



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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 022/2023

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 003/2023

A **PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA** - Estado de Mato Grosso, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ nº 15.023.914/0001-45, com sede administrativa na Rua Antenor Mamedes, nº 911, Centro, Araputanga/MT, por meio da sua agente de contratação designada pela Portaria nº 659/2022, 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 Especializada em Prestação de Serviço de Exames Laboratoriais para atender as demandas 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 003/2023**

Seq. do Item	Código do Item	Descrição do Item	Unid.	Qtde	Valor Unitário Média	Valor Total Média
1	025.100.007	EXAME DE CREATININA.	Unidade	200	R\$ 16,67	R\$ 3.334,00
2	095.120.034	SERVIÇO DE EXAME AMILASE.	Unidade	100	R\$ 18,33	R\$ 1.833,00
3	095.120.059	SERVIÇO DE EXAME CKMB.	Unidade	200	R\$ 61,67	R\$ 12.334,00
4	095.120.051	SERVIÇO DE EXAME – CÁLCIO.	Unidade	100	R\$ 21,67	R\$ 2.167,00
5	004.061.497	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO BETA HCG.	Unidade	100	R\$25,00	R\$ 2.500,00
6	004.162.835	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CONTAGEM DE PLAQUETAS.	Unidade	100	R\$ 18,33	R\$ 1.833,00
7	004.151.212	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO D DIMERO.	Unidade	400	R\$ 115,00	R\$ 46.000,00
8	004.247.659	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DOSAGEM DE CREATINA.	Unidade	400	R\$ 18,33	R\$ 7.332,00
9	004.147.555	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FERRITINA.	Unidade	200	R\$ 28,33	R\$ 5.666,00
10	004.147.667	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO GLICOSE.	Unidade	300	R\$ 18,33	R\$ 5.499,00
11	004.147.671	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HEMOGRAMA.	Unidade	600	R\$ 21,67	R\$ 13.002,00



MUNICÍPIO DE ARAPUTANGA
Departamento de Licitações

Email:SEPLAN3@ARAPUTANGA.MT.GOV.BR
Fone:(65) 3261-1736





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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

12	095.120.100	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO IDH (DESIDROGENASE LÁTICA).	Unidade	200	R\$ 33,33	R\$ 6.666,00
13	004.252.402	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO IGE TOTAL.	Unidade	100	R\$ 38,33	R\$ 3.833,00
14	004.247.711	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO LIPIDOGRAMA COMPLETO.	Unidade	400	R\$ 51,67	R\$ 20.668,00
15	004.147.675	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO POTÁSSIO	Unidade	200	R\$ 23,33	R\$ 4.666,00
16	004.165.029	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROTEÍNAS TOTAIS.	Unidade	100	R\$ 25,00	R\$ 2.500,00
17	095.120.120	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SÓDIO (NA).	Unidade	200	R\$ 23,33	R\$ 4.666,00
18	004.147.689	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TGO.	Unidade	400	R\$ 16,67	R\$ 6.668,00
19	004.147.691	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TGP.	Unidade	400	R\$ 16,67	R\$ 6.668,00
20	004.151.219	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TIREOGLOBULINA.	Unidade	100	R\$ 45,00	R\$ 4.500,00
21	004.150.927	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TROPONINA.	Unidade	200	R\$ 63,33	R\$ 12.666,00
22	004.147.690	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO UREIA.	Unidade	400	R\$ 16,67	R\$ 6.668,00
23	095.120.031	SERVIÇO DE EXAME ALBUMINA.	Unidade	100	R\$ 23,33	R\$ 2.333,00
24	095.120.039	SERVIÇO DE EXAME ANTICORPOS ANTI HIV 1 E 2.	Unidade	100	R\$ 53,33	R\$ 5.333,00
25	095.120.111	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO PCR - QUANTITATIVO ALTA SENSIBILIDADE.	Unidade	200	R\$ 31,67	R\$ 6.334,00
26	095.120.121	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO T3, T31 CADA.	Unidade	100	R\$ 23,33	R\$ 2.333,00
27	095.120.122	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO T4, T41 CADA.	Unidade	200	R\$ 25,00	R\$ 5.000,00
28	095.120.129	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO TSH.	Unidade	200	R\$ 23,33	R\$ 4.666,00
29	095.120.131	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO URINA.	Unidade	600	R\$ 16,67	R\$ 10.002,00
30	095.120.132	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO VHS.	Unidade	100	R\$ 16,67	R\$ 1.667,00
31	095.120.072	SERVIÇO DE EXAME TIPO DENGUE IGG IGM.	Unidade	100	R\$ 51,67	R\$ 5.167,00
32	095.120.073	SERVIÇO DE EXAME TIPO DENGUE NS1.	Unidade	100	R\$ 65,00	R\$ 6.500,00
33	095.120.038	ANTI RAIVA.	Unidade	20	R\$ 400,00	R\$ 8.000,00
34	095.120.045	BIÓPSIA (PEÇA GRANDE).	Unidade	20	R\$ 496,67	R\$ 9.933,40
35	095.120.046	BIÓPSIA (PEÇA PEQUENA).	Unidade	20	R\$ 226,67	R\$ 4.533,40
36	095.120.047	BRUCELOSE HEMOAGLUTINAÇÃO.	Unidade	40	R\$ 33,33	R\$ 1.333,20
37	095.120.109	PAR MIF (CADA).	Unidade	20	R\$ 25,00	R\$ 500,00
38	095.120.040	SERVIÇO DE EXAME ANTICORPOS ANTICARDIOLIPINA IGG /IGM.	Unidade	20	R\$ 88,33	R\$ 1.766,60
39	004.168.234	SERVIÇO DE EXAME - ANTI-CCP	Unidade	20	R\$ 93,33	R\$ 1.866,60
40	095.120.054	SERVIÇO DE EXAME – CEA.	Unidade	40	R\$ 40,00	R\$ 1.600,00
41	004.184.628	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO 25 HIDROXIVITAMINA D.	Unidade	240	R\$ 56,67	R\$ 13.600,80
42	004.157.996	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ANTI TPO.	Unidade	20	R\$ 43,33	R\$ 866,60
43	004.153.904	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ANTI-RO.	Unidade	20	R\$ 53,33	R\$ 1.066,60



MUNICÍPIO DE ARAPUTANGA
Departamento de Licitações

Email: SEPLAN3@ARAPUTANGA.MT.GOV.BR
Fone: (65) 3261-1736





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.	Unidade	20	R\$ 53,33	R\$ 1.066,60
45	004.150.359	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ANTICOAGULANTE LUPICO.	Unidade	20	R\$ 60,00	R\$ 1.200,00
46	004.327.535	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO BETA HCG QUANTITATIVO.	Unidade	40	R\$ 56,67	R\$ 2.266,80
47	004.147.533	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO BILIRRUBINA.	Unidade	240	R\$ 21,67	R\$ 5.200,80
48	004.157.997	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CALCUIRIA 24H.	Unidade	20	R\$ 41,67	R\$ 833,40
49	025.100.005	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CARBAMAZEPINA.	Unidade	40	R\$ 55,00	R\$ 2.200,00
50	004.182.857	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CELULAS LE.	Unidade	40	R\$ 40,00	R\$ 1.600,00
51	004.147.537	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CLORO.	Unidade	20	R\$ 33,33	R\$ 666,60
52	004.153.953	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO COLINESTERASE.	Unidade	20	R\$ 41,67	R\$ 833,40
53	004.247.774	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO COPROLOGICO FUNCIONAL.	Unidade	20	R\$ 75,00	R\$ 1.500,00
54	004.141.717	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CORTISOL.	Unidade	40	R\$ 41,67	R\$ 1.666,80
55	004.159.452	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CORTISOL LIVRE.	Unidade	40	R\$ 50,00	R\$ 2.000,00
56	095.120.114	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DE PSA TOTAL.	Unidade	40	R\$ 33,33	R\$ 1.333,20
57	095.120.130	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DE TTPA.	Unidade	120	R\$ 38,33	R\$ 4.599,60
58	004.309.210	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DHEA.	Unidade	20	R\$ 48,33	R\$ 966,60
59	004.162.898	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DOSAGEM DA DEHIDROEPIANDROSTERONA, DHEA – RIE.	Unidade	40	R\$ 53,33	R\$ 2.133,20
60	004.247.692	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DOSAGEM DE LIPIDIOS TOTAIS.	Unidade	20	R\$ 33,33	R\$ 666,60
61	004.162.784	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DOSAGEM DE LITIO.	Unidade	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
62	004.151.214	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA.	Unidade	100	R\$ 41,67	R\$ 4.167,00
63	095.120.075	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO EPSTEIN BAAR IGG/IGM.	Unidade	20	R\$ 88,33	R\$ 1.766,60
64	004.150.904	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ESTRADIOL.	Unidade	40	R\$ 31,67	R\$ 1.266,80
65	004.247.471	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ESTRIOL.	Unidade	40	R\$ 33,33	R\$ 1.333,20
66	095.120.077	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ESTRONA.	Unidade	40	R\$ 31,67	R\$ 1.266,80
67	095.120.107	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO EXAMES DE PREVENTIVO - PAPA NICOLAU.	Unidade	40	R\$ 46,67	R\$ 1.866,80
68	004.147.563	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FAN.	Unidade	40	R\$ 33,33	R\$ 1.333,20
69	025.100.006	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FENOBARBITAL.	Unidade	20	R\$ 45,00	R\$ 900,00
70	004.147.664	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FOSFATASE ALCALINA.	Unidade	200	R\$ 18,33	R\$ 3.666,00
71	004.147.666	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FOSFORO.	Unidade	20	R\$ 28,33	R\$ 566,60
72	004.158.110	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FSH.	Unidade	20	R\$ 25,00	R\$ 500,00



