



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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 002/2022

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 061/2022, 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 **CREDCIAMENTO**, estabelecido no Município de Araputanga, para a **Contratação de Pessoa Jurídica para Prestação de Serviços de Exames Laboratoriais em atendimento à demanda do Centro de Enfrentamento a Covid e da Secretaria Municipal de Saúde**, através de requisições/autorizações emitidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

1. DO PREÇO DOS SERVIÇOS

1.1. 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 001/2022**

Seq. do Item	Código do Item	Descrição do Item	Und.	Qdte.	Valor Unitário	Valor Total
1	095.120.059	SERVIÇO DE EXAME CKMB.	UNID	200	R\$ 50,00	R\$ 10.000,00
2	004.247.659	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DOSAGEM DE CREATINA.	UNID	400	R\$ 20,00	R\$ 8.000,00
3	004.147.671	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HEMOGRAMA.	UNID	600	R\$ 15,00	R\$ 9.000,00
4	004.147.689	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TGO.	UNID	400	R\$ 20,00	R\$ 8.000,00
5	004.147.691	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TGP.	UNID	400	R\$ 20,00	R\$ 8.000,00
6	004.147.690	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO UREIA.	UNID	400	R\$ 20,00	R\$ 8.000,00
7	095.120.122	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO T4, T41 CADA.	UNID	200	R\$ 25,00	R\$ 5.000,00
8	095.120.131	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO URINA.	UNID	600	R\$ 15,00	R\$ 9.000,00
9	025.100.007	EXAME DE CREATININA.	UNID	200	R\$ 20,00	R\$ 4.000,00
10	095.120.034	SERVIÇO DE EXAME AMILASE.	UNID	100	R\$ 25,00	R\$ 2.500,00
11	095.120.051	SERVIÇO DE EXAME – CALCIO.	UNID	100	R\$ 20,00	R\$ 2.000,00
12	004.061.497	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO BETA HCG.	UNID	100	R\$ 30,00	R\$ 3.000,00
13	004.162.835	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CONTAGEM DE PLAQUETAS.	UNID	100	R\$ 10,00	R\$ 1.000,00
14	004.151.212	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO D DIMERO.	UNID	400	R\$ 90,00	R\$ 36.000,00
15	004.147.555	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FERRITINA.	UNID	200	R\$ 30,00	R\$ 6.000,00

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





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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

16	004.147.667	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO GLICOSE.	UND	300	R\$ 15,00	R\$ 4.500,00
17	095.120.100	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO IDH (DESIDROGENASE LÁTICA).	UNID	200	R\$ 35,00	R\$ 7.000,00
18	004.252.402	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO IGE TOTAL.	UNID	100	R\$ 40,00	R\$ 4.000,00
19	004.247.711	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO LIPIDOGRAMA COMPLETO.	UNID	400	R\$ 40,00	R\$ 16.000,00
20	004.147.675	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO POTASSIO.	UNID	200	R\$ 25,00	R\$ 5.000,00
21	004.165.029	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROTEÍNAS TOTAIS.	UNID	100	R\$ 25,00	R\$ 2.500,00
22	095.120.120	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SÓDIO (NA).	UNID	200	R\$ 25,00	R\$ 5.000,00
23	004.151.219	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TIREOGLOBULINA	UNID	100	R\$ 40,00	R\$ 4.000,00
24	004.150.927	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TROPONINA.	UNID	200	R\$ 50,00	R\$ 10.000,00
25	095.120.031	SERVIÇO DE EXAME ALBUMINA.	UNID	100	R\$ 20,00	R\$ 2.000,00
26	095.120.039	SERVIÇO DE EXAME ANTICORPOS ANTI HIV 1 E 2.	UNID	100	R\$ 50,00	R\$ 5.000,00
27	095.120.111	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO PCR - QUANTITATIVO ALTA SENSIBILIDADE.	UNID	200	R\$ 25,00	R\$ 5.000,00
28	095.120.121	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO T3, T31 CADA.	UNID	100	R\$ 25,00	R\$ 2.500,00
29	095.120.129	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO TSH.	UNID	200	R\$ 25,00	R\$ 5.000,00
30	095.120.132	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO VHS.	UNID	100	R\$ 20,00	R\$ 2.000,00
31	095.120.072	SERVIÇO DE EXAME TIPO DENGUE IGG IGM.	UNID	100	R\$ 50,00	R\$ 5.000,00
32	095.120.073	SERVIÇO DE EXAME TIPO DENGUE NS1.	UNID	100	R\$ 70,00	R\$ 7.000,00
33	095.120.038	ANTI RAIVA.	UNID	20	R\$ 250,00	R\$ 5.000,00
34	095.120.045	BIÓPSIA (PEÇA GRANDE).	UNID	20	R\$ 400,00	R\$ 8.000,00
35	095.120.046	BIÓPSIA (PEÇA PEQUENA).	UNID	20	R\$ 200,00	R\$ 4.000,00
36	095.120.047	BRUCELOSE HEMOAGLUTINAÇÃO.	UNID	40	R\$ 40,00	R\$ 1.600,00
37	095.120.109	PAR MIF (CADA).	UNID	20	R\$ 25,00	R\$ 500,00
38	095.120.040	SERVIÇO DE EXAME ANTICORPOS ANTICARDIOLIPINA IGG /IGM.	UNID	20	R\$ 140,00	R\$ 2.800,00
39	004.168.234	SERVIÇO DE EXAME - ANTI-CCP.	UNID	20	R\$ 80,00	R\$ 1.600,00
40	095.120.054	SERVIÇO DE EXAME – CEA.	UNID	40	R\$ 45,00	R\$ 1.800,00
41	004.184.628	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO 25 HIDROXI-VITAMINA D.	UNID	80	R\$ 50,00	R\$ 4.000,00
42	004.157.996	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ANTI TPO.	UNID	20	R\$ 50,00	R\$ 1.000,00
43	004.153.904	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ANTI-RO.	UNID	20	R\$ 60,00	R\$ 1.200,00
44	004.151.204	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ANTI-SM.	UNID	20	R\$ 60,00	R\$ 1.200,00
45	004.150.359	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ANTICOAGULANTE LÚPICO.	UNID	20	R\$ 60,00	R\$ 1.200,00
46	004.327.535	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO BETA HCG QUANTITATIVO.	UNID	40	R\$ 50,00	R\$ 2.000,00
47	004.147.533	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO BILIRRUBINA.	UNID	60	R\$ 25,00	R\$ 1.500,00
48	004.157.997	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CALCÍURIA 24H.	UNID	20	R\$ 35,00	R\$ 700,00



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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

49	025.100.005	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CARBAMAZEPINA.	UNID	40	R\$ 57,50	R\$ 2.300,00
50	004.182.857	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CELULAS LE.	UNID	40	R\$ 45,00	R\$ 1.800,00
51	004.147.537	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CLORO.	UNID	20	R\$ 35,00	R\$ 700,00
52	004.153.953	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO COLINESTERASE.	UNID	20	R\$ 45,00	R\$ 900,00
53	004.247.774	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO COPROLOGICO FUNCIONAL.	UNID	20	R\$ 50,00	R\$ 1.000,00
54	004.141.717	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CORTISOL.	UNID	40	R\$ 42,50	R\$ 1.700,00
55	004.159.452	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CORTISOL LIVRE.	UNID	40	R\$ 52,50	R\$ 2.100,00
56	095.120.114	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DE PSA TOTAL.	UNID	40	R\$ 40,00	R\$ 1.600,00
57	095.120.130	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DE TTPA.	UNID	40	R\$ 47,50	R\$ 1.900,00
58	004.309.210	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DHEA.	UNID	20	R\$ 52,50	R\$ 1.050,00
59	004.162.898	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DOSAGEM DA DEHIDROEPIANDROSTERONA, DHEA – RIE.	UNID	40	R\$ 52,50	R\$ 2.100,00
60	004.247.692	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DOSAGEM DE LIPIDIOS TOTAIS.	UNID	20	R\$ 37,50	R\$ 750,00
61	004.162.784	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DOSAGEM DE LITIO.	UNID	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
62	004.151.214	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA.	UNID	20	R\$ 42,50	R\$ 850,00
63	095.120.075	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO EPSTEIN BAAR IGG/IGM.	UNID	20	R\$ 100,00	R\$ 2.000,00
64	004.150.904	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ESTRADIOL.	UNID	40	R\$ 37,50	R\$ 1.500,00
65	004.247.471	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ESTRIOL.	UNID	40	R\$ 37,50	R\$ 1.500,00
66	095.120.077	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ESTRONA.	UNID	40	R\$ 37,50	R\$ 1.500,00
67	095.120.107	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO EXAMES DE PREVENTIVO - PAPA NICOLAU.	UNID	40	R\$ 50,00	R\$ 2.000,00
68	004.147.563	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FAN.	UNID	40	R\$ 37,50	R\$ 1.500,00
69	025.100.006	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FENOBARBITAL.	UNID	20	R\$ 52,50	R\$ 1.050,00
70	004.147.664	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FOSFATASE ALCALINA.	UNID	40	R\$ 20,00	R\$ 800,00
71	004.147.666	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FOSFORO.	UNID	20	R\$ 25,00	R\$ 500,00
72	004.158.110	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FSH.	UNID	20	R\$ 27,50	R\$ 550,00
73	095.120.080	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FTA ABS.	UNID	100	R\$ 75,00	R\$ 7.500,00
74	095.120.081	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO GAMA GT.	UNID	60	R\$ 22,50	R\$ 1.350,00
75	095.120.084	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HBV - PCR QUANTITATIVO EM TEMPO REAL.	UNID	20	R\$ 300,00	R\$ 6.000,00
76	095.120.085	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HCV (HEPATITE C).	UNID	40	R\$ 42,50	R\$ 1.700,00
77	095.120.087	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HEPATITE A (HAV).	UNID	20	R\$ 75,00	R\$ 1.500,00
78	095.120.088	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HEPATITE B (ANTI HBS).	UNID	40	R\$ 37,50	R\$ 1.500,00

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





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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

