCIAMENTO 001/2021

Objeto: Credenciamentos de Pessoa Jurídica para Prestação de Serviços de Exames Laboratoriais.

ENCAMINHAMENTO DOS DOCUMENTOS.

À

COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO

Servimo-nos da presente para encaminhar, em anexo, todos os documentos exigidos no edital, tendo por finalidade o **Credenciamentos de Contratação de Pessoa Jurídica para Prestação de Serviços de Exames Laboratoriais**, solicitadas através da Secretaria Municipal de Saúde.

Sem mais, esperamos obter êxito na viabilização do credenciamento.

Atenciosamente

---

Empresa (Assinatura responsável legal)  
Cargo/Função

Rua Antenor Mamedes, nº 911 – Fone (65) 3261-1736/1138  
CEP 78.260-000 – Araputanga – Mato Grosso  
e-mail: [cpl@araputanga.mt.gov.br](mailto:cpl@araputanga.mt.gov.br)



Estado de Mato Grosso  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA**  
**CNPJ 15.023.914/0001-45**

ANEXO – II

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX – MT, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

Ref. CREDENCIAMENTO 001/2021

Objeto: Credenciamentos de Contratação de Pessoa Jurídica para Prestação de Serviços de Exames Laboratoriais.

ENCAMINHAMENTO DA PROPOSTA DE ADESÃO

À

COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO

Servimo-nos da presente para encaminhar, em anexo, proposta de adesão, tendo por finalidade o **Credenciamentos de Contratação de Pessoa Jurídica para Prestação de Serviços de Exames Laboratoriais**, solicitadas através da Secretaria Municipal de Saúde.

Sem mais, esperamos obter êxito na viabilização do credenciamento.

Atenciosamente

---

Empresa (Assinatura responsável legal)  
Cargo/Função

Rua Antenor Mamedes, nº 911 – Fone (65) 3261-1736/1138  
CEP 78.260-000 – Araputanga – Mato Grosso  
e-mail: [cpl@araputanga.mt.gov.br](mailto:cpl@araputanga.mt.gov.br)



Estado de Mato Grosso  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA**  
**CNPJ 15.023.914/0001-45**

ANEXO – III

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX – MT, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

**Ref. CREDENCIAMENTO**

**Objeto: Credenciamentos de Contratação de Pessoa Jurídica para Prestação de Serviços de Exames Laboratoriais.**

PROPOSTA DE ADESÃO

À

COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO

Vimos por meio desta, apresentar proposta de adesão ao Credenciamento de **Serviços de Exames Laboratoriais**, encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde, desde já concordando e aderindo aos preços abaixo relacionados a cada exame:

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO
*****	*****	*****

Declaramos por fim estarmos ciente de todas as condições do edital supracitado, bem como de todas as especificações contidas na minuta do futuro contrato a ser assinado e que as aceitamos de forma incondicional.

Sem mais, esperamos a atenção dessa conceituada entidade no sentido de deferir o nosso credenciamento.

**Atenciosamente**

---

**Empresa (Assinatura responsável legal)**  
**Cargo/Função**

**Rua Antenor Mamedes, nº 911 – Fone (65) 3261-1736/1138**  
**CEP 78.260-000 – Araputanga – Mato Grosso**  
**e-mail: [cpl@araputanga.mt.gov.br](mailto:cpl@araputanga.mt.gov.br)**



Estado de Mato Grosso  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA**  
**CNPJ 15.023.914/0001-45**

ANEXO – IV

**MINUTA DO CONTRATO**

**CONTRATO ADMINISTRATIVO Nº \_\_\_\_/2021**

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, QUE CELEBRAM A PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA A EMPRESA \*\*\*\*\*.**

**A PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede administrativa na Rua Antenor Mamedes, nº 911 – Centro, Araputanga\_ - MT, inscrita no CNPJ/MF nº 15.023.914/0001-45, neste ato representada pelo seu **PREFEITO MUNICIPAL Sr. Enilson de Araujo Rios**, brasileiro, casado, portador do R.G nº 0555344-0 SJ/MT e inscrita no CPF sob nº 383.499.061-20, residente a Rua Limiro Rosa Pereira nº 846, Centro, neste Município de Araputanga/MT, doravante denominado simplesmente e o(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_, brasileiro(a), \_\_\_\_\_, portador(a) do RG. N.º \_\_\_\_\_ SSP/\_\_\_ e CPF/MF N.º \_\_\_\_\_, doravante denominada simplesmente **CONTRATADO(A)**, resolvem celebrar entre si o presente Contrato de prestação de serviços, que será regido pela Lei nº. 8.666/93 e suas respectivas alterações e pelo dispostos nas cláusulas seguintes:

**1. CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

1.1 A CONTRATADO(A) compromete-se a prestar à **CONTRATANTE**, o fornecimento os **Serviços de Exames Laboratoriais**, conforme encaminhamentos feitos pela Secretaria Municipal de Saúde.