MUNICÍPIO DE ARAPUTANGA
Departamento de Licitações

Email: SEPLAN3@ARAPUTANGA.MT.GOV.BR
Fone: (65) 3261-1736





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

P. M. A - MT

FLS. _____

RUBRICA

73	095.120.080	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FTA ABS.	Unidade	100	R\$ 76,67	R\$ 7.667,00
74	095.120.081	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO GAMA GT.	Unidade	400	R\$ 21,67	R\$ 8.668,00
75	095.120.084	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HBV - PCR QUANTITATIVO EM TEMPO REAL.	Unidade	20	R\$ 270,00	R\$ 5.400,00
76	095.120.085	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HCV (HEPATITE C).	Unidade	160	R\$ 40,00	R\$ 6.400,00
77	095.120.087	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HEPATITE A (HAV).	Unidade	20	R\$ 70,00	R\$ 1.400,00
78	095.120.088	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HEPATITE B (ANTI HBS).	Unidade	160	R\$ 36,67	R\$ 5.867,20
79	095.120.089	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HEPATITE B-HBC ANTI - IGG/IGM.	Unidade	40	R\$ 58,33	R\$ 2.333,20
80	095.120.097	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HORMONIO DE CRESCIMENTO - HGH (GH).	Unidade	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
81	004.247.717	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ID DE PPD - TESTE PARA TUBERCULOSE.	Unidade	40	R\$ 150,00	R\$ 6.000,00
82	004.243.572	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO INSULINA.	Unidade	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
83	095.120.099	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO LATEX FATOR REUMATOIDE.	Unidade	20	R\$ 20,00	R\$ 400,00
84	004.158.148	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO LH.	Unidade	20	R\$ 28,33	R\$ 566,60
85	004.147.674	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MAGNÉSIO.	Unidade	200	R\$ 23,33	R\$ 4.666,00
86	095.120.106	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MICROSSOMAL (IGE).	Unidade	20	R\$ 41,67	R\$ 833,40
87	004.162.799	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MIOGLOBINA.	Unidade	20	R\$ 53,33	R\$ 1.066,60
88	004.150.912	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MUCOPROTEINAS.	Unidade	20	R\$ 30,00	R\$ 600,00
89	095.120.063	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MV AVIDEZ.	Unidade	20	R\$ 116,67	R\$ 2.333,40
90	095.120.083	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PESQUISA DE HBSAG (AAU).	Unidade	140	R\$ 28,33	R\$ 3.966,20
91	095.120.112	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES (CADA).	Unidade	40	R\$ 26,67	R\$ 1.066,80
92	004.247.788	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PESQUISA DE SANGUE OCULTO.	Unidade	40	R\$ 25,00	R\$ 1.000,00
93	004.158.154	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROGESTERONA.	Unidade	20	R\$ 28,33	R\$ 566,60
94	004.158.155	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROLACTINA.	Unidade	20	R\$ 31,67	R\$ 633,40
95	004.147.676	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROTEINAS TOTAIS E FRAÇÕES.	Unidade	100	R\$ 31,67	R\$ 3.167,00
96	004.150.924	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROTEINURIA DE 24 HORAS.	Unidade	20	R\$ 36,67	R\$ 733,40
97	095.120.115	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PSA TOTAL E LIVRE.	Unidade	40	R\$ 50,00	R\$ 2.000,00



MUNICÍPIO DE ARAPUTANGA
Departamento de Licitações

Email: SEPLAN3@ARAPUTANGA.MT.GOV.BR
Fone: (65) 3261-1736





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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

98	004.147.681	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO REAÇÃO PARA WAALER ROSE.	Unidade	40	R\$ 36,67	R\$ 1.466,80
99	095.120.117	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SCL 70.	Unidade	20	R\$ 53,33	R\$ 1.066,60
100	004.151.218	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SDHEA.	Unidade	20	R\$ 53,33	R\$ 1.066,60
101	095.120.101	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SOROLOGIA LEISHMANIOSE.	Unidade	40	R\$ 110,00	R\$ 4.400,00
102	004.247.714	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SOROLOGIA PARA MONONUCLEOSE – MONOTESTE.	Unidade	20	R\$ 51,67	R\$ 1.033,40
103	004.313.453	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA.	Unidade	20	R\$ 53,33	R\$ 1.066,60
104	095.120.123	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TAP.	Unidade	40	R\$ 38,33	R\$ 1.533,20
105	004.247.846	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TEMPO DE COAGULACAO E SANGRAMENTO.	Unidade	60	R\$ 21,67	R\$ 1.300,20
106	095.120.124	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TEMPO DE SANGRAMENTO T.S.I.	Unidade	60	R\$ 16,67	R\$ 1.000,20
107	004.247.554	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTE DE COOMBS DIRETO.	Unidade	60	R\$ 36,67	R\$ 2.200,20
108	004.247.555	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTE DE COOMBS INDIRETO.	Unidade	60	R\$ 31,67	R\$ 1.900,20
109	095.120.128	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTE PARA TOXOPLASMOSE - IGG, IGM.	Unidade	60	R\$ 68,33	R\$ 4.099,80
110	004.151.222	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTOSTERONA LIVRE.	Unidade	60	R\$ 35,00	R\$ 2.100,00
111	004.166.874	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTOSTERONA TOTAL.	Unidade	60	R\$ 35,00	R\$ 2.100,00
112	095.120.126	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TIPAGEM SANGUINEA.	Unidade	60	R\$ 20,00	R\$ 1.200,00
113	004.248.568	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TOXOPLASMOSE - ELISA – IGA.	Unidade	60	R\$ 103,33	R\$ 6.199,80
114	004.158.175	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TRIGLICERIDES.	Unidade	200	R\$ 15,00	R\$ 3.000,00
115	004.142.812	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO VDRL.	Unidade	200	R\$ 20,00	R\$ 4.000,00
116	095.120.133	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO VITAMINA B12.	Unidade	140	R\$ 45,00	R\$ 6.300,00
117	004.247.710	SERVIÇO DE EXAME - SOROAGLUTINACAO PARA LISTERIOSE.	Unidade	20	R\$ 56,67	R\$ 1.133,40
118	095.120.027	SERVIÇO DE EXAME ÁCIDO OXÁLICO.	Unidade	20	R\$ 93,33	R\$ 1.866,60
119	095.120.028	SERVIÇO DE EXAME ÁCIDO ÚRICO.	Unidade	80	R\$ 18,33	R\$ 1.466,40
120	095.120.029	SERVIÇO DE EXAME ÁCIDO ÚRICO URINÁRIO.	Unidade	80	R\$ 40,00	R\$ 3.200,00
121	095.120.030	SERVIÇO DE EXAME ACTH - HORMÔNIO ADRENOCORTICOTROFICO.	Unidade	20	R\$ 48,33	R\$ 966,60
122	095.120.032	SERVIÇO DE EXAME ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA.	Unidade	20	R\$ 33,33	R\$ 666,60
123	095.120.033	SERVIÇO DE EXAME ALFA FETOPROTEINA.	Unidade	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
124	095.120.035	SERVIÇO DE EXAME ANDROSTENEDIONA.	Unidade	20	R\$ 53,33	R\$ 1.066,60



MUNICÍPIO DE ARAPUTANGA
Departamento de Licitações

Email:SEPLAN3@ARAPUTANGA.MT.GOV.BR
Fone:(65) 3261-1736





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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

125	095.120.036	SERVIÇO DE EXAME ANTI DNA.	Unidade	20	R\$ 53,33	R\$ 1.066,60
126	095.120.037	SERVIÇO DE EXAME ANTI LA.	Unidade	20	R\$ 53,33	R\$ 1.066,60
127	095.120.041	SERVIÇO DE EXAME ANTICORPOS ANTIFOSFOLIPÍDEOS.	Unidade	20	R\$ 211,67	R\$ 4.233,40
128	095.120.044	SERVIÇO DE EXAME BETA 2 MICROGLOBINA.	Unidade	20	R\$ 51,67	R\$ 1.033,40
129	095.120.050	SERVIÇO DE EXAME CA 125.	Unidade	40	R\$ 45,00	R\$ 1.800,00
130	095.120.052	SERVIÇO DE EXAME CÁLCIO IÔNICO.	Unidade	160	R\$ 25,00	R\$ 4.000,00
131	095.120.053	SERVIÇO DE EXAME CÁLCIO URINÁRIO.	Unidade	60	R\$ 38,33	R\$ 2.299,80
132	095.120.055	SERVIÇO DE EXAME CHAGAS IGG/IGM.	Unidade	60	R\$ 66,67	R\$ 4.000,20
133	095.120.056	SERVIÇO DE EXAME CISTINA – PESQUISA.	Unidade	20	R\$ 81,67	R\$ 1.633,40
134	095.120.057	SERVIÇO DE EXAME CITOMEGALOVIRUS IGG E IGM.	Unidade	60	R\$ 63,33	R\$ 3.799,80
135	095.120.058	SERVIÇO DE EXAME CITRATO.	Unidade	20	R\$ 106,67	R\$ 2.133,40
136	095.120.060	SERVIÇO DE EXAME CLAMÍDIA IGA.	Unidade	20	R\$ 58,33	R\$ 1.166,60
137	095.120.061	SERVIÇO DE EXAME CLAMÍDIA IGG /IGM.	Unidade	20	R\$ 83,33	R\$ 1.666,60
138	095.120.062	SERVIÇO DE EXAME CLEARANCE DE CREATINA.	Unidade	40	R\$ 46,67	R\$ 1.866,80
139	095.120.067	SERVIÇO DE EXAME CREATINA URINÁRIA.	Unidade	40	R\$ 33,33	R\$ 1.333,20
140	095.120.064	SERVIÇO DE EXAME DE COLESTEROL.	Unidade	200	R\$ 16,67	R\$ 3.334,00
141	095.120.086	SERVIÇO DE EXAME DE HEMOGLOBINA GLICOLISADA.	Unidade	400	R\$ 41,67	R\$ 16.668,00
142	095.120.104	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO MICOLÓGICO.	Unidade	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
143	025.100.074	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO PSA TOTAL.	Unidade	40	R\$ 35,00	R\$ 1.400,00
144	095.120.042	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO BAAR - CADA AMOSTRA.	Unidade	60	R\$ 60,00	R\$ 3.600,00
145	095.120.043	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO BACTERIOSCOPIA DE GRAM.	Unidade	40	R\$ 40,00	R\$ 1.600,00
146	095.120.048	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO C3.	Unidade	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
147	095.120.049	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO C4.	Unidade	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
148	095.120.070	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO CURVA GLICÊMICA GESTANTE (3 DOSAGENS).	Unidade	60	R\$ 71,67	R\$ 4.300,20
149	095.120.071	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO CURVA GLICÊMICA NORMAL (5 DOSAGENS).	Unidade	20	R\$ 100,00	R\$ 2.000,00
150	095.120.074	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO ELETROFORESE DE PROTEÍNAS.	Unidade	20	R\$ 45,00	R\$ 900,00
151	095.120.076	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO ESPERMÓGRAMA.	Unidade	20	R\$ 106,67	R\$ 2.133,40
152	095.120.078	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO FENITOINA.	Unidade	20	R\$ 48,33	R\$ 966,60
153	095.120.079	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO FERRO.	Unidade	40	R\$ 23,33	R\$ 933,20
154	095.120.091	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HEPATITE B-HBE, ANTI.	Unidade	120	R\$ 36,67	R\$ 4.400,40