79	095.120.089	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HEPATITE B-HBC ANTI - IGG/IGM.	UNID	40	R\$ 55,00	R\$ 2.200,00
80	095.120.097	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HORMONIO DE CRESCIMENTO - HGH (GH).	UNID	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
81	004.247.717	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ID DE PPD - TESTE PARA TUBERCULOSE.	UNID	40	R\$ 110,00	R\$ 4.400,00
82	004.243.572	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO INSULINA.	UNID	20	R\$ 45,00	R\$ 900,00
83	095.120.099	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO LATEX FATOR REUMATOIDE.	UNID	20	R\$ 22,50	R\$ 450,00
84	004.158.148	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO LH.	UNID	20	R\$ 25,00	R\$ 500,00
85	004.147.674	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MAGNESIO.	UNID	40	R\$ 20,00	R\$ 800,00
86	095.120.106	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MICROSSOMAL (IGE).	UNID	20	R\$ 50,00	R\$ 1.000,00
87	004.162.799	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MIOGLOBINA.	UNID	20	R\$ 55,00	R\$ 1.100,00
88	004.150.912	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MUCOPROTEINAS.	UNID	20	R\$ 35,00	R\$ 700,00
89	095.120.063	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MV AVIDEZ.	UNID	20	R\$ 130,00	R\$ 2.600,00
90	095.120.083	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PESQUISA DE HBSAG (AAU).	UNID	40	R\$ 32,50	R\$ 1.300,00
91	095.120.112	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES (CADA).	UNID	40	R\$ 22,50	R\$ 900,00
92	004.247.788	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PESQUISA DE SANGUE OCULTO.	UNID	40	R\$ 27,50	R\$ 1.100,00
93	004.158.154	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROGESTERONA.	UNID	20	R\$ 45,00	R\$ 900,00
94	004.158.155	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROLACTINA.	UNID	20	R\$ 32,50	R\$ 650,00
95	004.147.676	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROTEINAS TOTAIS E FRACOES.	UNID	20	R\$ 27,50	R\$ 550,00
96	004.150.924	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROTEINURIA DE 24 HORAS.	UNID	20	R\$ 35,00	R\$ 700,00
97	095.120.115	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PSA TOTAL E LIVRE.	UNID	40	R\$ 75,00	R\$ 3.000,00
98	004.147.681	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO REACAO PARA WAALER ROSE.	UNID	40	R\$ 47,50	R\$ 1.900,00
99	095.120.117	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SCL 70.	UNID	20	R\$ 60,00	R\$ 1.200,00
100	004.151.218	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SDHEA.	UNID	20	R\$ 60,00	R\$ 1.200,00
101	095.120.101	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SOROLOGIA LEISHMANIOSE.	UNID	20	R\$ 85,00	R\$ 1.700,00
102	004.247.714	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SOROLOGIA PARA MONONUCLEOSE – MONOTESTE.	UNID	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
103	004.313.453	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA.	UNID	20	R\$ 60,00	R\$ 1.200,00
104	095.120.123	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TAP	UNID	40	R\$ 47,50	R\$ 1.900,00

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





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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

105	004.247.846	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TEMPO DE COAGULACAO E SANGRAMENTO.	UNID	60	R\$ 40,00	R\$ 2.400,00
106	095.120.124	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TEMPO DE SANGRAMENTO T.S I.	UNID	60	R\$ 20,00	R\$ 1.200,00
107	004.247.555	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTE DE COOMBS INDIRETO.	UNID	60	R\$ 37,50	R\$ 2.250,00
108	095.120.128	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTE PARA TOXOPLASMOSE - IGG, IGM.	UNID	60	R\$ 60,00	R\$ 3.600,00
109	004.151.222	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTOSTERONA LIVRE.	UNID	60	R\$ 40,00	R\$ 2.400,00
110	004.166.874	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTOSTERONA TOTAL.	UNID	60	R\$ 40,00	R\$ 2.400,00
111	004.247.554	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTE DE COOMBS DIRETO.	UNID	60	R\$ 30,00	R\$ 1.800,00
112	095.120.126	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TIPAGEM SANGUINEA.	UNID	60	R\$ 20,00	R\$ 1.200,00
113	004.248.568	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TOXOPLASMOSE - ELISA – IGA.	UNID	60	R\$ 75,00	R\$ 4.500,00
114	004.158.175	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TRIGLICERIDES.	UNID	200	R\$ 15,00	R\$ 3.000,00
115	004.142.812	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO VDRL.	UNID	60	R\$ 20,00	R\$ 1.200,00
116	095.120.133	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO VITAMINA B12.	UNID	40	R\$ 50,00	R\$ 2.000,00
117	004.247.710	SERVIÇO DE EXAME - SOROAGLUTINACAO PARA LISTERIOSE.	UNID	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
118	095.120.027	SERVIÇO DE EXAME ÁCIDO OXÁLICO.	UNID	20	R\$ 30,00	R\$ 600,00
119	095.120.028	SERVIÇO DE EXAME ÁCIDO ÚRICO.	UNID	80	R\$ 20,00	R\$ 1.600,00
120	095.120.029	SERVIÇO DE EXAME ÁCIDO ÚRICO URINÁRIO	UNID	20	R\$ 35,00	R\$ 700,00
121	095.120.030	SERVIÇO DE EXAME ACTH - HORMÔNIO ADRENOCORTICOTROFICO.	UNID	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
122	095.120.032	SERVIÇO DE EXAME ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA.	UNID	20	R\$ 30,00	R\$ 600,00
123	095.120.033	SERVIÇO DE EXAME ALFA FETOPROTEINA.	UNID	20	R\$ 45,00	R\$ 900,00
124	095.120.035	SERVIÇO DE EXAME ANDROSTENEDIONA.	UNID	20	R\$ 60,00	R\$ 1.200,00
125	095.120.036	SERVIÇO DE EXAME ANTI DNA.	UNID	20	R\$ 50,00	R\$ 1.000,00
126	095.120.037	SERVIÇO DE EXAME ANTI LA.	UNID	20	R\$ 60,00	R\$ 1.200,00
127	095.120.041	SERVIÇO DE EXAME ANTICORPOS ANTIFOSFOLIPIDEOS.	UNID	20	R\$ 60,00	R\$ 1.200,00
128	095.120.044	SERVIÇO DE EXAME BETA 2 MICROGLOBINA.	UNID	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
129	095.120.050	SERVIÇO DE EXAME CA 125.	UNID	40	R\$ 45,00	R\$ 1.800,00
130	095.120.052	SERVIÇO DE EXAME CÁLCIO IÔNICO.	UNID	20	R\$ 25,00	R\$ 500,00
131	095.120.053	SERVIÇO DE EXAME CÁLCIO URINARIO.	UNID	20	R\$ 30,00	R\$ 600,00
132	095.120.055	SERVIÇO DE EXAME CHAGAS IGGIGM.	UNID	60	R\$ 75,00	R\$ 4.500,00
133	095.120.056	SERVIÇO DE EXAME CISTINA – PESQUISA.	UNID	20	R\$ 30,00	R\$ 600,00



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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

134	095.120.057	SERVIÇO DE EXAME CITOMEGALOVIRUS IGG E IGM.	UNID	60	R\$ 60,00	R\$ 3.600,00
135	095.120.058	SERVIÇO DE EXAME CITRATO.	UNID	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
136	095.120.060	SERVIÇO DE EXAME CLAMÍDIA IGA.	UNID	20	R\$ 50,00	R\$ 1.000,00
137	095.120.061	SERVIÇO DE EXAME CLAMÍDIA IGG /IGM.	UNID	20	R\$ 100,00	R\$ 2.000,00
138	095.120.062	SERVIÇO DE EXAME CLEARANCE DE CREATINA.	UNID	40	R\$ 30,00	R\$ 1.200,00
139	095.120.067	SERVIÇO DE EXAME CREATINA URINARIA.	UNID	40	R\$ 40,00	R\$ 1.600,00
140	095.120.064	SERVIÇO DE EXAME DE COLESTEROL.	UNID	200	R\$ 10,00	R\$ 2.000,00
141	095.120.086	SERVIÇO DE EXAME DE HEMOGLOBINA GLICOLISADA.	UNID	400	R\$ 35,00	R\$ 14.000,00
142	095.120.104	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO MICOLÓGICO.	UNID	20	R\$ 60,00	R\$ 1.200,00
143	025.100.074	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO PSA TOTAL.	UNID	40	R\$ 30,00	R\$ 1.200,00
144	095.120.042	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO BAAR - CADA AMOSTRA.	UNID	60	R\$ 50,00	R\$ 3.000,00
145	095.120.043	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO BACTERIOSCOPIA DE GRAM.	UNID	40	R\$ 30,00	R\$ 1.200,00
146	095.120.048	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO C3.	UNID	20	R\$ 45,00	R\$ 900,00
147	095.120.049	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO C4.	UNID	20	R\$ 45,00	R\$ 900,00
148	095.120.070	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO CURVA GLICÊMICA GESTANTE (3 DOSAGENS).	UNID	60	R\$ 65,00	R\$ 3.900,00
149	095.120.071	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO CURVA GLICÊMICA NORMAL (5 DOSAGENS).	UNID	20	R\$ 80,00	R\$ 1.600,00
150	095.120.074	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO ELETROFORESE DE PROTEÍNAS.	UNID	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
151	095.120.076	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO ESPERMOGRAMA.	UNID	20	R\$ 100,00	R\$ 2.000,00
152	095.120.078	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO FENITOINA.	UNID	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
153	095.120.079	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO FERRO.	UNID	40	R\$ 25,00	R\$ 1.000,00
154	095.120.091	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HEPATITE B-HBE, ANTI.	UNID	40	R\$ 35,00	R\$ 1.400,00
155	095.120.092	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HEPATITE B-HBEAG.	UNID	40	R\$ 35,00	R\$ 1.400,00
156	095.120.090	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HEPATITE B-HOC TOTAL.	UNID	40	R\$ 40,00	R\$ 1.600,00
157	095.120.093	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HERPES SIMPLIS I E II.	UNID	40	R\$ 60,00	R\$ 2.400,00
158	095.120.094	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HIV I E II.	UNID	40	R\$ 50,00	R\$ 2.000,00
159	095.120.095	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HIV, ANTICORPOS ANTI - PESQUISA (WESTERN BLOT).	UNID	20	R\$ 300,00	R\$ 6.000,00
160	095.120.098	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HTLV.	UNID	20	R\$ 50,00	R\$ 1.000,00
161	095.120.102	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO LEISHMANIOSE PESQUISA.	UNID	20	R\$ 70,00	R\$ 1.400,00

