TERMO DE CONTRATO Nº 019/2024
CHAMADA PÚBLICA 002/2024
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 003/2024.

TERMO DE CREDENCIAMENTO PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES LABORATORIAIS DIVERSOS.

A Prefeitura Municipal de Paulistana, Estado do Piauí, através da Secretaria Municipal de Saúde, pessoa jurídica de direito público interno, com sede administrativa na Rua Coelho Rodrigues, n° 69, Centro, inscrito no CNPJ/MF sob o n.° 11.963.359/0001-80, neste ato representada pela Secretaria, Sra. Andressa Jordanni Pereira Ramos, brasileira, residente e domiciliada na Rua Capitão Moises Costa, Lagoa, n° 139, Paulistana-PI, CPF nº 013.645.893-97, doravante denominado CREDENCIANTE, e RONALDO ROCHA DE SOUSA, CNPJ N° 13.697.315/0001-81, doravante denominado CREDENCIADO(A), representada neste ato pelo seu proprietário o Sr. Ronaldo Rocha de Sousa, portador do CPF nº: 944.619.373-72, têm justo e acordado este Termo de Credenciamento, de conformidade com a O ART. 6º, XLIII, da Lei nº 14.133/2021, e mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA - do objeto

O presente termo tem por objeto a ***prestação dos serviços de exames laboratoriais e radiologicos diversos aos usuários do SUS,*** conforme relação anexa, para pacientes do Município de Paulistana, mediante autorização da Secretaria Municipal da Saúde.

Parágrafo único: A coleta do material deverá ser realizada diariamente neste Município, em local próprio do Credenciado.

CLÁUSULA SEGUNDA - do prazo

O prazo de vigência do credenciamento será de 12 (doze) meses, a contar de sua assinatura, podendo ser prorrogado, por interesse do CREDENCIANTE e anuência do(a) CREDENCIADO(A), nos termos da lei.

CLÁUSULA TERCEIRA - da forma e do prazo do pagamento

a. O MUNICÍPIO pagará mensalmente até o dia 10 de cada mês subseqüente ao vencido, os valores referentes aos exames realizados durante o mês competente, conforme tabela anexa.

b. A CREDENCIADA não poderá cobrar do paciente, ou seu responsável, qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados.

c. A CREDENCIADA deverá enviar mensalmente até o dia 03 do mês subseqüente ao vencido, a fatura da prestação de serviços e a relação nominal dos pacientes atendidos com os respectivos exames realizados.

CLÁUSULA QUARTA - das condições de execução

I - O credenciamento caracteriza uma relação contratual de prestação de serviços;

II - O(A) CREDENCIADO(A) deverá manter, durante a vigência deste Termo as condições de habilitação exigidas para a sua celebração;

III - é de responsabilidade exclusiva e integral do(a) CREDENCIADO(A) a utilização de pessoal para a execução dos respectivos procedimentos, incluídos encargos trabalhistas, previdenciários, sociais e fiscais resultantes de vínculo empregatício ou comerciais;

IV - É vedado:

a) o trabalho do(a) CREDENCIADO(A) em locais próprios municipais;

b) não poderá fazer parte do quadro social ou de empregados da CREDENCIADO(A), sob pena de rescisão deste Termo, servidor público, contratado sob qualquer título; ocupante de cargo eletivo ou com registro oficial de candidatura a cargo no Município CREDENCIANTE;

c) a transferência dos direitos e obrigações decorrentes desse Termo

CLÁUSULA QUINTA - da fiscalização

O CREDENCIANTE realizará, subsidiariamente, fiscalização dos serviços decorrentes desse Termo ficará a cargo da Secretaria Municipal da Saúde, que designará servidor para tanto, não excluindo ou restringindo a responsabilidade do(a) CREDENCIADO(A) na prestação do serviço, objeto desse Termo.

CLÁUSULA SEXTA - da rescisão

A rescisão deste Termo poderá se dar numa das seguintes hipóteses:

a) pela ocorrência de seu termo final;

b) por solicitação do(a) CREDENCIADO(A);

c) por acordo entre as partes;

d) unilateral, pelo CREDENCIANTE, após o devido processo legal, no caso de descumprimento de condição estabelecida no edital ou no Termo de Credenciamento.