MUNICÍPIO DE ARAPUTANGA
Departamento de Licitações

Email: SEPLAN3@ARAPUTANGA.MT.GOV.BR
Fone: (65) 3261-1736





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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

155	095.120.092	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HEPATITE B-HBEAG.	Unidade	120	R\$ 36,67	R\$ 4.400,40
156	095.120.090	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HEPATITE B-HOC TOTAL.	Unidade	40	R\$ 36,67	R\$ 1.466,80
157	095.120.093	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HERPES SIMPLES I E II.	Unidade	40	R\$ 76,67	R\$ 3.066,80
158	095.120.094	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HIV I E II.	Unidade	40	R\$ 53,33	R\$ 2.133,20
159	095.120.095	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HIV, ANTICORPOS ANTI - PESQUISA (WESTERN BLOT).	Unidade	20	R\$ 323,33	R\$ 6.466,60
160	095.120.098	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HTLV.	Unidade	20	R\$ 46,67	R\$ 933,40
161	095.120.102	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO LEISHMANIOSE PESQUISA.	Unidade	20	R\$ 73,33	R\$ 1.466,60
162	095.120.105	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO MICROALBUMINA.	Unidade	20	R\$ 38,33	R\$ 766,60
163	095.120.113	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO PROVAS REUMÁTICAS.	Unidade	40	R\$ 70,00	R\$ 2.800,00
164	095.120.116	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO RUBÉOLA IGG/IGM.	Unidade	40	R\$ 70,00	R\$ 2.800,00
165	095.120.118	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO SELÊNIO.	Unidade	20	R\$ 46,67	R\$ 933,40
166	095.120.119	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO SEROTONINA TOTAL.	Unidade	20	R\$ 76,67	R\$ 1.533,40
167	095.120.125	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO TESTE PACK (GRAVIDEZ URINA).	Unidade	20	R\$ 35,00	R\$ 700,00
168	095.120.127	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO TOXOPLASMOSE AVIDEZ.	Unidade	20	R\$ 83,33	R\$ 1.666,60
169	095.120.082	SERVIÇO DE EXAME PARA DIAGNÓSTICO DE HANSENÍASE.	Unidade	60	R\$ 80,00	R\$ 4.800,00
170	095.120.108	SERVIÇO DE EXAME PARASITOLÓGICO I.	Unidade	200	R\$ 16,67	R\$ 3.334,00
171	095.120.068	SERVIÇO DE EXAME TIPO CROMO.	Unidade	20	R\$ 45,00	R\$ 900,00
172	095.120.069	SERVIÇO DE EXAME TIPO CULTURA + ANTIBIOGRAMA.	Unidade	200	R\$ 48,33	R\$ 9.666,00
173	095.120.096	SERVIÇO DE EXAME TIPO HLA B27 PESQUISA – PCR.	Unidade	20	R\$ 113,33	R\$ 2.266,60
174	095.120.103	SERVIÇO DE EXAME TIPO MAGNÉSIO URINÁRIO.	Unidade	20	R\$ 33,33	R\$ 666,60
175	095.120.134	SERVIÇO DE EXAME TIPO ZINCO.	Unidade	40	R\$ 45,00	R\$ 1.800,00
176	095.120.066	SERVIÇO DE EXAME – TIPO CPK.	Unidade	40	R\$ 50,00	R\$ 2.000,00
177	104.003.010	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO MALÁRIA.	Unidade	40	R\$ 220,00	R\$ 8.800,00
Total						R\$ 596.475,00



MUNICÍPIO DE ARAPUTANGA
Departamento de Licitações

Email: SEPLAN3@ARAPUTANGA.MT.GOV.BR
Fone: (65) 3261-1736





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

P. M. A – MT
FLS. _____

RUBRICA

2. DO PERÍODO E HORÁRIO PARA O CREDENCIAMENTO

- 2.1.** O credenciamento ocorrerá no período de **03/01/2024** a **18/01/2024**, 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.
- 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 n.º 022/2023 - Credenciamento n.º 003/2023
Prefeitura Municipal de Araputanga
Rua Antenor Mamedes, nº 911, Centro, Araputanga/MT
CEP: 78. 260-000

- 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: _____



MUNICÍPIO DE ARAPUTANGA
Departamento de Licitações
Email: SEPLAN3@ARAPUTANGA.MT.GOV.BR
Fone: (65) 3261-1736





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:
- 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 e Concordata (Autor e Réu) (art. 31, inciso II – Lei nº 8.666/93)**, 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 24/01/2024 às 08h00min (horário local);

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 lavrar-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 lavrar-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.





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

P. M. A – MT
FLS. _____
RUBRICA

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	Unid.	Qtde	Valor Unitário Média	Valor Total Média
1	025.100.007	EXAME DE CREATININA.	Unidade	200	R\$ 16,67	R\$ 3.334,00
2	095.120.034	SERVIÇO DE EXAME AMILASE.	Unidade	100	R\$ 18,33	R\$ 1.833,00
3	095.120.059	SERVIÇO DE EXAME CKMB.	Unidade	200	R\$ 61,67	R\$ 12.334,00
4	095.120.051	SERVIÇO DE EXAME – CÁLCIO.	Unidade	100	R\$ 21,67	R\$ 2.167,00
5	004.061.497	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO BETA HCG.	Unidade	100	R\$25,00	R\$ 2.500,00
6	004.162.835	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CONTAGEM DE PLAQUETAS.	Unidade	100	R\$ 18,33	R\$ 1.833,00
7	004.151.212	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO D DIMERO.	Unidade	400	R\$ 115,00	R\$ 46.000,00
8	004.247.659	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DOSAGEM DE CREATINA.	Unidade	400	R\$ 18,33	R\$ 7.332,00
9	004.147.555	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FERRITINA.	Unidade	200	R\$ 28,33	R\$ 5.666,00
10	004.147.667	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO GLICOSE.	Unidade	300	R\$ 18,33	R\$ 5.499,00
11	004.147.671	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HEMOGRAMA.	Unidade	600	R\$ 21,67	R\$ 13.002,00
12	095.120.100	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO IDH (DESIDROGENASE LÁTICA).	Unidade	200	R\$ 33,33	R\$ 6.666,00
13	004.252.402	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO IGE TOTAL.	Unidade	100	R\$ 38,33	R\$ 3.833,00
14	004.247.711	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO LIPIDOGRAMA COMPLETO.	Unidade	400	R\$ 51,67	R\$ 20.668,00



MUNICÍPIO DE ARAPUTANGA
Departamento de Licitações

Email: SEPLAN3@ARAPUTANGA.MT.GOV.BR
Fone: (65) 3261-1736





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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

15	004.147.675	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO POTÁSSIO	Unidade	200	R\$ 23,33	R\$ 4.666,00
16	004.165.029	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROTEINAS TOTAIS.	Unidade	100	R\$ 25,00	R\$ 2.500,00
17	095.120.120	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SÓDIO (NA).	Unidade	200	R\$ 23,33	R\$ 4.666,00
18	004.147.689	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TGO.	Unidade	400	R\$ 16,67	R\$ 6.668,00
19	004.147.691	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TGP.	Unidade	400	R\$ 16,67	R\$ 6.668,00
20	004.151.219	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TIREOGLOBULINA.	Unidade	100	R\$ 45,00	R\$ 4.500,00
21	004.150.927	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TROPONINA.	Unidade	200	R\$ 63,33	R\$ 12.666,00
22	004.147.690	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO UREIA.	Unidade	400	R\$ 16,67	R\$ 6.668,00
23	095.120.031	SERVIÇO DE EXAME ALBUMINA.	Unidade	100	R\$ 23,33	R\$ 2.333,00
24	095.120.039	SERVIÇO DE EXAME ANTICORPOS ANTI HIV 1 E 2.	Unidade	100	R\$ 53,33	R\$ 5.333,00
25	095.120.111	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO PCR - QUANTITATIVO ALTA SENSIBILIDADE.	Unidade	200	R\$ 31,67	R\$ 6.334,00
26	095.120.121	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO T3, T31 CADA.	Unidade	100	R\$ 23,33	R\$ 2.333,00
27	095.120.122	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO T4, T41 CADA.	Unidade	200	R\$ 25,00	R\$ 5.000,00
28	095.120.129	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO TSH.	Unidade	200	R\$ 23,33	R\$ 4.666,00
29	095.120.131	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO URINA.	Unidade	600	R\$ 16,67	R\$10.002,00
30	095.120.132	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO VHS.	Unidade	100	R\$ 16,67	R\$ 1.667,00
31	095.120.072	SERVIÇO DE EXAME TIPO DENGUE IGG IGM.	Unidade	100	R\$ 51,67	R\$ 5.167,00
32	095.120.073	SERVIÇO DE EXAME TIPO DENGUE NS1.	Unidade	100	R\$ 65,00	R\$ 6.500,00
33	095.120.038	ANTI RAIVA.	Unidade	20	R\$ 400,00	R\$ 8.000,00
34	095.120.045	BIÓPSIA (PEÇA GRANDE).	Unidade	20	R\$ 496,67	R\$ 9.933,40
35	095.120.046	BIÓPSIA (PEÇA PEQUENA).	Unidade	20	R\$ 226,67	R\$ 4.533,40
36	095.120.047	BRUCELOSE HEMOAGLUTINAÇÃO.	Unidade	40	R\$ 33,33	R\$ 1.333,20
37	095.120.109	PAR MIF (CADA).	Unidade	20	R\$ 25,00	R\$ 500,00
38	095.120.040	SERVIÇO DE EXAME ANTICORPOS ANTICARDIOLIPINA IGG /IGM.	Unidade	20	R\$ 88,33	R\$ 1.766,60
39	004.168.234	SERVIÇO DE EXAME - ANTI-CCP	Unidade	20	R\$ 93,33	R\$ 1.866,60
40	095.120.054	SERVIÇO DE EXAME – CEA.	Unidade	40	R\$ 40,00	R\$ 1.600,00
41	004.184.628	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO 25 HIDROXI-VITAMINA D.	Unidade	240	R\$ 56,67	R\$ 13.600,80
42	004.157.996	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ANTI TPO.	Unidade	20	R\$ 43,33	R\$ 866,60
43	004.153.904	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ANTI-RO.	Unidade	20	R\$ 53,33	R\$ 1.066,60
44	004.151.204	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ANTI-SM.	Unidade	20	R\$ 53,33	R\$ 1.066,60
45	004.150.359	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ANTICOAGULANTE LUPICO.	Unidade	20	R\$ 60,00	R\$ 1.200,00
46	004.327.535	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO BETA HCG QUANTITATIVO.	Unidade	40	R\$ 56,67	R\$ 2.266,80