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





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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

162	095.120.105	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO MICROALBUMINA.	UNID	20	R\$ 30,00	R\$ 600,00
163	095.120.113	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO PROVAS REUMÁTICAS.	UNID	40	R\$ 70,00	R\$ 2.800,00
164	095.120.116	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO RUBÉOLA IGG/IGM.	UNID	40	R\$ 60,00	R\$ 2.400,00
165	095.120.118	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO SELENIO.	UNID	20	R\$ 50,00	R\$ 1.000,00
166	095.120.119	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO SEROTONINA TOTAL.	UNID	20	R\$ 70,00	R\$ 1.400,00
167	095.120.125	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO TESTE PACK (GRAVIDEZ URINA)	UNID	20	R\$ 27,50	R\$ 550,00
168	095.120.127	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO TOXOPLASMOSE AVIDEZ.	UNID	20	R\$ 60,00	R\$ 1.200,00
169	095.120.082	SERVIÇO DE EXAME PARA DIAGNOSTICO DE HANSENIASE.	UNID	60	R\$ 80,00	R\$ 4.800,00
170	095.120.108	SERVIÇO DE EXAME PARASITOLÓGICO I.	UNID	200	R\$ 15,00	R\$ 3.000,00
171	095.120.068	SERVIÇO DE EXAME TIPO CROMO.	UNID	20	R\$ 45,00	R\$ 900,00
172	095.120.069	SERVIÇO DE EXAME TIPO CULTURA + ANTIBIOGRAMA.	UNID	200	R\$ 50,00	R\$ 10.000,00
173	095.120.096	SERVIÇO DE EXAME TIPO HLA B27 PESQUISA – PCR.	UNID	20	R\$ 70,00	R\$ 1.400,00
174	095.120.103	SERVIÇO DE EXAME TIPO MAGNÉSIO URINÁRIO.	UNID	20	R\$ 30,00	R\$ 600,00
175	095.120.134	SERVIÇO DE EXAME TIPO ZINCO.	UNID	40	R\$ 45,00	R\$ 1.800,00
176	095.120.066	SERVIÇO DE EXAME – TIPO CPK.	UNID	40	R\$ 50,00	R\$ 2.000,00
TOTAL						R\$ 479.250,00

2. DO PERÍODO E HORÁRIO PARA O CREDENCIAMENTO

2.1. O credenciamento ocorrerá no período de **14/03/2022** a **25/03/2022**, devendo os interessados, neste período, apresentarem os documentos necessários e a proposta de adesão.

2.2. O horário de atendimento aos interessados será das 07h00min às 11h00min e das 13h00min às 17h00min.

2.3. Não serão aceitos documentos após o período acima descrito e nem serão promovidos novos credenciamentos.

2.4. 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.

2.5. 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





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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

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

3. DO ENVELOPE

3.1. 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. 002/2022 - Credenciamento nº. 001/2022

Prefeitura Municipal de Araputanga

Rua Antenor Mamedes Nº 911 - Centro

CEP: 78. 260-000

A/C: Comissão Permanente de Licitações

3.2. 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: _____

4. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

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

4.2. Não poderão participar deste credenciamento os seguintes Profissionais:

4.2.1. Declarados inidôneas nos termos da lei;

4.2.2. Impedidos de licitar, contratar ou transacionar com a Administração Pública, direta ou indireta;

4.2.3. Que tenham falência decretada ou estejam em recuperação judicial, bem como concordatária, concurso de credores, dissolução ou liquidação;

4.2.4. Empresas que tenham pendências financeiras ou contratuais para o Município de Araputanga e suas entidades da administração direta ou indireta.

4.2.5. No presente credenciamento é vedado a participação de empresas que estejam em consórcio.

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

5. DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA O CREDENCIAMENTO

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

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

CEP 78.260-000 – Araputanga – Mato Grosso

e-mail: cpl@araputanga.mt.gov.br





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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

- a) Registro comercial, no caso de empresa individual;
- b) Cópia de documento de identificação e do CPF dos sócios;
- c) Ato constitutivo, estatuto ou contrato social e suas alterações 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;
- e) **Certidão Conjunta de Tributos Federais e Dívida Ativa da União**, onde a mesma poderá ser retirada no site: 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, 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;
- j) **Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT)**, a mesma pode ser retirada no site: www.tst.jus.br;
- l) **Alvará da Vigilância Sanitária Competente**, expedida pela Prefeitura do respectivo domicílio tributário;

5.2. Documentação relativa à avaliação econômico-financeira

a) **Certidão negativa de Falência, Concordata**, expedida pelo Cartório Distribuidor da sede da pessoa jurídica, sendo que a certidão apresentada sem disposição expressa do órgão expedidor quanto a sua validade, terá o prazo de vencimento de 30 (trinta) dias contados a partir da data de sua emissão.

5.3. Os documentos acima descritos deverão ser apresentados, preferencialmente por cópias autenticadas, ou por cópias acompanhadas das originais para conferência.

5.3.1. Todos os documentos que contenham prazo de validade deverão estar em plena vigência.

5.4. Serão desconsideradas as cópias rasuradas, ilegíveis, apagadas ou que apresentarem qualquer defeito capaz de colocar em dúvida a sua fidelidade.

5.5. Os documentos deverão ser apresentados na mesma ordem de numeração dos documentos neste edital.

6. DO PROCESSAMENTO DO CREDENCIAMENTO

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

6.1.1. Em primeiro lugar:

6.1.1.1. A abertura dos envelopes será realizada pela Comissão de Credenciamento no dia **28/03/2022** às 13h00min;

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





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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

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

6.1.1.3. De tudo lavar-se-á ata circunstanciada.

6.1.2 Em segundo lugar:

6.1.2.1. 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.

6.1.2.2. Desta reunião lavar-se-á ata circunstanciada e conclusiva sobre o credenciamento ou não da empresa.

6.1.2.3. 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.

6.1.2.4. 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.

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

6.1.2.6. 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.

7. DA PROPOSTA E DA SUA FORMA DE APRESENTAÇÃO

7.1. 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.

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

7.3. 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.

8. DO PREÇO, CARACTERÍSTICAS E FORMA DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

8.1. 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	Und.	Estimativa de consumo até 31/12/2022	Valor Unitário
1	095.120.059	SERVIÇO DE EXAME CKMB.	UNID	200	R\$ 50,00
2	004.247.659	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DOSAGEM DE CREATINA.	UNID	400	R\$ 20,00
3	004.147.671	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HEMOGRAMA.	UNID	600	R\$ 15,00
4	004.147.689	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TGO.	UNID	400	R\$ 20,00
5	004.147.691	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TGP.	UNID	400	R\$ 20,00
6	004.147.690	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO UREIA.	UNID	400	R\$ 20,00

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





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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

7	095.120.122	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO T4, T41 CADA.	UNID	200	R\$ 25,00
8	095.120.131	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO URINA.	UNID	600	R\$ 15,00
9	025.100.007	EXAME DE CREATININA.	UNID	200	R\$ 20,00
10	095.120.034	SERVIÇO DE EXAME AMILASE.	UNID	100	R\$ 25,00
11	095.120.051	SERVIÇO DE EXAME – CALCIO.	UNID	100	R\$ 20,00
12	004.061.497	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO BETA HCG.	UNID	100	R\$ 30,00
13	004.162.835	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CONTAGEM DE PLAQUETAS.	UNID	100	R\$ 10,00
14	004.151.212	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO D DIMERO.	UNID	400	R\$ 90,00
15	004.147.555	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FERRITINA.	UNID	200	R\$ 30,00
16	004.147.667	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO GLICOSE.	UND	300	R\$ 15,00
17	095.120.100	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO IDH (DESIDROGENASE LÁTICA).	UNID	200	R\$ 35,00
18	004.252.402	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO IGE TOTAL.	UNID	100	R\$ 40,00
19	004.247.711	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO LIPIDOGRAMA COMPLETO.	UNID	400	R\$ 40,00
20	004.147.675	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO POTASSIO.	UNID	200	R\$ 25,00
21	004.165.029	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROTEINAS TOTAIS.	UNID	100	R\$ 25,00
22	095.120.120	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SODIO (NA).	UNID	200	R\$ 25,00
23	004.151.219	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TIREOGLOBULINA	UNID	100	R\$ 40,00
24	004.150.927	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TROPONINA.	UNID	200	R\$ 50,00
25	095.120.031	SERVIÇO DE EXAME ALBUMINA.	UNID	100	R\$ 20,00
26	095.120.039	SERVIÇO DE EXAME ANTICORPOS ANTI HIV 1 E 2.	UNID	100	R\$ 50,00
27	095.120.111	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO PCR - QUANTITATIVO ALTA SENSIBILIDADE.	UNID	200	R\$ 25,00
28	095.120.121	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO T3, T31 CADA.	UNID	100	R\$ 25,00
29	095.120.129	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO TSH.	UNID	200	R\$ 25,00
30	095.120.132	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO VHS.	UNID	100	R\$ 20,00
31	095.120.072	SERVIÇO DE EXAME TIPO DENGUE IGG IGM.	UNID	100	R\$ 50,00
32	095.120.073	SERVIÇO DE EXAME TIPO DENGUE NS1.	UNID	100	R\$ 70,00
33	095.120.038	ANTI RAIVA.	UNID	20	R\$ 250,00
34	095.120.045	BIOPSIA (PEÇA GRANDE).	UNID	20	R\$ 400,00
35	095.120.046	BIOPSIA (PEÇA PEQUENA).	UNID	20	R\$ 200,00
36	095.120.047	BRUCELOSE HEMOAGLUTINAÇÃO.	UNID	40	R\$ 40,00
37	095.120.109	PAR MIF (CADA).	UNID	20	R\$ 25,00
38	095.120.040	SERVIÇO DE EXAME ANTICORPOS ANTICARDIOLIPINA IGG /IGM.	UNID	20	R\$ 140,00
39	004.168.234	SERVIÇO DE EXAME - ANTI-CCP.	UNID	20	R\$ 80,00
40	095.120.054	SERVIÇO DE EXAME – CEA.	UNID	40	R\$ 45,00
41	004.184.628	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO 25 HIDROXI-VITAMINA D.	UNID	80	R\$ 50,00
42	004.157.996	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ANTI TPO.	UNID	20	R\$ 50,00
43	004.153.904	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ANTI-RO.	UNID	20	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