CLÁUSULA SÉTIMA - da cobertura financeira

Para a cobertura das despesas do presente Contrato, serão utilizados recursos previstos no Orçamento Geral do Município 2024.

CLÁUSULA OITAVA - do foro

Fica eleito o foro da Comarca sede do Município CREDENCIANTE para dirimir as dúvidas oriundas deste Termo, quando não solvidas administrativamente.

E, por estarem justos e acordados, assinam o presente Termo, em três vias de igual teor e forma.

LOTE I

29	Dosagem Glicose	5893	R$ 1,85	R$ 10.902,05

ITEM	NOME DO PROCEDIMENTO	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL

1	Anti HCV	191	R$ 18,55	R$ 3.543,05
2	Antibiograma	191	R$ 4,98	R$ 951,18
3	Cultura de Bactérias para Identificação	191	R$ 5,62	R$ 1.073,42
4	Determinação de Curva Glicêmica (2 dosagens)	191	R$ 3,63	R$ 693,33
5	Determinação de Quantitativo de Proteína C Reativa	380	R$ 9,25	R$ 3.515,00
6	Determinação de Tempo de Coagulação	380	R$ 2,73	R$ 1.037,40
7	Determinação de tempo de Sangramento - DUKE	380	R$ 2,73	R$ 1.037,40
8	Determinação de Tempo e Atividade da Protrombina (TAP)	191	R$ 2,85	R$ 544,35
9	Determinação de Velocidade de Hemossedimentação (VHS)	380	R$ 2,73	R$ 1.037,40
10	Determinação Quantitativo de Proteína C Reativa	380	R$ 9,25	R$ 3.515,00
11	Dosagem de Ácido Úrico	1522	R$ 1,85	R$ 2.815,70
12	Dosagem de Amilase	191	R$ 2,25	R$ 429,75
13	Dosagem de Bilirrubina total e frações	571	R$ 2,01	R$ 1.147,71
14	Dosagem de Colesterol HDL	4752	R$ 3,51	R$ 16.679,52
15	Dosagem de Colesterol LDL	4752	R$ 3,51	R$ 16.679,52
16	Dosagem de Colesterol Total	4752	R$ 1,85	R$ 8.791,20
17	Dosagem de Colesterol VLDL	4752	R$ 3,51	R$ 16.679,52
18	Dosagem de Creatinina	2292	R$ 1,85	R$ 4.240,20
19	Dosagem de Fostatase Alcalina	191	R$ 2,01	R$ 383,91
20	Dosagem de Gonodatrofina Coriônica Humana (HCG e BETA HCG)	571	R$ 7,85	R$ 4.482,35
21	Dosagem de Hemoglobina Glicosada	286	R$ 7,86	R$ 2.247,96
22	Dosagem de Proteína (Urina 24 horas)	286	R$ 2,04	R$ 583,44
23	Dosagem de Proteina C Reativa	380	R$ 2,83	R$ 1.075,40
24	Dosagem de Proteínas Totais	191	R$ 1,40	R$ 267,40
25	Dosagem de Transaminase Glutâmico-oxalacetico (TGO)	761	R$ 2,01	R$ 1.529,61
26	Dosagem de Transaminase Glutâmico-piruvico (TGP)	761	R$ 2,01	R$ 1.529,61
27	Dosagem de Triglicerídeos	4752	R$ 3,51	R$ 16.679,52
28	Dosagem de Uréia	2292	R$ 1,85	R$ 4.240,20
30	EAS – Sumário de Urina	6653	R$ 3,70	R$ 24.616,10
31	Eritrograma (eritrócitos, hemoglobina, hematócrito)	380	R$ 2,73	R$ 1.037,40
32	Gama GT	191	R$ 3,51	R$ 670,41
33	Glicemia Pós Prandial	475	R$ 1,85	R$ 878,75
34	HAV IGG	191	R$ 18,55	R$ 3.543,05
35	HAV IGM	191	R$ 18,55	R$ 3.543,05
36	Hematócrito	380	R$ 1,53	R$ 581,40
37	Hemocultura	191	R$ 11,49	R$ 2.194,59