MUNICÍPIO DE ARAPUTANGA
Departamento de Licitações

Email:SEPLAN3@ARAPUTANGA.MT.GOV.BR
Fone:(65) 3261-1736





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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

47	004.147.533	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO BILIRRUBINA.	Unidade	240	R\$ 21,67	R\$ 5.200,80
48	004.157.997	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CALCUIRIA 24H.	Unidade	20	R\$ 41,67	R\$ 833,40
49	025.100.005	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CARBAMAZEPINA.	Unidade	40	R\$ 55,00	R\$ 2.200,00
50	004.182.857	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CELULAS LE.	Unidade	40	R\$ 40,00	R\$ 1.600,00
51	004.147.537	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CLORO.	Unidade	20	R\$ 33,33	R\$ 666,60
52	004.153.953	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO COLINESTERASE.	Unidade	20	R\$ 41,67	R\$ 833,40
53	004.247.774	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO COPROLOGICO FUNCIONAL.	Unidade	20	R\$ 75,00	R\$ 1.500,00
54	004.141.717	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CORTISOL.	Unidade	40	R\$ 41,67	R\$ 1.666,80
55	004.159.452	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CORTISOL LIVRE.	Unidade	40	R\$ 50,00	R\$ 2.000,00
56	095.120.114	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DE PSA TOTAL.	Unidade	40	R\$ 33,33	R\$ 1.333,20
57	095.120.130	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DE TTPA.	Unidade	120	R\$ 38,33	R\$ 4.599,60
58	004.309.210	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DHEA.	Unidade	20	R\$ 48,33	R\$ 966,60
59	004.162.898	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DOSAGEM DA DEHIDROEPIANDROSTERONA, DHEA – RIE.	Unidade	40	R\$ 53,33	R\$ 2.133,20
60	004.247.692	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DOSAGEM DE LIPIDIOS TOTAIS.	Unidade	20	R\$ 33,33	R\$ 666,60
61	004.162.784	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DOSAGEM DE LITIO.	Unidade	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
62	004.151.214	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA.	Unidade	100	R\$ 41,67	R\$ 4.167,00
63	095.120.075	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO EPSTEEIN BAAR IGG/IGM.	Unidade	20	R\$ 88,33	R\$ 1.766,60
64	004.150.904	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ESTRADIOL.	Unidade	40	R\$ 31,67	R\$ 1.266,80
65	004.247.471	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ESTRIOL.	Unidade	40	R\$ 33,33	R\$ 1.333,20
66	095.120.077	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ESTRONA.	Unidade	40	R\$ 31,67	R\$ 1.266,80
67	095.120.107	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO EXAMES DE PREVENTIVO - PAPA NICOLAU.	Unidade	40	R\$ 46,67	R\$ 1.866,80
68	004.147.563	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FAN.	Unidade	40	R\$ 33,33	R\$ 1.333,20
69	025.100.006	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FENOBARBITAL.	Unidade	20	R\$ 45,00	R\$ 900,00
70	004.147.664	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FOSFATASE ALCALINA.	Unidade	200	R\$ 18,33	R\$ 3.666,00
71	004.147.666	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FOSFORO.	Unidade	20	R\$ 28,33	R\$ 566,60
72	004.158.110	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FSH.	Unidade	20	R\$ 25,00	R\$ 500,00
73	095.120.080	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FTA ABS.	Unidade	100	R\$ 76,67	R\$ 7.667,00
74	095.120.081	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO GAMA GT.	Unidade	400	R\$ 21,67	R\$ 8.668,00
75	095.120.084	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HBV - PCR QUANTITATIVO EM TEMPO REAL.	Unidade	20	R\$ 270,00	R\$ 5.400,00
76	095.120.085	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HCV (HEPATITE	Unidade	160	R\$ 40,00	R\$ 6.400,00



MUNICÍPIO DE ARAPUTANGA
Departamento de Licitações

Email: SEPLAN3@ARAPUTANGA.MT.GOV.BR
Fone: (65) 3261-1736





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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

		C).				
77	095.120.087	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HEPATITE A (HAV).	Unidade	20	R\$ 70,00	R\$ 1.400,00
78	095.120.088	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HEPATITE B (ANTI HBS).	Unidade	160	R\$ 36,67	R\$ 5.867,20
79	095.120.089	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HEPATITE B-HBC ANTI - IGG/IGM.	Unidade	40	R\$ 58,33	R\$ 2.333,20
80	095.120.097	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HORMONIO DE CRESCIMENTO - HGH (GH).	Unidade	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
81	004.247.717	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ID DE PPD - TESTE PARA TUBERCULOSE.	Unidade	40	R\$ 150,00	R\$ 6.000,00
82	004.243.572	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO INSULINA.	Unidade	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
83	095.120.099	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO LATEX FATOR REUMATOIDE.	Unidade	20	R\$ 20,00	R\$ 400,00
84	004.158.148	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO LH.	Unidade	20	R\$ 28,33	R\$ 566,60
85	004.147.674	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MAGNÉSIO.	Unidade	200	R\$ 23,33	R\$ 4.666,00
86	095.120.106	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MICROSSOMAL (IGE).	Unidade	20	R\$ 41,67	R\$ 833,40
87	004.162.799	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MIOGLOBINA.	Unidade	20	R\$ 53,33	R\$ 1.066,60
88	004.150.912	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MUCOPROTEINAS.	Unidade	20	R\$ 30,00	R\$ 600,00
89	095.120.063	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MV AVIDEZ.	Unidade	20	R\$ 116,67	R\$ 2.333,40
90	095.120.083	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PESQUISA DE HBSAG (AAU).	Unidade	140	R\$ 28,33	R\$ 3.966,20
91	095.120.112	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES (CADA).	Unidade	40	R\$ 26,67	R\$ 1.066,80
92	004.247.788	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PESQUISA DE SANGUE OCULTO.	Unidade	40	R\$ 25,00	R\$ 1.000,00
93	004.158.154	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROGESTERONA.	Unidade	20	R\$ 28,33	R\$ 566,60
94	004.158.155	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROLACTINA.	Unidade	20	R\$ 31,67	R\$ 633,40
95	004.147.676	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROTEINAS TOTAIS E FRAÇÕES.	Unidade	100	R\$ 31,67	R\$ 3.167,00
96	004.150.924	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROTEINURIA DE 24 HORAS.	Unidade	20	R\$ 36,67	R\$ 733,40
97	095.120.115	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PSA TOTAL E LIVRE.	Unidade	40	R\$ 50,00	R\$ 2.000,00
98	004.147.681	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO REAÇÃO PARA WAALER ROSE.	Unidade	40	R\$ 36,67	R\$ 1.466,80
99	095.120.117	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SCL 70.	Unidade	20	R\$ 53,33	R\$ 1.066,60
100	004.151.218	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SDHEA.	Unidade	20	R\$ 53,33	R\$ 1.066,60
101	095.120.101	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SOROLOGIA LEISHMANIOSE.	Unidade	40	R\$ 110,00	R\$ 4.400,00



MUNICÍPIO DE ARAPUTANGA
Departamento de Licitações

Email: SEPLAN3@ARAPUTANGA.MT.GOV.BR
Fone: (65) 3261-1736





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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

102	004.247.714	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SOROLOGIA PARA MONONUCLEOSE – MONOTESTE.	Unidade	20	R\$ 51,67	R\$ 1.033,40
103	004.313.453	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA.	Unidade	20	R\$ 53,33	R\$ 1.066,60
104	095.120.123	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TAP.	Unidade	40	R\$ 38,33	R\$ 1.533,20
105	004.247.846	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TEMPO DE COAGULACAO E SANGRAMENTO.	Unidade	60	R\$ 21,67	R\$ 1.300,20
106	095.120.124	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TEMPO DE SANGRAMENTO T.S.I.	Unidade	60	R\$ 16,67	R\$ 1.000,20
107	004.247.554	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTE DE COOMBS DIRETO.	Unidade	60	R\$ 36,67	R\$ 2.200,20
108	004.247.555	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTE DE COOMBS INDIRETO.	Unidade	60	R\$ 31,67	R\$ 1.900,20
109	095.120.128	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTE PARA TOXOPLASMOSE - IGG, IGM.	Unidade	60	R\$ 68,33	R\$ 4.099,80
110	004.151.222	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTOSTERONA LIVRE.	Unidade	60	R\$ 35,00	R\$ 2.100,00
111	004.166.874	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTOSTERONA TOTAL.	Unidade	60	R\$ 35,00	R\$ 2.100,00
112	095.120.126	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TIPAGEM SANGUINEA.	Unidade	60	R\$ 20,00	R\$ 1.200,00
113	004.248.568	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TOXOPLASMOSE - ELISA – IGA.	Unidade	60	R\$ 103,33	R\$ 6.199,80
114	004.158.175	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TRIGLICERIDES.	Unidade	200	R\$ 15,00	R\$ 3.000,00
115	004.142.812	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO VDRL.	Unidade	200	R\$ 20,00	R\$ 4.000,00
116	095.120.133	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO VITAMINA B12.	Unidade	140	R\$ 45,00	R\$ 6.300,00
117	004.247.710	SERVIÇO DE EXAME - SOROAGLUTINACAO PARA LISTERIOSE.	Unidade	20	R\$ 56,67	R\$ 1.133,40
118	095.120.027	SERVIÇO DE EXAME ÁCIDO OXÁLICO.	Unidade	20	R\$ 93,33	R\$ 1.866,60
119	095.120.028	SERVIÇO DE EXAME ÁCIDO ÚRICO.	Unidade	80	R\$ 18,33	R\$ 1.466,40
120	095.120.029	SERVIÇO DE EXAME ÁCIDO ÚRICO URINÁRIO.	Unidade	80	R\$ 40,00	R\$ 3.200,00
121	095.120.030	SERVIÇO DE EXAME ACTH - HORMÔNIO ADRENOCORTICOTROFICO.	Unidade	20	R\$ 48,33	R\$ 966,60
122	095.120.032	SERVIÇO DE EXAME ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA.	Unidade	20	R\$ 33,33	R\$ 666,60
123	095.120.033	SERVIÇO DE EXAME ALFA FETOPROTEINA.	Unidade	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
124	095.120.035	SERVIÇO DE EXAME ANDROSTENEDIONA.	Unidade	20	R\$ 53,33	R\$ 1.066,60
125	095.120.036	SERVIÇO DE EXAME ANTI DNA.	Unidade	20	R\$ 53,33	R\$ 1.066,60
126	095.120.037	SERVIÇO DE EXAME ANTI LA.	Unidade	20	R\$ 53,33	R\$ 1.066,60
127	095.120.041	SERVIÇO DE EXAME ANTICORPOS ANTIFOSFOLIPIDEOS.	Unidade	20	R\$ 211,67	R\$ 4.233,40
128	095.120.044	SERVIÇO DE EXAME BETA 2 MICROGLOBINA.	Unidade	20	R\$ 51,67	R\$ 1.033,40