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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

44	004.151.204	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ANTI-SM.	UNID	20	R\$ 60,00
45	004.150.359	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ANTICOAGULANTE LUPICO.	UNID	20	R\$ 60,00
46	004.327.535	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO BETA HCG QUANTITATIVO.	UNID	40	R\$ 50,00
47	004.147.533	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO BILIRRUBINA.	UNID	60	R\$ 25,00
48	004.157.997	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CALCIURIA 24H.	UNID	20	R\$ 35,00
49	025.100.005	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CARBAMAZEPINA.	UNID	40	R\$ 57,50
50	004.182.857	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CELULAS LE.	UNID	40	R\$ 45,00
51	004.147.537	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CLORO.	UNID	20	R\$ 35,00
52	004.153.953	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO COLINESTERASE.	UNID	20	R\$ 45,00
53	004.247.774	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO COPROLOGICO FUNCIONAL.	UNID	20	R\$ 50,00
54	004.141.717	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CORTISOL.	UNID	40	R\$ 42,50
55	004.159.452	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CORTISOL LIVRE.	UNID	40	R\$ 52,50
56	095.120.114	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DE PSA TOTAL.	UNID	40	R\$ 40,00
57	095.120.130	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DE TTPA.	UNID	40	R\$ 47,50
58	004.309.210	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DHEA.	UNID	20	R\$ 52,50
59	004.162.898	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DOSAGEM DA DEHIDROEPIANDROSTERONA, DHEA – RIE.	UNID	40	R\$ 52,50
60	004.247.692	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DOSAGEM DE LIPÍDIOS TOTAIS.	UNID	20	R\$ 37,50
61	004.162.784	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DOSAGEM DE LITIO.	UNID	20	R\$ 40,00
62	004.151.214	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA.	UNID	20	R\$ 42,50
63	095.120.075	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO EPSTEIN BAAR IGG/IGM.	UNID	20	R\$ 100,00
64	004.150.904	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ESTRADIOL.	UNID	40	R\$ 37,50
65	004.247.471	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ESTRIOL.	UNID	40	R\$ 37,50
66	095.120.077	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ESTRONA.	UNID	40	R\$ 37,50
67	095.120.107	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO EXAMES DE PREVENTIVO - PAPA NICOLAU.	UNID	40	R\$ 50,00
68	004.147.563	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FAN.	UNID	40	R\$ 37,50
69	025.100.006	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FENOBARBITAL.	UNID	20	R\$ 52,50
70	004.147.664	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FOSFATASE ALCALINA.	UNID	40	R\$ 20,00
71	004.147.666	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FOSFORO.	UNID	20	R\$ 25,00
72	004.158.110	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FSH.	UNID	20	R\$ 27,50
73	095.120.080	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FTA ABS.	UNID	100	R\$ 75,00
74	095.120.081	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO GAMA GT.	UNID	60	R\$ 22,50
75	095.120.084	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HBV - PCR QUANTITATIVO EM TEMPO REAL.	UNID	20	R\$ 300,00
76	095.120.085	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HCV	UNID	40	R\$ 42,50

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





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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

		(HEPATITE C).			
77	095.120.087	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HEPATITE A (HAV).	UNID	20	R\$ 75,00
78	095.120.088	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HEPATITE B (ANTI HBS).	UNID	40	R\$ 37,50
79	095.120.089	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HEPATITE B-HBC ANTI - IGG/IGM.	UNID	40	R\$ 55,00
80	095.120.097	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HORMONIO DE CRESCIMENTO - HGH (GH).	UNID	20	R\$ 40,00
81	004.247.717	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ID DE PPD - TESTE PARA TUBERCULOSE.	UNID	40	R\$ 110,00
82	004.243.572	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO INSULINA.	UNID	20	R\$ 45,00
83	095.120.099	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO LATEX FATOR REUMATOIDE.	UNID	20	R\$ 22,50
84	004.158.148	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO LH.	UNID	20	R\$ 25,00
85	004.147.674	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MAGNESIO.	UNID	40	R\$ 20,00
86	095.120.106	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MICROSSOMAL (IGE).	UNID	20	R\$ 50,00
87	004.162.799	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MIOGLOBINA.	UNID	20	R\$ 55,00
88	004.150.912	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MUCOPROTEINAS.	UNID	20	R\$ 35,00
89	095.120.063	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MV AVIDEZ.	UNID	20	R\$ 130,00
90	095.120.083	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PESQUISA DE HBSAG (AAU).	UNID	40	R\$ 32,50
91	095.120.112	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES (CADA).	UNID	40	R\$ 22,50
92	004.247.788	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PESQUISA DE SANGUE OCULTO.	UNID	40	R\$ 27,50
93	004.158.154	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROGESTERONA.	UNID	20	R\$ 45,00
94	004.158.155	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROLACTINA.	UNID	20	R\$ 32,50
95	004.147.676	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROTEINAS TOTAIS E FRACOES.	UNID	20	R\$ 27,50
96	004.150.924	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROTEINURIA DE 24 HORAS.	UNID	20	R\$ 35,00
97	095.120.115	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PSA TOTAL E LIVRE.	UNID	40	R\$ 75,00
98	004.147.681	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO REACAO PARA WAALER ROSE.	UNID	40	R\$ 47,50
99	095.120.117	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SCL 70.	UNID	20	R\$ 60,00
100	004.151.218	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SDHEA.	UNID	20	R\$ 60,00
101	095.120.101	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SOROLOGIA LEISHMANIOSE.	UNID	20	R\$ 85,00
102	004.247.714	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SOROLOGIA PARA MONONUCLEOSE – MONOTESTE.	UNID	20	R\$ 40,00
103	004.313.453	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA.	UNID	20	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





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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

104	095.120.123	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TAP	UNID	40	R\$ 47,50
105	004.247.846	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TEMPO DE COAGULACAO E SANGRAMENTO.	UNID	60	R\$ 40,00
106	095.120.124	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TEMPO DE SANGRAMENTO T.S.I.	UNID	60	R\$ 20,00
107	004.247.555	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTE DE COOMBS INDIRETO.	UNID	60	R\$ 37,50
108	095.120.128	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTE PARA TOXOPLASMOSE - IGG, IGM.	UNID	60	R\$ 60,00
109	004.151.222	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTOSTERONA LIVRE.	UNID	60	R\$ 40,00
110	004.166.874	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTOSTERONA TOTAL.	UNID	60	R\$ 40,00
111	004.247.554	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTE DE COOMBS DIRETO.	UNID	60	R\$ 30,00
112	095.120.126	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TIPAGEM SANGUINEA.	UNID	60	R\$ 20,00
113	004.248.568	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TOXOPLASMOSE - ELISA – IGA.	UNID	60	R\$ 75,00
114	004.158.175	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TRIGLICERIDES.	UNID	200	R\$ 15,00
115	004.142.812	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO VDRL.	UNID	60	R\$ 20,00
116	095.120.133	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO VITAMINA B12.	UNID	40	R\$ 50,00
117	004.247.710	SERVIÇO DE EXAME - SOROAGLUTINACAO PARA LISTERIOSE.	UNID	20	R\$ 40,00
118	095.120.027	SERVIÇO DE EXAME ÁCIDO OXÁLICO.	UNID	20	R\$ 30,00
119	095.120.028	SERVIÇO DE EXAME ÁCIDO ÚRICO.	UNID	80	R\$ 20,00
120	095.120.029	SERVIÇO DE EXAME ÁCIDO ÚRICO URINÁRIO	UNID	20	R\$ 35,00
121	095.120.030	SERVIÇO DE EXAME ACTH - HORMÔNIO ADRENOCORTICOTROFICO.	UNID	20	R\$ 40,00
122	095.120.032	SERVIÇO DE EXAME ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA.	UNID	20	R\$ 30,00
123	095.120.033	SERVIÇO DE EXAME ALFA FETOPROTEINA.	UNID	20	R\$ 45,00
124	095.120.035	SERVIÇO DE EXAME ANDROSTENEDIONA.	UNID	20	R\$ 60,00
125	095.120.036	SERVIÇO DE EXAME ANTI DNA.	UNID	20	R\$ 50,00
126	095.120.037	SERVIÇO DE EXAME ANTI LA.	UNID	20	R\$ 60,00
127	095.120.041	SERVIÇO DE EXAME ANTICORPOS ANTIFOSFOLIPIDEOS.	UNID	20	R\$ 60,00
128	095.120.044	SERVIÇO DE EXAME BETA 2 MICROGLOBINA.	UNID	20	R\$ 40,00
129	095.120.050	SERVIÇO DE EXAME CA 125.	UNID	40	R\$ 45,00
130	095.120.052	SERVIÇO DE EXAME CÁLCIO IÔNICO.	UNID	20	R\$ 25,00
131	095.120.053	SERVIÇO DE EXAME CÁLCIO URINARIO.	UNID	20	R\$ 30,00
132	095.120.055	SERVIÇO DE EXAME CHAGAS IGGIGM.	UNID	60	R\$ 75,00
133	095.120.056	SERVIÇO DE EXAME CISTINA – PESQUISA.	UNID	20	R\$ 30,00

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





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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