1.2 Contratação de Pessoa Jurídica para prestação de serviço de Exames Laboratoriais para atender a demanda de exames em pacientes infectados pelo COVID-19, bem como em casos de Urgência e Emergência do Hospital Geral e maternidade de Araputanga.

**2. CLÁUSULA SEGUNDA – DA FORMA DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

2.1 - Os Exames serão realizados após o horário de expediente, finais de semana e feriados e nos plantões 24 horas, em decorrência dos atendimentos que estão sendo prestados no Centro de Enfrentamento à Covid-19, bem como em casos de Urgência e Emergência solicitados pelo Hospital Geral e Maternidade Araputanga.

2.2 - Promover o agendamento dos atendimentos, conforme o caso;

2.3 - Trata os pacientes com urbanidade e espírito de solidariedade, primando sempre pela dignidade da pessoa humana;

2.4 - Prestar o serviço em conformidade com disposto na Cláusula Primeira deste Contrato;

2.5 – Cumprir os prazos e demais condições deste contrato;

2.6 - Manter o sigilo e a lisura na condução de todo os procedimentos relacionados aos trabalhos;

2.7 – Aplicar as técnicas apropriadas e exigidas para a prestação dos serviços.

**Rua Antenor Mamedes, nº 911 – Fone (65) 3261-1736/1138**  
**CEP 78.260-000 – Araputanga – Mato Grosso**  
**e-mail: [cpl@araputanga.mt.gov.br](mailto:cpl@araputanga.mt.gov.br)**



Estado de Mato Grosso  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA**  
**CNPJ 15.023.914/0001-45**

**3. CLÁUSULA TERCEIRA - DA VIGÊNCIA**

3.1 - A Vigência do presente contrato é da assinatura do contrato até **\*\*/\*\*/\*\*\*\***, prorrogável no interesse das partes até o máximo permitido em Lei, especialmente com base no art. 57, II, da Lei nº. 8.666/93.

**4. CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR E FORMA DE PAGAMENTO**

4.1 - Receberá O (A) CONTRATADO (A) pelos serviços citados na Cláusula Primeira, as importâncias abaixo relacionadas para cada Parecer Emitido:

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO

4.1. O pagamento será realizado mensalmente, conforme a demanda dos exames, mediante a apresentação de recibos e solicitações devidamente autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde.

4.1.1 Para fazer jus ao pagamento, o prestador de serviço deverá comprovar sua adimplência apresentando a Certidão Conjunta Federal (PGFN); Certidão de Débitos Trabalhista (CNDT). Caso a empresa seja optante pelo SIMPLES, deverá apresentar, também, cópia do “Termo de Opção” pelo recolhimento de imposto naquela modalidade.

4.1.2 O pagamento das notas fiscais apresentadas e devidamente atestadas será efetuado através de Pagamento Eletrônico, conforme a efetivação do pagamento do convênio e do recebimento e atestação das referidas notas fiscais pelo servidor designado pela Administração.

4.1.3 As notas fiscais/faturas que apresentarem incorreções serão devolvidas à empresa vencedora para as devidas correções. Nesse caso, o prazo de que trata esta cláusula começará a fluir a partir da data de apresentação da nota fiscal/fatura, sem imperfeições.

4.1.4 Nenhum pagamento será efetuado enquanto pendente de liquidação qualquer obrigação financeira que lhe for imposta, em virtude de penalidade ou inadimplência, sem que isso gere direito de atualização monetária.

4.1.5 Se o término do prazo para pagamento ocorrer em dia sem expediente no órgão licitante, o pagamento deverá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente.

**5. CLÁUSULA QUINTA – DA INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO**

5.1 – Deu origem a esse Contrato o processo de **Inexigibilidade nº 001/2021 – Credenciamento 001/2021**, que inviabilizou a competição pela contratação de todos os interessados aptos, tendo seu sustentáculo no *caput* do art. 25 da Lei nº. 8.666/93.