MUNICÍPIO DE ARAPUTANGA
Departamento de Licitações

Email: SEPLAN3@ARAPUTANGA.MT.GOV.BR
Fone: (65) 3261-1736





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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

129	095.120.050	SERVIÇO DE EXAME CA 125.	Unidade	40	R\$ 45,00	R\$ 1.800,00
130	095.120.052	SERVIÇO DE EXAME CÁLCIO IÔNICO.	Unidade	160	R\$ 25,00	R\$ 4.000,00
131	095.120.053	SERVIÇO DE EXAME CÁLCIO URINÁRIO.	Unidade	60	R\$ 38,33	R\$ 2.299,80
132	095.120.055	SERVIÇO DE EXAME CHAGAS IGGIGM.	Unidade	60	R\$ 66,67	R\$ 4.000,20
133	095.120.056	SERVIÇO DE EXAME CISTINA – PESQUISA.	Unidade	20	R\$ 81,67	R\$ 1.633,40
134	095.120.057	SERVIÇO DE EXAME CITOMEGALOVIRUS IGG E IGM.	Unidade	60	R\$ 63,33	R\$ 3.799,80
135	095.120.058	SERVIÇO DE EXAME CITRATO.	Unidade	20	R\$ 106,67	R\$ 2.133,40
136	095.120.060	SERVIÇO DE EXAME CLAMIDIA IGA.	Unidade	20	R\$ 58,33	R\$ 1.166,60
137	095.120.061	SERVIÇO DE EXAME CLAMÍDIA IGG /IGM.	Unidade	20	R\$ 83,33	R\$ 1.666,60
138	095.120.062	SERVIÇO DE EXAME CLEARANCE DE CREATINA.	Unidade	40	R\$ 46,67	R\$ 1.866,80
139	095.120.067	SERVIÇO DE EXAME CREATINA URINARIA.	Unidade	40	R\$ 33,33	R\$ 1.333,20
140	095.120.064	SERVIÇO DE EXAME DE COLESTEROL.	Unidade	200	R\$ 16,67	R\$ 3.334,00
141	095.120.086	SERVIÇO DE EXAME DE HEMOGLOBINA GLICOLISADA.	Unidade	400	R\$ 41,67	R\$ 16.668,00
142	095.120.104	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO MICOLÓGICO.	Unidade	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
143	025.100.074	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO PSA TOTAL.	Unidade	40	R\$ 35,00	R\$ 1.400,00
144	095.120.042	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO BAAR - CADA AMOSTRA.	Unidade	60	R\$ 60,00	R\$ 3.600,00
145	095.120.043	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO BACTERIOSCOPIA DE GRAM.	Unidade	40	R\$ 40,00	R\$ 1.600,00
146	095.120.048	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO C3.	Unidade	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
147	095.120.049	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO C4.	Unidade	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
148	095.120.070	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO CURVA GLICÊMICA GESTANTE (3 DOSAGENS).	Unidade	60	R\$ 71,67	R\$ 4.300,20
149	095.120.071	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO CURVA GLICÊMICA NORMAL (5 DOSAGENS).	Unidade	20	R\$ 100,00	R\$ 2.000,00
150	095.120.074	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO ELETROFORESE DE PROTEÍNAS.	Unidade	20	R\$ 45,00	R\$ 900,00
151	095.120.076	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO ESPERMOGRAMA.	Unidade	20	R\$ 106,67	R\$ 2.133,40
152	095.120.078	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO FENITOINA.	Unidade	20	R\$ 48,33	R\$ 966,60
153	095.120.079	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO FERRO.	Unidade	40	R\$ 23,33	R\$ 933,20
154	095.120.091	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HEPATITE B-HBE, ANTI.	Unidade	120	R\$ 36,67	R\$ 4.400,40
155	095.120.092	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HEPATITE B-HBEAG.	Unidade	120	R\$ 36,67	R\$ 4.400,40
156	095.120.090	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HEPATITE B-HOC TOTAL.	Unidade	40	R\$ 36,67	R\$ 1.466,80
157	095.120.093	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HERPES SIMPLIS I E II.	Unidade	40	R\$ 76,67	R\$ 3.066,80



MUNICÍPIO DE ARAPUTANGA
Departamento de Licitações

Email: SEPLAN3@ARAPUTANGA.MT.GOV.BR
Fone: (65) 3261-1736





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

P. M. A – MT
FLS. _____
RUBRICA

158	095.120.094	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HIV I E II.	Unidade	40	R\$ 53,33	R\$ 2.133,20
159	095.120.095	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HIV, ANTICORPOS ANTI - PESQUISA (WESTERN BLOT).	Unidade	20	R\$ 323,33	R\$ 6.466,60
160	095.120.098	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HTLV.	Unidade	20	R\$ 46,67	R\$ 933,40
161	095.120.102	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO LEISHMANIOSE PESQUISA.	Unidade	20	R\$ 73,33	R\$ 1.466,60
162	095.120.105	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO MICROALBUMINA.	Unidade	20	R\$ 38,33	R\$ 766,60
163	095.120.113	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO PROVAS REUMÁTICAS.	Unidade	40	R\$ 70,00	R\$ 2.800,00
164	095.120.116	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO RUBÉOLA IGG/IGM.	Unidade	40	R\$ 70,00	R\$ 2.800,00
165	095.120.118	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO SELÊNIO.	Unidade	20	R\$ 46,67	R\$ 933,40
166	095.120.119	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO SEROTONINA TOTAL.	Unidade	20	R\$ 76,67	R\$ 1.533,40
167	095.120.125	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO TESTE PACK (GRAVIDEZ URINA).	Unidade	20	R\$ 35,00	R\$ 700,00
168	095.120.127	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO TOXOPLASMOSE AVIDEZ.	Unidade	20	R\$ 83,33	R\$ 1.666,60
169	095.120.082	SERVIÇO DE EXAME PARA DIAGNÓSTICO DE HANSENÍASE.	Unidade	60	R\$ 80,00	R\$ 4.800,00
170	095.120.108	SERVIÇO DE EXAME PARASITOLÓGICO I.	Unidade	200	R\$ 16,67	R\$ 3.334,00
171	095.120.068	SERVIÇO DE EXAME TIPO CROMO.	Unidade	20	R\$ 45,00	R\$ 900,00
172	095.120.069	SERVIÇO DE EXAME TIPO CULTURA + ANTIBIOGRAMA.	Unidade	200	R\$ 48,33	R\$ 9.666,00
173	095.120.096	SERVIÇO DE EXAME TIPO HLA B27 PESQUISA – PCR.	Unidade	20	R\$ 113,33	R\$ 2.266,60
174	095.120.103	SERVIÇO DE EXAME TIPO MAGNÉSIO URINÁRIO.	Unidade	20	R\$ 33,33	R\$ 666,60
175	095.120.134	SERVIÇO DE EXAME TIPO ZINCO.	Unidade	40	R\$ 45,00	R\$ 1.800,00
176	095.120.066	SERVIÇO DE EXAME – TIPO CPK.	Unidade	40	R\$ 50,00	R\$ 2.000,00
177	104.003.010	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO MALÁRIA.	Unidade	40	R\$ 220,00	R\$ 8.800,00
Total						R\$ 596.475,00

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.



MUNICÍPIO DE ARAPUTANGA
Departamento de Licitações

Email: SEPLAN3@ARAPUTANGA.MT.GOV.BR
Fone: (65) 3261-1736





8.2. A vigência do contrato oriundo desse credenciamento será da data de sua assinatura até **12 meses**, 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.

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

9.2. 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.

9.3. 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.

9.4. 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.

9.5. 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.

9.6. 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.

10. DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES

10.1. São obrigações:

10.1.1. Da Contratante:

10.1.2. Expedir as requisições/autorizações 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, 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.





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

P. M. A – MT
FLS. _____
RUBRICA

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	(568) 08.002.10.302.0071.2074.3.3.90.39.50 F.R 01.600

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

13.3. 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.

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

13.5. 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.

13.6. INTEGRAM ESTE EDITAL, PARA TODOS OS FINS E EFEITOS, OS SEGUINTE ANEXOS:

ANEXO I - Termo de Referência

ANEXO II - Modelo de Carta de Encaminhamento de Documentos

ANEXO III - Modelo de Carta de Encaminhamento de Proposta de Adesão

ANEXO IV - Modelo de Proposta de Adesão

ANEXO V - Minuta do Contrato Administrativo

Araputanga – MT, 19 de dezembro de 2023.