134	095.120.057	SERVIÇO DE EXAME CITOMEGALOVIRUS IGG E IGM.	UNID	60	R\$ 60,00
135	095.120.058	SERVIÇO DE EXAME CITRATO.	UNID	20	R\$ 40,00
136	095.120.060	SERVIÇO DE EXAME CLAMIDIA IGA.	UNID	20	R\$ 50,00
137	095.120.061	SERVIÇO DE EXAME CLAMÍDIA IGG /IGM.	UNID	20	R\$ 100,00
138	095.120.062	SERVIÇO DE EXAME CLEARENCE DE CREATINA.	UNID	40	R\$ 30,00
139	095.120.067	SERVIÇO DE EXAME CREATINA URINARIA.	UNID	40	R\$ 40,00
140	095.120.064	SERVIÇO DE EXAME DE COLESTEROL.	UNID	200	R\$ 10,00
141	095.120.086	SERVIÇO DE EXAME DE HEMOGLOBINA GLICOLISADA.	UNID	400	R\$ 35,00
142	095.120.104	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO MICOLÓGICO.	UNID	20	R\$ 60,00
143	025.100.074	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO PSA TOTAL.	UNID	40	R\$ 30,00
144	095.120.042	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO BAAR - CADA AMOSTRA.	UNID	60	R\$ 50,00
145	095.120.043	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO BACTERIOSCOPIA DE GRAM.	UNID	40	R\$ 30,00
146	095.120.048	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO C3.	UNID	20	R\$ 45,00
147	095.120.049	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO C4.	UNID	20	R\$ 45,00
148	095.120.070	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO CURVA GLICÊMICA GESTANTE (3 DOSAGENS).	UNID	60	R\$ 65,00
149	095.120.071	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO CURVA GLICÊMICA NORMAL (5 DOSAGENS).	UNID	20	R\$ 80,00
150	095.120.074	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO ELETROFORESE DE PROTEÍNAS.	UNID	20	R\$ 40,00
151	095.120.076	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO ESPERMOGRAMA.	UNID	20	R\$ 100,00
152	095.120.078	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO FENITOINA.	UNID	20	R\$ 40,00
153	095.120.079	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO FERRO.	UNID	40	R\$ 25,00
154	095.120.091	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HEPATITE B-HBE, ANTI.	UNID	40	R\$ 35,00
155	095.120.092	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HEPATITE B-HBEAG.	UNID	40	R\$ 35,00
156	095.120.090	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HEPATITE B-HOC TOTAL.	UNID	40	R\$ 40,00
157	095.120.093	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HERPES SIMPLES I E II.	UNID	40	R\$ 60,00
158	095.120.094	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HIV I E II.	UNID	40	R\$ 50,00
159	095.120.095	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HIV, ANTICORPOS ANTI - PESQUISA (WESTERN BLOT).	UNID	20	R\$ 300,00
160	095.120.098	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HTLV.	UNID	20	R\$ 50,00
161	095.120.102	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO LEISHMANIOSE PESQUISA.	UNID	20	R\$ 70,00
162	095.120.105	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO MICROALBUMINA.	UNID	20	R\$ 30,00
163	095.120.113	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO PROVAS REUMÁTICAS.	UNID	40	R\$ 70,00



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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

164	095.120.116	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO RUBÉOLA IGG/IGM.	UNID	40	R\$ 60,00
165	095.120.118	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO SELENIO.	UNID	20	R\$ 50,00
166	095.120.119	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO SEROTONINA TOTAL.	UNID	20	R\$ 70,00
167	095.120.125	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO TESTE PACK (GRAVIDEZ URINA)	UNID	20	R\$ 27,50
168	095.120.127	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO TOXOPLASMOSE AVIDEZ.	UNID	20	R\$ 60,00
169	095.120.082	SERVIÇO DE EXAME PARA DIAGNOSTICO DE HANSENIASE.	UNID	60	R\$ 80,00
170	095.120.108	SERVIÇO DE EXAME PARASITOLÓGICO I.	UNID	200	R\$ 15,00
171	095.120.068	SERVIÇO DE EXAME TIPO CROMO.	UNID	20	R\$ 45,00
172	095.120.069	SERVIÇO DE EXAME TIPO CULTURA + ANTIBIOGRAMA.	UNID	200	R\$ 50,00
173	095.120.096	SERVIÇO DE EXAME TIPO HLA B27 PESQUISA – PCR.	UNID	20	R\$ 70,00
174	095.120.103	SERVIÇO DE EXAME TIPO MAGNÉSIO URINÁRIO.	UNID	20	R\$ 30,00
175	095.120.134	SERVIÇO DE EXAME TIPO ZINCO.	UNID	40	R\$ 45,00
176	095.120.066	SERVIÇO DE EXAME – TIPO CPK.	UNID	40	R\$ 50,00
TOTAL				R\$ 479.250,00	

8.1.1. 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 contraprestação.

8.1.1.1. 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.

8.2. A vigência do contrato oriundo desse credenciamento será da data de sua assinatura até **31/12/2022**, podendo ser prorrogado no interesse das partes até o máximo permitido em Lei, especificamente com base no art. 57, II, Lei nº. 8.666/93.

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

9. DOS SERVIÇOS E FORMA DE PAGAMENTO

9.1. Os exames serão realizados após o horário de expediente, finais de semana e feriados, em casos de urgência e emergência, em decorrência dos atendimentos que estão sendo prestados no Centro de Enfrentamento ao Covid-19 e pela Secretaria Municipal de Saúde.

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

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

9.4. 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



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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

empresa seja optante pelo SIMPLES, deverá apresentar, também, cópia do “Termo de Opção” pelo recolhimento de imposto naquela modalidade.

9.5. 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.

9.6. 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.

9.7. 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.

9.8. 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.

10. DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES

10.1. São obrigações:

10.1.1. Da Contratante:

10.1.2. Expedir as requisição/autorização para que os interessados se encaminhem ao laboratório credenciado de sua livre escolha;

10.1.3. Comunicar, de imediato, qualquer alteração na forma de prestação dos serviços;

10.1.4. Conferir e aprovar os serviços realizados;

10.1.5. Efetuar o pagamento dos serviços realizados nos moldes deste edital;

10.1.6. Prestar aos credenciados, todas as informações necessárias o bom desempenho dos serviços.

10.2. Dos Credenciados:

10.2.1. Tratar os pacientes com cortesia, evitando ter com ele qualquer tipo de transtorno;

10.2.2. Prestar os serviços na forma contratada;

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

10.2.4. Manter durante toda a vigência do contrato as mesmas condições exigidas do momento do credenciamento;

10.2.5. Comunicar à Prefeitura, a ocorrência de fato superveniente que possa acarretar o descredenciamento;

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

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

11. DAS SANÇÕES E PENALIDADES

11.1. 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,



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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

quando do pagamento da fatura apresentada pelo credenciado, ou se por este motivo impossível, será cobrada judicialmente.

11.2. 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.

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

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

12. DOS CASOS DE DESCRENCIAMENTO

12.1. Da Prefeitura, sem prévio aviso, quando:

12.1.1. O credenciado deixar de cumprir qualquer das cláusulas e condições do contrato;

12.1.2. O credenciado descumprir qualquer das obrigações estabelecidas no item 7.0 deste edital, segundo o caso;

12.1.3. O credenciado praticar atos fraudulentos no intuito de auferir para si ou para outrem vantagem ilícita;

12.1.4. Ficar evidenciada a incapacidade do credenciado de cumprir as obrigações assumidas devidamente caracterizadas em relatório circunstanciado de inspeção;

12.1.5. Por razões de interesse público de alta relevância, mediante despacho motivado e justificado da Prefeitura Municipal;

12.1.6. Em razão de caso fortuito ou força maior;

12.1.7. No caso de falecimento do credenciado;

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

12.2. Pela Instituição credenciada:

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

13. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

13.1. As despesas oriundas do credenciamento de empresas serão suportadas pela dotação orçamentária:

Secretaria	Dotação Orçamentária/Fonte de Recursos
Saúde	(450) 08.002.10.122.0028.2157.3.3.90.39.50 F.R 01.500 (555) 08.002.10.302.0071.2074.3.3.90.39.50 F.R 01.500

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

13.3. Projeto Básico – Termo de Referência (**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;

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





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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

13.4. 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.

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

13.6. 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, 11 de março de 2022.

Enilson de Araújo Rios
Prefeito Municipal

Hudson Cunha Ramos
Sec. Mun. de Saúde

Cristina Maria de Lima
Presidente da CPL



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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

ANEXO – I

TERMO DE REFERÊNCIA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE EXAMES LABORATORIAIS

1. Interessada: Secretaria Municipal de Saúde

2. Objeto: Contratação de Pessoa Jurídica para Prestação de Serviços de Exames Laboratoriais em atendimento à demanda do Centro de Enfrentamento a Covid e da Secretaria Municipal de Saúde.

3. Forma de atendimento:

3.1. Os exames serão realizados após o horário de expediente, finais de semana e feriados, em casos de urgência e emergência, em decorrência dos atendimentos que estão sendo prestados no Centro de Enfrentamento ao Covid e pela Secretaria Municipal de Saúde.

4. Prazo de contrato.

4.1. Até 31 de dezembro de 2022.

4.2. Prorrogação: no interesse do Município até o máximo previsto em lei.

5. Do valor e forma de pagamento:

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

5.1.1. 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.

5.1.2. 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.

5.1.3. 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.

5.1.4. 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.

5.1.5. 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.

6. Da dotação orçamentária/Fonte de Recursos e Documentação

a) Secretaria Municipal de Saúde:

(450) 08.002.10.122.0028.2157.3.3.90.39.50 F.R 01.500

(555) 08.002.10.302.0071.2074.3.3.90.39.50 F.R 01.500

7.2 Documentação para fins de Contratação.

7.2.1. Contrato Social e suas alterações;

7.2.2. Cópia do RG e CPF do representante legal;

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





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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

7.2.3. Certidão Negativa: Certidão Conjunta de Tributos Federais e Dívida Ativa da União Abrangendo as Contribuições Sociais, Certidão Negativa de Débito Fiscal Estadual (CND), Certidão Negativa de Débito Municipal, Certidão do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT).