**6. CLÁUSULA SEXTA – DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL A ESTE CONTRATO E AOS CASOS OMISSOS**

6.1 – As partes declaram-se sujeitas às disposições da Lei Federal nº. 8.666/93 e todas as suas alterações, que será aplicada em sua plenitude a este Contrato, bem como aos casos omissos resultantes desta pactuação.

6.2. Declaram-se sujeitas ainda, no que couber, às normas, inclusive técnicas, que regem os profissionais da medicina.

**Rua Antenor Mamedes, nº 911 – Fone (65) 3261-1736/1138**  
**CEP 78.260-000 – Araputanga – Mato Grosso**  
**e-mail: [cpl@araputanga.mt.gov.br](mailto:cpl@araputanga.mt.gov.br)**



Estado de Mato Grosso  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA**  
**CNPJ 15.023.914/0001-45**

**7. CLÁUSULA SÉTIMA – DO DESCRENCIAMENTO E DA RESCISÃO DO CONTRATO**

**7.1. Constituem motivos para o descredenciamento:**

**7.1.1. Por parte da CONTRATANTE, sem prévio aviso, quando:**

7.1.1.1 - A CONTRATADA deixar de cumprir qualquer das cláusulas e condições do contrato;

7.1.1.2 – A CONTRATADA descumprir qualquer das obrigações estabelecidas na Cláusula Oitava deste contrato, segundo o caso;

7.1.1.3 – A CONTRATADA praticar atos fraudulentos no intuito de auferir para si ou para outrem vantagem ilícita;

7.1.1.4 - Ficar evidenciada incapacidade do CONTRATADO de cumprir as obrigações assumidas, devidamente caracterizadas em relatório circunstanciado de inspeção;

7.1.1.5 - Ocorrer razões de interesse público de alta relevância, mediante despacho motivado e justificado pela Prefeitura Municipal;

7.1.1.6 - Por razão de caso fortuito ou força maior;

7.1.1.7 – No caso de decretação de falência, concordata ou recuperação judicial da empresa credenciada; sua dissolução ou falecimento de todos os sócios;

7.1.1.8 - E naquilo que couber nas outras hipóteses do art. 78 da Lei nº. 8.666/93.

**7.1.2 – Pelo CREDENCIADO(A):**

7.1.2.1 – Mediante solicitação escrita e devidamente justificada à Prefeitura Municipal, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias;

7.2 - É direito da CONTRATADA o contraditório e a ampla defesa nos casos de descredenciamento.

7.3 - É direito da CONTRATANTE, no caso de descredenciamento, usar das garantias do art. 77 da Lei nº. 8.666/93.

**8. CLÁUSULA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES**

**8.1 – São obrigações:**

**8.1.1. Da Contratante:**

8.1.1.1 – expedir as requisição/autorização para que os interessados se encaminhem ao estabelecimento do Médico credenciado de sua livre escolha;

8.1.1.2 – comunicar, de imediato, qualquer alteração na forma de prestação dos serviços;

8.1.1.3 – conferir e aprovar os serviços realizados;

8.1.1.4 – efetuar o pagamento dos serviços realizados nos moldes deste instrumento contratual;

8.1.1.5 – prestar aos credenciados, todas as informações necessárias o bom desempenho dos serviços.

**8.1.2. DO(A) CONTRATADO(A):**

8.1.2.1 – Fornecer os serviços de boa qualidade, tratando os pacientes com cortesia, de modo igualitário, evitando ter com ele qualquer tipo de transtorno;

8.1.2.2 – Assumir inteira responsabilidade pelas obrigações sociais e trabalhistas, entre a CONTRATADA e seus funcionários;



Estado de Mato Grosso  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA**  
**CNPJ 15.023.914/0001-45**

8.1.2.3 – Reparar, corrigir, remover ou substituir às suas expensas, no total ou em parte do objeto do presente contrato, em que se verifiquem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução objeto deste contrato;

8.1.2.4 – Abster-se de cobrar qualquer valor dos usuários, sob qualquer título ou pretexto;

8.1.2.5 – Permitir a fiscalização dos serviços pela Secretaria Municipal de Saúde, em qualquer tempo, e mantê-lo permanentemente informado a respeito do andamento dos mesmos;

8.1.2.6 – Manter durante toda a vigência do contrato as mesmas condições de habilitação do momento do credenciamento;

8.1.2.7 – Comunicar à Prefeitura, a ocorrência de fato superveniente que possa acarretar o descredenciamento;

8.1.2.8 – Aceitar os acréscimos e supressões que se fizerem necessários, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor do contrato.