Enilson de Araújo Rios
Prefeito Municipal

Paulo Cesár Alves de Araújo
Sec. Mun. de Administrativo



MUNICÍPIO DE ARAPUTANGA
Departamento de Licitações
Email: SEPLAN3@ARAPUTANGA.MT.GOV.BR
Fone: (65) 3261-1736





ANEXO – I

TERMO DE REFERÊNCIA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE EXAMES LABORATORIAIS
1. Interessada: Secretaria Municipal de Saúde
2. Objeto: Contratação de Pessoa Jurídica Especializada em Prestação de Serviço de Exames Laboratoriais para atender as demandas 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.
4. Prazo de contrato: 4.1. Duração de 12 meses. 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: (568) 08.002.10.302.0071.2074.3.3.90.39.50 F.R 01.600
7. Documentação para fins de Contratação: 7.1.1. Contrato Social e suas alterações; 7.1.2. Cópia do RG e CPF do representante legal; 7.1.3. 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





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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

Municipal, Certidão do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT).

7.1.4. Documentação Relativa à Avaliação Econômico-Financeira: Certidão Negativa de Falência e Concordata (Autor e Réu) (art. 31, inciso II – Lei nº 8.666/93), expedida pelo Cartório Distribuidor da sede da pessoa jurídica.

7.1.4.1. 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.

7.1.4.2. Caso as empresas estejam em recuperação judicial deverão apresentar plano de recuperação aprovado pelo Poder Judiciário para participar da licitação.

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 da Secretaria Municipal de Saúde.

8.2. A finalidade é a realização de exames após o horário de expediente, finais de semana e feriados, em casos de urgência e emergência.

**TABELA DE PREÇOS DE EXAMES LABORATORIAIS
PROCESSO DE CREDENCIAMENTO Nº 003/2023**

Seq. do Item	Código do Item	Descrição do Item	Unid.	Qtde	Valor Unitário Média	Valor Total Média
1	025.100.007	EXAME DE CREATININA.	Unidade	200	R\$ 16,67	R\$ 3.334,00
2	095.120.034	SERVIÇO DE EXAME AMILASE.	Unidade	100	R\$ 18,33	R\$ 1.833,00
3	095.120.059	SERVIÇO DE EXAME CKMB.	Unidade	200	R\$ 61,67	R\$ 12.334,00
4	095.120.051	SERVIÇO DE EXAME – CÁLCIO.	Unidade	100	R\$ 21,67	R\$ 2.167,00
5	004.061.497	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO BETA HCG.	Unidade	100	R\$25,00	R\$ 2.500,00
6	004.162.835	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CONTAGEM DE PLAQUETAS.	Unidade	100	R\$ 18,33	R\$ 1.833,00
7	004.151.212	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO D DIMERO.	Unidade	400	R\$ 115,00	R\$ 46.000,00
8	004.247.659	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DOSAGEM DE CREATINA.	Unidade	400	R\$ 18,33	R\$ 7.332,00
9	004.147.555	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FERRITINA.	Unidade	200	R\$ 28,33	R\$ 5.666,00
10	004.147.667	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO GLICOSE.	Unidade	300	R\$ 18,33	R\$ 5.499,00
11	004.147.671	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HEMOGRAMA.	Unidade	600	R\$ 21,67	R\$ 13.002,00
12	095.120.100	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO IDH (DESIDROGENASE LÁTICA).	Unidade	200	R\$ 33,33	R\$ 6.666,00
13	004.252.402	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO IGE TOTAL.	Unidade	100	R\$ 38,33	R\$ 3.833,00
14	004.247.711	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO LIPIDOGRAMA COMPLETO.	Unidade	400	R\$ 51,67	R\$ 20.668,00



MUNICÍPIO DE ARAPUTANGA
Departamento de Licitações

Email: SEPLAN3@ARAPUTANGA.MT.GOV.BR
Fone: (65) 3261-1736





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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

15	004.147.675	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO POTÁSSIO	Unidade	200	R\$ 23,33	R\$ 4.666,00
16	004.165.029	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROTEINAS TOTAIS.	Unidade	100	R\$ 25,00	R\$ 2.500,00
17	095.120.120	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SÓDIO (NA).	Unidade	200	R\$ 23,33	R\$ 4.666,00
18	004.147.689	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TGO.	Unidade	400	R\$ 16,67	R\$ 6.668,00
19	004.147.691	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TGP.	Unidade	400	R\$ 16,67	R\$ 6.668,00
20	004.151.219	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TIREOGLOBULINA.	Unidade	100	R\$ 45,00	R\$ 4.500,00
21	004.150.927	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TROPONINA.	Unidade	200	R\$ 63,33	R\$ 12.666,00
22	004.147.690	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO UREIA.	Unidade	400	R\$ 16,67	R\$ 6.668,00
23	095.120.031	SERVIÇO DE EXAME ALBUMINA.	Unidade	100	R\$ 23,33	R\$ 2.333,00
24	095.120.039	SERVIÇO DE EXAME ANTICORPOS ANTI HIV 1 E 2.	Unidade	100	R\$ 53,33	R\$ 5.333,00
25	095.120.111	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO PCR - QUANTITATIVO ALTA SENSIBILIDADE.	Unidade	200	R\$ 31,67	R\$ 6.334,00
26	095.120.121	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO T3, T31 CADA.	Unidade	100	R\$ 23,33	R\$ 2.333,00
27	095.120.122	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO T4, T41 CADA.	Unidade	200	R\$ 25,00	R\$ 5.000,00
28	095.120.129	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO TSH.	Unidade	200	R\$ 23,33	R\$ 4.666,00
29	095.120.131	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO URINA.	Unidade	600	R\$ 16,67	R\$10.002,00
30	095.120.132	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO VHS.	Unidade	100	R\$ 16,67	R\$ 1.667,00
31	095.120.072	SERVIÇO DE EXAME TIPO DENGUE IGG IGM.	Unidade	100	R\$ 51,67	R\$ 5.167,00
32	095.120.073	SERVIÇO DE EXAME TIPO DENGUE NS1.	Unidade	100	R\$ 65,00	R\$ 6.500,00
33	095.120.038	ANTI RAIVA.	Unidade	20	R\$ 400,00	R\$ 8.000,00
34	095.120.045	BIÓPSIA (PEÇA GRANDE).	Unidade	20	R\$ 496,67	R\$ 9.933,40
35	095.120.046	BIÓPSIA (PEÇA PEQUENA).	Unidade	20	R\$ 226,67	R\$ 4.533,40
36	095.120.047	BRUCELOSE HEMOAGLUTINAÇÃO.	Unidade	40	R\$ 33,33	R\$ 1.333,20
37	095.120.109	PAR MIF (CADA).	Unidade	20	R\$ 25,00	R\$ 500,00
38	095.120.040	SERVIÇO DE EXAME ANTICORPOS ANTICARDIOLIPINA IGG /IGM.	Unidade	20	R\$ 88,33	R\$ 1.766,60
39	004.168.234	SERVIÇO DE EXAME - ANTI-CCP	Unidade	20	R\$ 93,33	R\$ 1.866,60
40	095.120.054	SERVIÇO DE EXAME – CEA.	Unidade	40	R\$ 40,00	R\$ 1.600,00
41	004.184.628	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO 25 HIDROXI-VITAMINA D.	Unidade	240	R\$ 56,67	R\$ 13.600,80
42	004.157.996	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ANTI TPO.	Unidade	20	R\$ 43,33	R\$ 866,60
43	004.153.904	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ANTI-RO.	Unidade	20	R\$ 53,33	R\$ 1.066,60
44	004.151.204	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ANTI-SM.	Unidade	20	R\$ 53,33	R\$ 1.066,60
45	004.150.359	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ANTICOAGULANTE LUPICO.	Unidade	20	R\$ 60,00	R\$ 1.200,00
46	004.327.535	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO BETA HCG QUANTITATIVO.	Unidade	40	R\$ 56,67	R\$ 2.266,80
47	004.147.533	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO BILIRRUBINA.	Unidade	240	R\$ 21,67	R\$ 5.200,80



MUNICÍPIO DE ARAPUTANGA
Departamento de Licitações

Email:SEPLAN3@ARAPUTANGA.MT.GOV.BR
Fone:(65) 3261-1736





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

P. M. A – MT

FLS. _____

RUBRICA

48	004.157.997	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CALCIURIA 24H.	Unidade	20	R\$ 41,67	R\$ 833,40
49	025.100.005	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CARBAMAZEPINA.	Unidade	40	R\$ 55,00	R\$ 2.200,00
50	004.182.857	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CELULAS LE.	Unidade	40	R\$ 40,00	R\$ 1.600,00
51	004.147.537	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CLORO.	Unidade	20	R\$ 33,33	R\$ 666,60
52	004.153.953	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO COLINESTERASE.	Unidade	20	R\$ 41,67	R\$ 833,40
53	004.247.774	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO COPROLOGICO FUNCIONAL.	Unidade	20	R\$ 75,00	R\$ 1.500,00
54	004.141.717	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CORTISOL.	Unidade	40	R\$ 41,67	R\$ 1.666,80
55	004.159.452	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO CORTISOL LIVRE.	Unidade	40	R\$ 50,00	R\$ 2.000,00
56	095.120.114	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DE PSA TOTAL.	Unidade	40	R\$ 33,33	R\$ 1.333,20
57	095.120.130	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DE TTPA.	Unidade	120	R\$ 38,33	R\$ 4.599,60
58	004.309.210	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DHEA.	Unidade	20	R\$ 48,33	R\$ 966,60
59	004.162.898	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DOSAGEM DA DEHIDROEPIANDROSTERONA, DHEA – RIE.	Unidade	40	R\$ 53,33	R\$ 2.133,20
60	004.247.692	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DOSAGEM DE LIPÍDIOS TOTAIS.	Unidade	20	R\$ 33,33	R\$ 666,60
61	004.162.784	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO DOSAGEM DE LITIO.	Unidade	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
62	004.151.214	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA.	Unidade	100	R\$ 41,67	R\$ 4.167,00
63	095.120.075	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO EPSTEIN BAAR IGG/IGM.	Unidade	20	R\$ 88,33	R\$ 1.766,60
64	004.150.904	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ESTRADIOL.	Unidade	40	R\$ 31,67	R\$ 1.266,80
65	004.247.471	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ESTRIOL.	Unidade	40	R\$ 33,33	R\$ 1.333,20
66	095.120.077	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ESTRONA.	Unidade	40	R\$ 31,67	R\$ 1.266,80
67	095.120.107	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO EXAMES DE PREVENTIVO - PAPA NICOLAU.	Unidade	40	R\$ 46,67	R\$ 1.866,80
68	004.147.563	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FAN.	Unidade	40	R\$ 33,33	R\$ 1.333,20
69	025.100.006	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FENOBARBITAL.	Unidade	20	R\$ 45,00	R\$ 900,00
70	004.147.664	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FOSFATASE ALCALINA.	Unidade	200	R\$ 18,33	R\$ 3.666,00
71	004.147.666	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FOSFORO.	Unidade	20	R\$ 28,33	R\$ 566,60
72	004.158.110	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FSH.	Unidade	20	R\$ 25,00	R\$ 500,00
73	095.120.080	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO FTA ABS.	Unidade	100	R\$ 76,67	R\$ 7.667,00
74	095.120.081	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO GAMA GT.	Unidade	400	R\$ 21,67	R\$ 8.668,00
75	095.120.084	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HBV - PCR QUANTITATIVO EM TEMPO REAL.	Unidade	20	R\$ 270,00	R\$ 5.400,00
76	095.120.085	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HCV (HEPATITE C).	Unidade	160	R\$ 40,00	R\$ 6.400,00
77	095.120.087	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HEPATITE A (HAV).	Unidade	20	R\$ 70,00	R\$ 1.400,00
78	095.120.088	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HEPATITE B (ANTI HBS).	Unidade	160	R\$ 36,67	R\$ 5.867,20