7.2.4. Documentação relativa à avaliação econômico-financeira: Certidão negativa de Falência, Concordata, expedida pelo Cartório Distribuidor da sede da pessoa jurídica, sendo que a certidão apresentada sem disposição expressa do órgão expedidor quanto a sua validade, terá o prazo de vencimento de 30 (trinta) dias contados a partir da data de sua emissão.

8. Objetivo e Finalidade

8.1. A Contratação de Pessoa Jurídica para prestação de serviço de Exames Laboratoriais se faz necessária para atender a demanda de Centro de Covid e da Secretaria Municipal de Saúde.

8.2. A finalidade é a realização de exames aos pacientes que são atendidos no Centro de Enfrentamento do Covid e Secretaria Municipal de Saúde.

TABELA DE PREÇOS DE EXAMES LABORATORIAIS
PROCESSO DE CREDENCIAMENTO Nº 001/2022

Seq. do Item	Código do Item	Descrição do Item	Und.	Qdte.	Valor Unitário	Valor Total
1	095.120.059	SERVIÇO DE EXAME CKMB.	UNID	200	R\$ 50,00	R\$ 10.000,00
2	004.247.659	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DOSAGEM DE CREATINA.	UNID	400	R\$ 20,00	R\$ 8.000,00
3	004.147.671	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HEMOGRAMA.	UNID	600	R\$ 15,00	R\$ 9.000,00
4	004.147.689	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TGO.	UNID	400	R\$ 20,00	R\$ 8.000,00
5	004.147.691	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TGP.	UNID	400	R\$ 20,00	R\$ 8.000,00
6	004.147.690	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO UREIA.	UNID	400	R\$ 20,00	R\$ 8.000,00
7	095.120.122	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO T4, T41 CADA.	UNID	200	R\$ 25,00	R\$ 5.000,00
8	095.120.131	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO URINA.	UNID	600	R\$ 15,00	R\$ 9.000,00
9	025.100.007	EXAME DE CREATININA.	UNID	200	R\$ 20,00	R\$ 4.000,00
10	095.120.034	SERVIÇO DE EXAME AMILASE.	UNID	100	R\$ 25,00	R\$ 2.500,00
11	095.120.051	SERVIÇO DE EXAME – CALCIO.	UNID	100	R\$ 20,00	R\$ 2.000,00
12	004.061.497	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO BETA HCG.	UNID	100	R\$ 30,00	R\$ 3.000,00
13	004.162.835	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CONTAGEM DE PLAQUETAS.	UNID	100	R\$ 10,00	R\$ 1.000,00
14	004.151.212	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO D DIMERO.	UNID	400	R\$ 90,00	R\$ 36.000,00
15	004.147.555	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FERRITINA.	UNID	200	R\$ 30,00	R\$ 6.000,00
16	004.147.667	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO GLICOSE.	UND	300	R\$ 15,00	R\$ 4.500,00

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





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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

17	095.120.100	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO IDH (DESIDROGENASE LÁTICA).	UNID	200	R\$ 35,00	R\$ 7.000,00
18	004.252.402	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO IGE TOTAL.	UNID	100	R\$ 40,00	R\$ 4.000,00
19	004.247.711	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO LIPIDOGRAMA COMPLETO.	UNID	400	R\$ 40,00	R\$ 16.000,00
20	004.147.675	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO POTASSIO.	UNID	200	R\$ 25,00	R\$ 5.000,00
21	004.165.029	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROTEÍNAS TOTAIS.	UNID	100	R\$ 25,00	R\$ 2.500,00
22	095.120.120	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SÓDIO (NA).	UNID	200	R\$ 25,00	R\$ 5.000,00
23	004.151.219	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TIREOGLOBULINA	UNID	100	R\$ 40,00	R\$ 4.000,00
24	004.150.927	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TROPONINA.	UNID	200	R\$ 50,00	R\$ 10.000,00
25	095.120.031	SERVIÇO DE EXAME ALBUMINA.	UNID	100	R\$ 20,00	R\$ 2.000,00
26	095.120.039	SERVIÇO DE EXAME ANTICORPOS ANTI HIV 1 E 2.	UNID	100	R\$ 50,00	R\$ 5.000,00
27	095.120.111	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO PCR - QUANTITATIVO ALTA SENSIBILIDADE.	UNID	200	R\$ 25,00	R\$ 5.000,00
28	095.120.121	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO T3, T31 CADA.	UNID	100	R\$ 25,00	R\$ 2.500,00
29	095.120.129	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO TSH.	UNID	200	R\$ 25,00	R\$ 5.000,00
30	095.120.132	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO VHS.	UNID	100	R\$ 20,00	R\$ 2.000,00
31	095.120.072	SERVIÇO DE EXAME TIPO DENGUE IGG IGM.	UNID	100	R\$ 50,00	R\$ 5.000,00
32	095.120.073	SERVIÇO DE EXAME TIPO DENGUE NS1.	UNID	100	R\$ 70,00	R\$ 7.000,00
33	095.120.038	ANTI RAIVA.	UNID	20	R\$ 250,00	R\$ 5.000,00
34	095.120.045	BIÓPSIA (PEÇA GRANDE).	UNID	20	R\$ 400,00	R\$ 8.000,00
35	095.120.046	BIÓPSIA (PEÇA PEQUENA).	UNID	20	R\$ 200,00	R\$ 4.000,00
36	095.120.047	BRUCELOSE HEMOAGLUTINAÇÃO.	UNID	40	R\$ 40,00	R\$ 1.600,00
37	095.120.109	PAR MIF (CADA).	UNID	20	R\$ 25,00	R\$ 500,00
38	095.120.040	SERVIÇO DE EXAME ANTICORPOS ANTICARDIOLIPINA IGG /IGM.	UNID	20	R\$ 140,00	R\$ 2.800,00
39	004.168.234	SERVIÇO DE EXAME - ANTI-CCP.	UNID	20	R\$ 80,00	R\$ 1.600,00
40	095.120.054	SERVIÇO DE EXAME – CEA.	UNID	40	R\$ 45,00	R\$ 1.800,00
41	004.184.628	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO 25 HIDROXI-VITAMINA D.	UNID	80	R\$ 50,00	R\$ 4.000,00
42	004.157.996	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ANTI TPO.	UNID	20	R\$ 50,00	R\$ 1.000,00
43	004.153.904	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ANTI-RO.	UNID	20	R\$ 60,00	R\$ 1.200,00
44	004.151.204	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ANTI-SM.	UNID	20	R\$ 60,00	R\$ 1.200,00

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





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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

45	004.150.359	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ANTICOAGULANTE LUPICO.	UNID	20	R\$ 60,00	R\$ 1.200,00
46	004.327.535	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO BETA HCG QUANTITATIVO.	UNID	40	R\$ 50,00	R\$ 2.000,00
47	004.147.533	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO BILIRRUBINA.	UNID	60	R\$ 25,00	R\$ 1.500,00
48	004.157.997	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CALCIURIA 24H.	UNID	20	R\$ 35,00	R\$ 700,00
49	025.100.005	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CARBAMAZEPINA.	UNID	40	R\$ 57,50	R\$ 2.300,00
50	004.182.857	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CELULAS LE.	UNID	40	R\$ 45,00	R\$ 1.800,00
51	004.147.537	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CLORO.	UNID	20	R\$ 35,00	R\$ 700,00
52	004.153.953	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO COLINESTERASE.	UNID	20	R\$ 45,00	R\$ 900,00
53	004.247.774	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO COPROLOGICO FUNCIONAL.	UNID	20	R\$ 50,00	R\$ 1.000,00
54	004.141.717	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CORTISOL.	UNID	40	R\$ 42,50	R\$ 1.700,00
55	004.159.452	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CORTISOL LIVRE.	UNID	40	R\$ 52,50	R\$ 2.100,00
56	095.120.114	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DE PSA TOTAL.	UNID	40	R\$ 40,00	R\$ 1.600,00
57	095.120.130	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DE TTPA.	UNID	40	R\$ 47,50	R\$ 1.900,00
58	004.309.210	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DHEA.	UNID	20	R\$ 52,50	R\$ 1.050,00
59	004.162.898	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DOSAGEM DA DEHIDROEPIANDROSTERONA, DHEA – RIE.	UNID	40	R\$ 52,50	R\$ 2.100,00
60	004.247.692	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DOSAGEM DE LIPIDIOS TOTAIS.	UNID	20	R\$ 37,50	R\$ 750,00
61	004.162.784	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DOSAGEM DE LITIO.	UNID	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
62	004.151.214	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA.	UNID	20	R\$ 42,50	R\$ 850,00
63	095.120.075	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO EPSTEIN BAAR IGG/IGM.	UNID	20	R\$ 100,00	R\$ 2.000,00
64	004.150.904	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ESTRADIOL.	UNID	40	R\$ 37,50	R\$ 1.500,00
65	004.247.471	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ESTRIOL.	UNID	40	R\$ 37,50	R\$ 1.500,00
66	095.120.077	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ESTRONA.	UNID	40	R\$ 37,50	R\$ 1.500,00

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





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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