8.1.2.9 – Responder administrativa, civil e criminalmente por erros na realização dos exames e divulgação de seus resultados.

#### **9. CLÁUSULA NONA – DAS SANÇÕES E PENALIDADES**

9.1 – O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas pelo(a) CONTRATADO(A) caracterizará sua inadimplência implicando, segundo a gravidade, em multa de até 5% (cinco por cento) do valor global do contrato, reajustado até o momento da cobrança, descontada de logo, quando do pagamento da fatura apresentada pelo credenciado ou se por este motivo impossível, será por cobrança judicial.

9.2 – A aplicação da multa, segundo o caso, não eximirá a empresa credenciada de sofrer outras sanções previstas na Lei nº. 8.666/93, especialmente as previstas no art. 87, I a IV.

9.3 – As multas não têm caráter compensatório, são independentes e cumulativas e não eximem a credenciada da prestação do serviço.

#### **10. CLÁUSULA DÉCIMA – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS**

10.1 - As despesas oriundas do credenciamento de empresas serão suportadas pela dotação orçamentária **(1861) 08.002.10.122.0028.2157.3.3.90.39 F.R 01.46/ (128) 08.002.10.302.0071.2074.3.3.90.39 F.R 01.02** e serão empenhados pela Secretaria Municipal de Saúde.

#### **11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO FORO**

11.1 - O foro da Comarca de Araputanga, Estado de Mato Grosso, é o competente para dirimir eventuais pendências acerca deste contrato, na forma da Lei nº. 8.666/93 art. 55, § 2º.

#### **12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DISPOSIÇÕES FINAIS**

12.1 – Fazem parte integrante deste Contrato independente de transcrição: o edital credenciamento e a proposta do CONTRATADO.

12.2 – Este contrato sujeita-se ainda às Leis municipais inerentes ao assunto.

E, por estarem justos e contratados, assinam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas.





Estado de Mato Grosso  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA**  
**CNPJ 15.023.914/0001-45**

Araputanga - MT, ..... de ..... de 2021.

**ENILSON DE ARAÚJO RIOS**  
**PREFEITO MUNICIPAL**  
**CONTRATANTE**

\*\*\*\*\*

**CONTRATADA**

**CNPJ nº \*\*.\*\*\*.\*/\*\*\*\*\_\*\***

\*\*\*\*\*

**CPF nº \*\*\*.\*\*\*.\*\*\*\_\*\***

**TESTEMUNHAS:**

**1ª - Nome:** \_\_\_\_\_  
**CPF nº.** \_\_\_\_\_

**2ª - Nome:** \_\_\_\_\_  
**CPF nº:** \_\_\_\_\_



Estado de Mato Grosso  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA**  
**CNPJ 15.023.914/0001-45**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA**

**EDITAL DE CHAMAMENTO INEXIGIBILIDADE 001/2021 PARA CREDENCIAMENTO nº 001/2021**

A PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA - MT, pessoa jurídica de direito público interno, situado na Rua Antenor Mamedes nº 911 – Centro, através da Comissão Permanente de Licitações, torna público para todos os interessados que está aberto o prazo para o CREDENCIAMENTO de Pessoa Jurídica para Prestação de Serviços de Exames Laboratoriais, em atendimento à demanda da Secretaria Municipal de Saúde. O **Credenciamento ocorrerá no período de 02/08/2021 a 12/08/2021** e a **abertura dos envelopes em 13/08/2021 às 08h00min**. Os interessados poderão obter informações detalhadas no endereço supracitado, de segunda a sexta-feira, das 07:00 às 11:00 e das 13:00 às 17:00, com a Comissão Permanente de Licitações, ou ainda através do telefone (65)3261-1138 ou e-mail: [cpl@araputanga.mt.gov.br](mailto:cpl@araputanga.mt.gov.br).

Araputanga - MT, 28 de julho de 2021.

**Cristina Maria de Lima**  
*Presidente da CPL*

**Rua Antenor Mamedes, nº 911 – Fone (65) 3261-1736/1138**  
**CEP 78.260-000 – Araputanga – Mato Grosso**  
**e-mail: [cpl@araputanga.mt.gov.br](mailto:cpl@araputanga.mt.gov.br)**