MUNICÍPIO DE ARAPUTANGA
Departamento de Licitações

Email: SEPLAN3@ARAPUTANGA.MT.GOV.BR
Fone: (65) 3261-1736





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.	Unidade	40	R\$ 58,33	R\$ 2.333,20
80	095.120.097	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO HORMONIO DE CRESCIMENTO - HGH (GH).	Unidade	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
81	004.247.717	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO ID DE PPD - TESTE PARA TUBERCULOSE.	Unidade	40	R\$ 150,00	R\$ 6.000,00
82	004.243.572	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO INSULINA.	Unidade	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
83	095.120.099	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO LATEX FATOR REUMATOIDE.	Unidade	20	R\$ 20,00	R\$ 400,00
84	004.158.148	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO LH.	Unidade	20	R\$ 28,33	R\$ 566,60
85	004.147.674	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MAGNÉSIO.	Unidade	200	R\$ 23,33	R\$ 4.666,00
86	095.120.106	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MICROSSOMAL (IGE).	Unidade	20	R\$ 41,67	R\$ 833,40
87	004.162.799	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MIOGLOBINA.	Unidade	20	R\$ 53,33	R\$ 1.066,60
88	004.150.912	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MUCOPROTEINAS.	Unidade	20	R\$ 30,00	R\$ 600,00
89	095.120.063	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO MV AVIDEZ.	Unidade	20	R\$ 116,67	R\$ 2.333,40
90	095.120.083	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PESQUISA DE HBSAG (AAU).	Unidade	140	R\$ 28,33	R\$ 3.966,20
91	095.120.112	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES (CADA).	Unidade	40	R\$ 26,67	R\$ 1.066,80
92	004.247.788	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PESQUISA DE SANGUE OCULTO.	Unidade	40	R\$ 25,00	R\$ 1.000,00
93	004.158.154	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROGESTERONA.	Unidade	20	R\$ 28,33	R\$ 566,60
94	004.158.155	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROLACTINA.	Unidade	20	R\$ 31,67	R\$ 633,40
95	004.147.676	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROTEINAS TOTAIS E FRAÇÕES.	Unidade	100	R\$ 31,67	R\$ 3.167,00
96	004.150.924	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PROTEINURIA DE 24 HORAS.	Unidade	20	R\$ 36,67	R\$ 733,40
97	095.120.115	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO PSA TOTAL E LIVRE.	Unidade	40	R\$ 50,00	R\$ 2.000,00
98	004.147.681	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO REAÇÃO PARA WAALER ROSE.	Unidade	40	R\$ 36,67	R\$ 1.466,80
99	095.120.117	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SCL 70.	Unidade	20	R\$ 53,33	R\$ 1.066,60
100	004.151.218	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SDHEA.	Unidade	20	R\$ 53,33	R\$ 1.066,60
101	095.120.101	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SOROLOGIA LEISHMANIOSE.	Unidade	40	R\$ 110,00	R\$ 4.400,00
102	004.247.714	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SOROLOGIA PARA MONONUCLEOSE – MONOTESTE.	Unidade	20	R\$ 51,67	R\$ 1.033,40
103	004.313.453	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA.	Unidade	20	R\$ 53,33	R\$ 1.066,60
104	095.120.123	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TAP.	Unidade	40	R\$ 38,33	R\$ 1.533,20



MUNICÍPIO DE ARAPUTANGA
Departamento de Licitações

Email: SEPLAN3@ARAPUTANGA.MT.GOV.BR
Fone: (65) 3261-1736





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.	Unidade	60	R\$ 21,67	R\$ 1.300,20
106	095.120.124	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TEMPO DE SANGRAMENTO T.S I.	Unidade	60	R\$ 16,67	R\$ 1.000,20
107	004.247.554	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTE DE COOMBS DIRETO.	Unidade	60	R\$ 36,67	R\$ 2.200,20
108	004.247.555	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTE DE COOMBS INDIRETO.	Unidade	60	R\$ 31,67	R\$ 1.900,20
109	095.120.128	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTE PARA TOXOPLASMOSE - IGG, IGM.	Unidade	60	R\$ 68,33	R\$ 4.099,80
110	004.151.222	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTOSTERONA LIVRE.	Unidade	60	R\$ 35,00	R\$ 2.100,00
111	004.166.874	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TESTOSTERONA TOTAL.	Unidade	60	R\$ 35,00	R\$ 2.100,00
112	095.120.126	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TIPAGEM SANGUINEA.	Unidade	60	R\$ 20,00	R\$ 1.200,00
113	004.248.568	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TOXOPLASMOSE - ELISA – IGA.	Unidade	60	R\$ 103,33	R\$ 6.199,80
114	004.158.175	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO TRIGLICERIDES.	Unidade	200	R\$ 15,00	R\$ 3.000,00
115	004.142.812	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO VDRL.	Unidade	200	R\$ 20,00	R\$ 4.000,00
116	095.120.133	SERVIÇO DE EXAME - DO TIPO VITAMINA B12.	Unidade	140	R\$ 45,00	R\$ 6.300,00
117	004.247.710	SERVIÇO DE EXAME - SOROAGLUTINACAO PARA LISTERIOSE.	Unidade	20	R\$ 56,67	R\$ 1.133,40
118	095.120.027	SERVIÇO DE EXAME ÁCIDO OXÁLICO.	Unidade	20	R\$ 93,33	R\$ 1.866,60
119	095.120.028	SERVIÇO DE EXAME ÁCIDO ÚRICO.	Unidade	80	R\$ 18,33	R\$ 1.466,40
120	095.120.029	SERVIÇO DE EXAME ÁCIDO ÚRICO URINÁRIO.	Unidade	80	R\$ 40,00	R\$ 3.200,00
121	095.120.030	SERVIÇO DE EXAME ACTH - HORMÔNIO ADRENOCORTICOTROFICO.	Unidade	20	R\$ 48,33	R\$ 966,60
122	095.120.032	SERVIÇO DE EXAME ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA.	Unidade	20	R\$ 33,33	R\$ 666,60
123	095.120.033	SERVIÇO DE EXAME ALFA FETOPROTEINA.	Unidade	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
124	095.120.035	SERVIÇO DE EXAME ANDROSTENEDIONA.	Unidade	20	R\$ 53,33	R\$ 1.066,60
125	095.120.036	SERVIÇO DE EXAME ANTI DNA.	Unidade	20	R\$ 53,33	R\$ 1.066,60
126	095.120.037	SERVIÇO DE EXAME ANTI LA.	Unidade	20	R\$ 53,33	R\$ 1.066,60
127	095.120.041	SERVIÇO DE EXAME ANTICORPOS ANTIFOSFOLIPIDEOS.	Unidade	20	R\$ 211,67	R\$ 4.233,40
128	095.120.044	SERVIÇO DE EXAME BETA 2 MICROGLOBINA.	Unidade	20	R\$ 51,67	R\$ 1.033,40
129	095.120.050	SERVIÇO DE EXAME CA 125.	Unidade	40	R\$ 45,00	R\$ 1.800,00
130	095.120.052	SERVIÇO DE EXAME CÁLCIO IÔNICO.	Unidade	160	R\$ 25,00	R\$ 4.000,00
131	095.120.053	SERVIÇO DE EXAME CÁLCIO URINÁRIO.	Unidade	60	R\$ 38,33	R\$ 2.299,80
132	095.120.055	SERVIÇO DE EXAME CHAGAS IGGIGM.	Unidade	60	R\$ 66,67	R\$ 4.000,20
133	095.120.056	SERVIÇO DE EXAME CISTINA – PESQUISA.	Unidade	20	R\$ 81,67	R\$ 1.633,40