38	Hemograma Completo	7603	R$ 4,11	R$ 31.248,33
39	Leucograma	381	R$ 2,73	R$ 1.040,13
40	Parasitológico de Fezes	2472	R$ 1,65	R$ 4.078,80
41	Parasitológico de Fezes (3 amostras)	571	R$ 1,65	R$ 942,15
42	Pesquisa de Anticorpos Antiestreptisina O(ASLO)	380	R$ 2,83	R$ 1.075,40
43	Pesquisa de fator RH (inclui D fraco)	761	R$ 1,37	R$ 1.042,57
44	Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes	286	R$ 1,65	R$ 471,90
45	Pesquisa de Trofozoitos nas Fezes	286	R$ 1,65	R$ 471,90
46	Pesquisa do Látex p/ Pesquisa de Fator Reu-matóide	380	R$ 1,85	R$ 703,00
47	Prova do Laço	286	R$ 2,73	R$ 780,78
48	PSA Livre	96	R$ 16,42	R$ 1.576,32
49	PSA Livre Total	96	R$ 16,42	R$ 1.576,32
50	PSA Total	286	R$ 16,42	R$ 4.696,12
51	Teste de VDRL p/ detecção de sífilis	380	R$ 2,83	R$ 1.075,40
52	Teste Indireto de Antiglobulina	191	R$ 2,73	R$ 521,43
53	Teste Rápido Gestante para Detecção do HIVHIR	761	R$ 1,00	R$ 761,00
54	Tipagem Sanguínea – Grupo ABO Fator Rh(Inclui D Fraco)	950	R$ 1,37	R$ 1.301,50
55	VDRL p/ detecção de sífilis em gestante	380	R$ 2,83	R$ 1.075,40
	VALOR TOTAL DO LOTE I			**R$ 219.835,30**

LOTE II

ITEM	NOME DO PROCEDIMENTO	QTD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	COOMBS DIRETO	305	R$ 2,73	R$ 832,65
2	Dosagem de T3 Livre	305	R$ 8,71	R$ 2.656,55
3	Dosagem de T4	305	R$ 11,60	R$ 3.538,00
4	Dosagem de Testosterona	191	R$ 10,43	R$ 1.992,13
5	Dosagem de TSH	305	R$ 8,96	R$ 2.732,80
6	HIV1 e HIV2 ELISA	950	R$ 10,00	R$ 9.500,00
7	Pesquisa de Anticorpos IGG Anticitomegaloví-rus	191	R$ 11,00	R$ 2.101,00
8	Pesquisa de Anticorpos IGG contra Arbovírus(Dengue e Febre Amarela)	950	R$ 30,00	R$ 28.500,00
9	Pesquisa de Anticorpos IGM Anticitomegaloví-rus	191	R$ 11,61	R$ 2.217,51
10	Pesquisa de Anticorpos IGM contra Arbovírus(Dengue e Febre Amarela)	950	R$ 20,00	R$ 19.000,00
11	Toxoplamose (IGM)	191	R$ 18,55	R$ 3.543,05

12	Toxoplasmose (IGG)	191	R$ 16,97	R$ 3.241,27
	VALOR TOTAL LOTE II			R$ 79.854,96

LOTE VII

ITEM	NOME DO PROCEDIMENTO	QTD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	Exame citopatológico servico-vaginal/microflora/rastreameno	9206	R$14,37	R$ 132.290,22
2	Exame citopatológico servico-vaginal/micrflora	6000	R$13,72	R$ 82.320,00
	VALOR TOTAL DO LOTE VII			**R$ 214.610,22**
	VALOR TOTAL			**R$ 514.300,48**

Paulistana-PI, 09 de fevereiro de 2024

Andressa Jordanne Pereira Ramos
Secretaria Municipal de Saúde
CREDENCIANTE

RONALDO ROCHA DE SOUSA
CREDENCIADO