67	095.120.107	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO EXAMES DE PREVENTIVO - PAPA NICOLAU.	UNID	40	R\$ 50,00	R\$ 2.000,00
68	004.147.563	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FAN.	UNID	40	R\$ 37,50	R\$ 1.500,00
69	025.100.006	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FENOBARBITAL.	UNID	20	R\$ 52,50	R\$ 1.050,00
70	004.147.664	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FOSFATASE ALCALINA.	UNID	40	R\$ 20,00	R\$ 800,00
71	004.147.666	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FOSFORO.	UNID	20	R\$ 25,00	R\$ 500,00
72	004.158.110	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FSH.	UNID	20	R\$ 27,50	R\$ 550,00
73	095.120.080	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FTA ABS.	UNID	100	R\$ 75,00	R\$ 7.500,00
74	095.120.081	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO GAMA GT.	UNID	60	R\$ 22,50	R\$ 1.350,00
75	095.120.084	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HBV - PCR QUANTITATIVO EM TEMPO REAL.	UNID	20	R\$ 300,00	R\$ 6.000,00
76	095.120.085	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HCV (HEPATITE C).	UNID	40	R\$ 42,50	R\$ 1.700,00
77	095.120.087	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HEPATITE A (HAV).	UNID	20	R\$ 75,00	R\$ 1.500,00
78	095.120.088	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HEPATITE B (ANTI HBS).	UNID	40	R\$ 37,50	R\$ 1.500,00
79	095.120.089	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HEPATITE B-HBC ANTI - IGG/IGM.	UNID	40	R\$ 55,00	R\$ 2.200,00
80	095.120.097	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HORMONIO DE CRESCIMENTO - HGH (GH).	UNID	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
81	004.247.717	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ID DE PPD - TESTE PARA TUBERCULOSE.	UNID	40	R\$ 110,00	R\$ 4.400,00
82	004.243.572	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO INSULINA.	UNID	20	R\$ 45,00	R\$ 900,00
83	095.120.099	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO LATEX FATOR REUMATOIDE.	UNID	20	R\$ 22,50	R\$ 450,00
84	004.158.148	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO LH.	UNID	20	R\$ 25,00	R\$ 500,00
85	004.147.674	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MAGNESIO.	UNID	40	R\$ 20,00	R\$ 800,00
86	095.120.106	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MICROSSOMAL (IGE).	UNID	20	R\$ 50,00	R\$ 1.000,00
87	004.162.799	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MIOGLOBINA.	UNID	20	R\$ 55,00	R\$ 1.100,00
88	004.150.912	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MUCOPROTEINAS.	UNID	20	R\$ 35,00	R\$ 700,00
89	095.120.063	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MV AVIDEZ.	UNID	20	R\$ 130,00	R\$ 2.600,00

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





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

P. M. A – MT
FLS. _____
RUBRICA

90	095.120.083	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PESQUISA DE HBSAG (AAU).	UNID	40	R\$ 32,50	R\$ 1.300,00
91	095.120.112	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES (CADA).	UNID	40	R\$ 22,50	R\$ 900,00
92	004.247.788	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PESQUISA DE SANGUE OCULTO.	UNID	40	R\$ 27,50	R\$ 1.100,00
93	004.158.154	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROGESTERONA.	UNID	20	R\$ 45,00	R\$ 900,00
94	004.158.155	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROLACTINA.	UNID	20	R\$ 32,50	R\$ 650,00
95	004.147.676	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROTEINAS TOTAIS E FRACOES.	UNID	20	R\$ 27,50	R\$ 550,00
96	004.150.924	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROTEINURIA DE 24 HORAS.	UNID	20	R\$ 35,00	R\$ 700,00
97	095.120.115	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PSA TOTAL E LIVRE.	UNID	40	R\$ 75,00	R\$ 3.000,00
98	004.147.681	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO REACAO PARA WAALER ROSE.	UNID	40	R\$ 47,50	R\$ 1.900,00
99	095.120.117	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SCL 70.	UNID	20	R\$ 60,00	R\$ 1.200,00
100	004.151.218	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SDHEA.	UNID	20	R\$ 60,00	R\$ 1.200,00
101	095.120.101	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SOROLOGIA LEISHMANIOSE.	UNID	20	R\$ 85,00	R\$ 1.700,00
102	004.247.714	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SOROLOGIA PARA MONONUCLEOSE – MONOTESTE.	UNID	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
103	004.313.453	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA.	UNID	20	R\$ 60,00	R\$ 1.200,00
104	095.120.123	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TAP	UNID	40	R\$ 47,50	R\$ 1.900,00
105	004.247.846	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TEMPO DE COAGULACAO E SANGRAMENTO.	UNID	60	R\$ 40,00	R\$ 2.400,00
106	095.120.124	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TEMPO DE SANGRAMENTO T.S.I.	UNID	60	R\$ 20,00	R\$ 1.200,00
107	004.247.555	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTE DE COOMBS INDIRETO.	UNID	60	R\$ 37,50	R\$ 2.250,00
108	095.120.128	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTE PARA TOXOPLASMOSE - IGG, IGM.	UNID	60	R\$ 60,00	R\$ 3.600,00
109	004.151.222	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTOSTERONA LIVRE.	UNID	60	R\$ 40,00	R\$ 2.400,00
110	004.166.874	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTOSTERONA TOTAL.	UNID	60	R\$ 40,00	R\$ 2.400,00

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





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

P. M. A – MT
FLS. _____
RUBRICA

111	004.247.554	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTE DE COOMBS DIRETO.	UNID	60	R\$ 30,00	R\$ 1.800,00
112	095.120.126	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TIPAGEM SANGUINEA.	UNID	60	R\$ 20,00	R\$ 1.200,00
113	004.248.568	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TOXOPLASMOSE - ELISA – IGA.	UNID	60	R\$ 75,00	R\$ 4.500,00
114	004.158.175	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TRIGLICERIDES.	UNID	200	R\$ 15,00	R\$ 3.000,00
115	004.142.812	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO VDRL.	UNID	60	R\$ 20,00	R\$ 1.200,00
116	095.120.133	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO VITAMINA B12.	UNID	40	R\$ 50,00	R\$ 2.000,00
117	004.247.710	SERVIÇO DE EXAME - SOROAGLUTINACAO PARA LISTERIOSE.	UNID	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
118	095.120.027	SERVIÇO DE EXAME ÁCIDO OXÁLICO.	UNID	20	R\$ 30,00	R\$ 600,00
119	095.120.028	SERVIÇO DE EXAME ÁCIDO ÚRICO.	UNID	80	R\$ 20,00	R\$ 1.600,00
120	095.120.029	SERVIÇO DE EXAME ÁCIDO ÚRICO URINÁRIO	UNID	20	R\$ 35,00	R\$ 700,00
121	095.120.030	SERVIÇO DE EXAME ACTH - HORMÔNIO ADRENOCORTICOTROFICO.	UNID	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
122	095.120.032	SERVIÇO DE EXAME ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA.	UNID	20	R\$ 30,00	R\$ 600,00
123	095.120.033	SERVIÇO DE EXAME ALFA FETOPROTEINA.	UNID	20	R\$ 45,00	R\$ 900,00
124	095.120.035	SERVIÇO DE EXAME ANDROSTENEDIONA.	UNID	20	R\$ 60,00	R\$ 1.200,00
125	095.120.036	SERVIÇO DE EXAME ANTI DNA.	UNID	20	R\$ 50,00	R\$ 1.000,00
126	095.120.037	SERVIÇO DE EXAME ANTI LA.	UNID	20	R\$ 60,00	R\$ 1.200,00
127	095.120.041	SERVIÇO DE EXAME ANTICORPOS ANTIFOSFOLIPIDEOS.	UNID	20	R\$ 60,00	R\$ 1.200,00
128	095.120.044	SERVIÇO DE EXAME BETA 2 MICROGLOBINA.	UNID	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
129	095.120.050	SERVIÇO DE EXAME CA 125.	UNID	40	R\$ 45,00	R\$ 1.800,00
130	095.120.052	SERVIÇO DE EXAME CÁLCIO IÔNICO.	UNID	20	R\$ 25,00	R\$ 500,00
131	095.120.053	SERVIÇO DE EXAME CÁLCIO URINARIO.	UNID	20	R\$ 30,00	R\$ 600,00
132	095.120.055	SERVIÇO DE EXAME CHAGAS IGGIGM.	UNID	60	R\$ 75,00	R\$ 4.500,00
133	095.120.056	SERVIÇO DE EXAME CISTINA – PESQUISA.	UNID	20	R\$ 30,00	R\$ 600,00
134	095.120.057	SERVIÇO DE EXAME CITOMEGALOVIRUS IGG E IGM.	UNID	60	R\$ 60,00	R\$ 3.600,00
135	095.120.058	SERVIÇO DE EXAME CITRATO.	UNID	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
136	095.120.060	SERVIÇO DE EXAME CLAMIDIA IGA.	UNID	20	R\$ 50,00	R\$ 1.000,00

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





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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

137	095.120.061	SERVIÇO DE EXAME CLAMÍDIA IGG /IGM.	UNID	20	R\$ 100,00	R\$ 2.000,00
138	095.120.062	SERVIÇO DE EXAME CLEARENCE DE CREATINA.	UNID	40	R\$ 30,00	R\$ 1.200,00
139	095.120.067	SERVIÇO DE EXAME CREATINA URINARIA.	UNID	40	R\$ 40,00	R\$ 1.600,00
140	095.120.064	SERVIÇO DE EXAME DE COLESTEROL.	UNID	200	R\$ 10,00	R\$ 2.000,00
141	095.120.086	SERVIÇO DE EXAME DE HEMOGLOBINA GLICOLISADA.	UNID	400	R\$ 35,00	R\$ 14.000,00
142	095.120.104	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO MICOLÓGICO.	UNID	20	R\$ 60,00	R\$ 1.200,00
143	025.100.074	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO PSA TOTAL.	UNID	40	R\$ 30,00	R\$ 1.200,00
144	095.120.042	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO BAAR - CADA AMOSTRA.	UNID	60	R\$ 50,00	R\$ 3.000,00
145	095.120.043	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO BACTERIOSCOPIA DE GRAM.	UNID	40	R\$ 30,00	R\$ 1.200,00
146	095.120.048	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO C3.	UNID	20	R\$ 45,00	R\$ 900,00
147	095.120.049	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO C4.	UNID	20	R\$ 45,00	R\$ 900,00
148	095.120.070	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO CURVA GLICÊMICA GESTANTE (3 DOSAGENS).	UNID	60	R\$ 65,00	R\$ 3.900,00
149	095.120.071	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO CURVA GLICÊMICA NORMAL (5 DOSAGENS).	UNID	20	R\$ 80,00	R\$ 1.600,00
150	095.120.074	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO ELETROFORESE DE PROTEÍNAS.	UNID	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
151	095.120.076	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO ESPERMOGRAMA.	UNID	20	R\$ 100,00	R\$ 2.000,00
152	095.120.078	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO FENITOINA.	UNID	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
153	095.120.079	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO FERRO.	UNID	40	R\$ 25,00	R\$ 1.000,00
154	095.120.091	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HEPATITE B-HBE, ANTI.	UNID	40	R\$ 35,00	R\$ 1.400,00
155	095.120.092	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HEPATITE B-HBEAG.	UNID	40	R\$ 35,00	R\$ 1.400,00
156	095.120.090	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HEPATITE B-HOC TOTAL.	UNID	40	R\$ 40,00	R\$ 1.600,00
157	095.120.093	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HERPES SIMPLES I E II.	UNID	40	R\$ 60,00	R\$ 2.400,00
158	095.120.094	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HIV I E II.	UNID	40	R\$ 50,00	R\$ 2.000,00
159	095.120.095	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HIV, ANTICORPOS ANTI - PESQUISA (WESTERN BLOT).	UNID	20	R\$ 300,00	R\$ 6.000,00
160	095.120.098	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HTLV.	UNID	20	R\$ 50,00	R\$ 1.000,00