MUNICÍPIO DE ARAPUTANGA
Departamento de Licitações

Email: SEPLAN3@ARAPUTANGA.MT.GOV.BR
Fone: (65) 3261-1736





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.	Unidade	60	R\$ 63,33	R\$ 3.799,80
135	095.120.058	SERVIÇO DE EXAME CITRATO.	Unidade	20	R\$ 106,67	R\$ 2.133,40
136	095.120.060	SERVIÇO DE EXAME CLAMÍDIA IGA.	Unidade	20	R\$ 58,33	R\$ 1.166,60
137	095.120.061	SERVIÇO DE EXAME CLAMÍDIA IGG /IGM.	Unidade	20	R\$ 83,33	R\$ 1.666,60
138	095.120.062	SERVIÇO DE EXAME CLEARENCE DE CREATINA.	Unidade	40	R\$ 46,67	R\$ 1.866,80
139	095.120.067	SERVIÇO DE EXAME CREATINA URINARIA.	Unidade	40	R\$ 33,33	R\$ 1.333,20
140	095.120.064	SERVIÇO DE EXAME DE COLESTEROL.	Unidade	200	R\$ 16,67	R\$ 3.334,00
141	095.120.086	SERVIÇO DE EXAME DE HEMOGLOBINA GLICOLISADA.	Unidade	400	R\$ 41,67	R\$ 16.668,00
142	095.120.104	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO MICOLÓGICO.	Unidade	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
143	025.100.074	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO PSA TOTAL.	Unidade	40	R\$ 35,00	R\$ 1.400,00
144	095.120.042	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO BAAR - CADA AMOSTRA.	Unidade	60	R\$ 60,00	R\$ 3.600,00
145	095.120.043	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO BACTERIOSCOPIA DE GRAM.	Unidade	40	R\$ 40,00	R\$ 1.600,00
146	095.120.048	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO C3.	Unidade	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
147	095.120.049	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO C4.	Unidade	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
148	095.120.070	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO CURVA GLICÊMICA GESTANTE (3 DOSAGENS).	Unidade	60	R\$ 71,67	R\$ 4.300,20
149	095.120.071	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO CURVA GLICÊMICA NORMAL (5 DOSAGENS).	Unidade	20	R\$ 100,00	R\$ 2.000,00
150	095.120.074	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO ELETROFORESE DE PROTEÍNAS.	Unidade	20	R\$ 45,00	R\$ 900,00
151	095.120.076	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO ESPERMOGRAMA.	Unidade	20	R\$ 106,67	R\$ 2.133,40
152	095.120.078	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO FENITOINA.	Unidade	20	R\$ 48,33	R\$ 966,60
153	095.120.079	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO FERRO.	Unidade	40	R\$ 23,33	R\$ 933,20
154	095.120.091	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HEPATITE B-HBE, ANTI.	Unidade	120	R\$ 36,67	R\$ 4.400,40
155	095.120.092	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HEPATITE B-HBEAG.	Unidade	120	R\$ 36,67	R\$ 4.400,40
156	095.120.090	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HEPATITE B-HOC TOTAL.	Unidade	40	R\$ 36,67	R\$ 1.466,80
157	095.120.093	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HERPES SIMPLES I E II.	Unidade	40	R\$ 76,67	R\$ 3.066,80
158	095.120.094	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HIV I E II.	Unidade	40	R\$ 53,33	R\$ 2.133,20
159	095.120.095	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HIV, ANTICORPOS ANTI - PESQUISA (WESTERN BLOT).	Unidade	20	R\$ 323,33	R\$ 6.466,60
160	095.120.098	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO HTLV.	Unidade	20	R\$ 46,67	R\$ 933,40
161	095.120.102	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO LEISHMANIOSE PESQUISA.	Unidade	20	R\$ 73,33	R\$ 1.466,60



MUNICÍPIO DE ARAPUTANGA
Departamento de Licitações

Email: SEPLAN3@ARAPUTANGA.MT.GOV.BR
Fone: (65) 3261-1736





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.	Unidade	20	R\$ 38,33	R\$ 766,60
163	095.120.113	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO PROVAS REUMÁTICAS.	Unidade	40	R\$ 70,00	R\$ 2.800,00
164	095.120.116	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO RUBÉOLA IGG/IGM.	Unidade	40	R\$ 70,00	R\$ 2.800,00
165	095.120.118	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO SELÊNIO.	Unidade	20	R\$ 46,67	R\$ 933,40
166	095.120.119	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO SEROTONINA TOTAL.	Unidade	20	R\$ 76,67	R\$ 1.533,40
167	095.120.125	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO TESTE PACK (GRAVIDEZ URINA).	Unidade	20	R\$ 35,00	R\$ 700,00
168	095.120.127	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO TOXOPLASMOSE AVIDEZ.	Unidade	20	R\$ 83,33	R\$ 1.666,60
169	095.120.082	SERVIÇO DE EXAME PARA DIAGNÓSTICO DE HANSENÍASE.	Unidade	60	R\$ 80,00	R\$ 4.800,00
170	095.120.108	SERVIÇO DE EXAME PARASITOLÓGICO I.	Unidade	200	R\$ 16,67	R\$ 3.334,00
171	095.120.068	SERVIÇO DE EXAME TIPO CROMO.	Unidade	20	R\$ 45,00	R\$ 900,00
172	095.120.069	SERVIÇO DE EXAME TIPO CULTURA + ANTIBIOGRAMA.	Unidade	200	R\$ 48,33	R\$ 9.666,00
173	095.120.096	SERVIÇO DE EXAME TIPO HLA B27 PESQUISA – PCR.	Unidade	20	R\$ 113,33	R\$ 2.266,60
174	095.120.103	SERVIÇO DE EXAME TIPO MAGNÉSIO URINÁRIO.	Unidade	20	R\$ 33,33	R\$ 666,60
175	095.120.134	SERVIÇO DE EXAME TIPO ZINCO.	Unidade	40	R\$ 45,00	R\$ 1.800,00
176	095.120.066	SERVIÇO DE EXAME – TIPO CPK.	Unidade	40	R\$ 50,00	R\$ 2.000,00
177	104.003.010	SERVIÇO DE EXAME DO TIPO MALÁRIA.	Unidade	40	R\$ 220,00	R\$ 8.800,00
Total						R\$ 596.475,00



MUNICÍPIO DE ARAPUTANGA
Departamento de Licitações

Email: SEPLAN3@ARAPUTANGA.MT.GOV.BR
Fone: (65) 3261-1736





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 2023.

Referente: Inexigibilidade de Licitação nº. 022/2023 - Credenciamento nº. 003/2023

Objeto: Contratação de Pessoa Jurídica Especializada em Prestação de Serviço de Exames Laboratoriais para atender as demandas 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** para a **Contratação de Pessoa Jurídica Especializada em Prestação de Serviço de Exames Laboratoriais para atender as demandas da Secretaria Municipal de Saúde.**

Sem mais, esperamos obter êxito na viabilização do credenciamento.

Atenciosamente.

Empresa (Assinatura responsável legal)
Cargo/Função



MUNICÍPIO DE ARAPUTANGA
Departamento de Licitações
Email: SEPLAN3@ARAPUTANGA.MT.GOV.BR
Fone: (65) 3261-1736





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

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX – MT, ____ de _____ de 2023.

Referente: Inexigibilidade de Licitação nº. 022/2023 - Credenciamento nº. 003/2023

Objeto: Contratação de Pessoa Jurídica Especializada em Prestação de Serviço de Exames Laboratoriais para atender as demandas 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 Especializada em Prestação de Serviço de Exames Laboratoriais para atender as demandas da Secretaria Municipal de Saúde.**

Sem mais, esperamos obter êxito na viabilização do credenciamento.

Atenciosamente.

Empresa (Assinatura responsável legal)
Cargo/Função



MUNICÍPIO DE ARAPUTANGA
Departamento de Licitações
Email: SEPLAN3@ARAPUTANGA.MT.GOV.BR
Fone: (65) 3261-1736





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 2023.

Referente: Inexigibilidade de Licitação nº. 022/2023 - Credenciamento nº. 003/2023

Objeto: Contratação de Pessoa Jurídica Especializada em Prestação de Serviço de Exames Laboratoriais para atender as demandas 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



MUNICÍPIO DE ARAPUTANGA
Departamento de Licitações
Email: SEPLAN3@ARAPUTANGA.MT.GOV.BR
Fone: (65) 3261-1736





ANEXO – V

MINUTA DO CONTRATO ADMINISTRATIVO Nº ____/2023

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**, ****, ***, portador do RG nº **** SSP/**, e inscrito no CPF sob nº ***.***.***.**, residente a Rua ****, nº **, Bairro, 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 Especializada em Prestação de Serviço de Exames Laboratoriais para atender as demandas 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.
- 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 ****/**/******, 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 CONTRATADO pelos serviços citados na Cláusula Primeira, as importâncias abaixo relacionadas para cada Parecer Emitido:





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

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

4.3. 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.

4.4. 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.

4.5. 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.

4.6. 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.

4.7. 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 022/2023** por **Credenciamento nº 003/2023**, 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 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;

7.1.2.2. 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 requisições/autorizações 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.





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

P. M. A – MT
FLS. _____
RUBRICA

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 n°. 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:

Secretaria	Dotação Orçamentária/Fonte de Recursos
Saúde	(568) 08.002.10.302.0071.2074.3.3.90.39.50 F.R 01.600

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 n°. 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 ****.

Enilson de Araújo Rios
Prefeito Municipal
Contratante

CONTRATADA

CNPJ nº **.*.***/***_****

CPF nº *.***.***_****

TESTEMUNHAS:

1ª - Nome: _____

CPF nº: _____

2ª - Nome: _____

CPF n.º: _____



MUNICÍPIO DE ARAPUTANGA
Departamento de Licitações

Email: SEPLAN3@ARAPUTANGA.MT.GOV.BR
Fone: (65) 3261-1736





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 DE LICITAÇÃO N°. 022/2023 POR CREDENCIAMENTO N°. 003/2023

A PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA - MT, pessoa jurídica de direito público interno, situado na Rua Antenor Mamedes, nº 911, Centro, torna público para todos os interessados que está aberto o prazo para o CREDENCIAMENTO para a **Contratação de Pessoa Jurídica Especializada em Prestação de Serviço de Exames Laboratoriais para atender as demandas da Secretaria Municipal de Saúde**. O Credenciamento ocorrerá no período de **03/01/2024** a **18/01/2024** e a abertura dos envelopes em **24/01/2024** às 08h00min(horário local). Os interessados poderão obter informações detalhadas no endereço supracitado, de segunda a sexta-feira, das 07h00min às 13h00min, no setor de licitações ou ainda através do telefone (65) 3261-1736 ou e-mail: seplan3@araputanga.mt.gov.br.

Araputanga - MT, 19 de dezembro de 2023.

Cristina Maria de Lima
Agente de Contratação



MUNICÍPIO DE ARAPUTANGA
Departamento de Licitações
Email: SEPLAN3@ARAPUTANGA.MT.GOV.BR
Fone: (65) 3261-1736