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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

161	095.120.102	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO LEISHMANIOSE PESQUISA.	UNID	20	R\$ 70,00	R\$ 1.400,00
162	095.120.105	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO MICROALBUMINA.	UNID	20	R\$ 30,00	R\$ 600,00
163	095.120.113	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO PROVAS REUMÁTICAS.	UNID	40	R\$ 70,00	R\$ 2.800,00
164	095.120.116	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO RUBÉOLA IGG/IGM.	UNID	40	R\$ 60,00	R\$ 2.400,00
165	095.120.118	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO SELENIO.	UNID	20	R\$ 50,00	R\$ 1.000,00
166	095.120.119	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO SEROTONINA TOTAL.	UNID	20	R\$ 70,00	R\$ 1.400,00
167	095.120.125	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO TESTE PACK (GRAVIDEZ URINA)	UNID	20	R\$ 27,50	R\$ 550,00
168	095.120.127	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO TOXOPLASMOSE AVIDEZ.	UNID	20	R\$ 60,00	R\$ 1.200,00
169	095.120.082	SERVIÇO DE EXAME PARA DIAGNOSTICO DE HANSENIASE.	UNID	60	R\$ 80,00	R\$ 4.800,00
170	095.120.108	SERVIÇO DE EXAME PARASITOLÓGICO I.	UNID	200	R\$ 15,00	R\$ 3.000,00
171	095.120.068	SERVIÇO DE EXAME TIPO CROMO.	UNID	20	R\$ 45,00	R\$ 900,00
172	095.120.069	SERVIÇO DE EXAME TIPO CULTURA + ANTIBIOGRAMA.	UNID	200	R\$ 50,00	R\$ 10.000,00
173	095.120.096	SERVIÇO DE EXAME TIPO HLA B27 PESQUISA – PCR.	UNID	20	R\$ 70,00	R\$ 1.400,00
174	095.120.103	SERVIÇO DE EXAME TIPO MAGNÉSIO URINÁRIO.	UNID	20	R\$ 30,00	R\$ 600,00
175	095.120.134	SERVIÇO DE EXAME TIPO ZINCO.	UNID	40	R\$ 45,00	R\$ 1.800,00
176	095.120.066	SERVIÇO DE EXAME – TIPO CPK.	UNID	40	R\$ 50,00	R\$ 2.000,00
TOTAL						R\$ 479.250,00



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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

ANEXO II

MODELO DE CARTA DE ENCAMINHAMENTO DE DOCUMENTOS

Araputanga/ MT, ___ de _____ de 2022.

Referente: Inexigibilidade de Licitação nº. 002/2022 - Credenciamento nº. 001/2022

Objeto: Contratação de Pessoa Jurídica para Prestação de Serviços de Exames Laboratoriais em atendimento à demanda do Centro de Enfrentamento a Covid e da Secretaria Municipal de Saúde.

À: Comissão de Credenciamento

ENCAMINHAMENTO DOS DOCUMENTOS

Servimo-nos da presente para encaminhar, em anexo, todos os documentos exigidos no edital, tendo por finalidade o **Credenciamento** de Contratação de Pessoa Jurídica para Prestação de Serviços de Exames Laboratoriais em atendimento à demanda do Centro de Enfrentamento a Covid e da Secretaria Municipal de Saúde, 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





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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

ANEXO – III

MODELO DE CARTA DE ENCAMINHAMENTO DE PROPOSTA DE ADESÃO

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX – MT, ____ de _____ de 2022.

Referente: Inexigibilidade de Licitação nº. 002/2022 - Credenciamento nº. 001/2022

Objeto: Contratação de Pessoa Jurídica para Prestação de Serviços de Exames Laboratoriais em atendimento à demanda do Centro de Enfrentamento a Covid e da Secretaria Municipal de Saúde.

À: Comissão de Credenciamento

ENCAMINHAMENTO DA PROPOSTA DE ADESÃO

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 em atendimento à demanda do Centro de Enfrentamento a Covid e da Secretaria Municipal de Saúde**, solicitadas através da Secretaria Municipal de Saúde.

Sem mais, esperamos obter êxito na viabilização do credenciamento.

Atenciosamente.

Empresa (Assinatura responsável legal)
Cargo/Função



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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

ANEXO – IV

MODELO DE PROPOSTA DE ADESÃO

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX – MT, ____ de _____ de 2022.

Referente: Inexigibilidade de Licitação nº. 002/2022 - Credenciamento nº. 001/2022

Objeto: Contratação de Pessoa Jurídica para Prestação de Serviços de Exames Laboratoriais em atendimento à demanda do Centro de Enfrentamento a Covid e da Secretaria Municipal de Saúde.

À: Comissão de Credenciamento

PROPOSTA DE ADESÃO

Vimos por meio desta, apresentar proposta de adesão ao Credenciamento de Laboratório para realização de exames, encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde, desde já concordando e aderindo aos preços abaixo relacionados a cada exame:

Seq. do Item	Código do Item	Descrição do Item	Unid.	Qtde	Valor Unitário	Valor Total
*****	***	*****	***	***	**	***
*****	***	*****	***	***	**	***

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



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

P. M. A – MT
FLS. _____
RUBRICA

ANEXO – V

MINUTA DO CONTRATO ADMINISTRATIVO Nº ____/2022

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

Pelo presente instrumento particular que fazem entre si celebrarem de um lado a **PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA, ESTADO DE MATO GROSSO**, pessoa jurídica de Direito Público inscrita no CNPJ/MF sob nº 15.023.914/0001-45, com a sede na cidade de Araputanga, Estado de Mato Grosso, à Rua Antenor Mamedes, n.º 911, neste ato representante pelo 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 **CONTRATANTE**, e de outro lado a empresa *********, inscrita no CNPJ n.º ****, estabelecida à Av./Rua ****, nº**, Bairro ****, Cidade Araputanga/MT, neste ato representada pelo(a) Sr(a). ****, brasileiro(a), ****, portador do RG sob nº ***, e inscrito no CPF/MF sob nº ****, doravante denominada simplesmente **CONTRATADO(A)**, resolvem celebrar entre si o presente Contrato de prestação de serviços, que será regido pela Lei Federal 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. O presente instrumento tem por objeto a Contratação de Pessoa Jurídica para Prestação de Serviços de Exames Laboratoriais em atendimento à demanda do Centro de Enfrentamento a Covid e da Secretaria Municipal de Saúde.

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, em casos de urgência e emergência, em decorrência dos atendimentos que estão sendo prestados no Centro de Enfrentamento ao Covid e pela Secretaria Municipal de Saúde.
- 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.

3. CLÁUSULA TERCEIRA - DA VIGÊNCIA

- 3.1. A vigência do presente contrato é da assinatura do contrato até **31/12/2022**, 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:

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





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

P. M. A – MT
FLS. _____
RUBRICA

Seq. do Item	Código do Item	Descrição do Item	Unid.	Qtde	Valor Unitário	Valor Total
*****	***	*****	***	***	**	***
*****	***	*****	***	***	**	***

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

4.1.2. 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.

4.1.3. 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.

4.1.4. 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.

4.1.5. 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.

4.1.6. 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 002/2022** por **Credenciamento 001/2022**, 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 carreira.

7. CLÁUSULA SÉTIMA – DO DESCREDECIMENTO 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;

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





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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

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;

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

7.1.2.3. 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;

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.

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

CEP 78.260-000 – Araputanga – Mato Grosso

e-mail: cpl@araputanga.mt.gov.br





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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

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:

Secretaria	Dotação Orçamentária/Fonte de Recursos
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.

Araputanga - MT, ** de **** de 2022.

ENILSON DE ARAÚJO RIOS
PREFEITO MUNICIPAL
CONTRATANTE

CONTRATADA

CNPJ nº ** . ** * ** / ** ** - **

CPF nº ** * . ** * . ** * - **

TESTEMUNHAS:

1ª - Nome: _____

CPF nº: _____

2ª - Nome: _____

CPF nº: _____

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





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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA

EDITAL DE CHAMAMENTO INEXIGIBILIDADE N°. 002/2022 POR CREDENCIAMENTO N°. 001/2022

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 das empresas que tenham interesse na **Contratação de Pessoa Jurídica para Prestação de Serviços de Exames Laboratoriais em atendimento à demanda do Centro de Enfrentamento a Covid e da Secretaria Municipal de Saúde**. O Credenciamento ocorrerá no período de 14/03/2022 a 25/03/2022 e a abertura dos envelopes em 28/03/2022 às 13h00min. Os interessados poderão obter informações detalhadas no endereço supracitado, de segunda a sexta-feira, das 07h00min às 11h00min e das 13h00min às 17h00min, com a Comissão Permanente de Licitações, ou ainda através do telefone (65)3261-1138 ou e-mail: cpl@araputanga.mt.gov.br.

Araputanga - MT, 11 de março de 2022.

Cristina Maria de Lima
Presidente da CPL