

**CONTRATO Nº 96/2025
INEXIGIBILIDADE Nº 06/2025
PROCESSO Nº 35/2025**

CONTRATANTE: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DA MICRORREGIÃO DE PENAPOLIS - CIMPE, inscrito no CNPJ sob o nº 55.750.301/0001-24, com sede na Avenida Dr. Eduardo de Castilho nº 700, Centro, Penápolis/SP, neste ato representado por seu Secretário Executivo, Sr. Agnaldo Cesar Duarte, portador do RG nº [REDACTED] – SSP/SP e do CPF/MF nº [REDACTED].

CONTRATADO: LABORATÓRIO DOMINGUES CRUZ LTDA, inscrita no CNPJ sob o nº 47.758.743/0001-99, com sede na [REDACTED], Penápolis/SP, neste ato representado por seu sócio proprietário, Sr. Evandro Lemos Domingues, farmacêutico, CRF nº 05813, portador do RG nº [REDACTED] – SSP/SP e do CPF/MF nº [REDACTED].

As partes acima nomeadas e qualificadas têm entre si justas e contratadas o presente Contrato Prestação de Serviços pelo Sistema de Credenciamento, conforme cláusulas que seguem, a reger-se de acordo com a Lei Federal 14.133/21 e mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

1.1 - Constitui objeto do presente contrato a prestação de serviços especializados em realização de exames de análises clínicas patológicas nas áreas de hematologia, bioquímica, urinálise, parasitologia, imunologia e hormonologia, com laboratório sediado na cidade de Alto Alegre/SP, pelo Sistema de Credenciamento de pessoa jurídica, a saber:

LOTE 01 – EXAMES LABORATORIAIS				
Item	Unidade	Especificação	Quantidade e Estimada Anual	Valor Unitário
01	Exame	Análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos na urina (Cód. SIGTAP 02.02.05.001-7)	2280	R\$ 3,70
02	Exame	Antibiograma (Cód. SIGTAP 02.02.08.001-3)	504	R\$ 4,98
03	Exame	Baciloscopia direta para BAAR Tuberculos (controle) (Cód. SIGTAP 02.02.08.006-4)	6	R\$ 4,20
04	Exame	Baciloscopia direta para BAAR Tuberculose (diagnóstica) (Cód. SIGTAP 02.02.08.004-8)	360	R\$ 4,20
05	Exame	Bacterioscopia (GRAM) (Cód. SIGTAP 02.02.08.007-2)	360	R\$ 2,80
06	Exame	Clearance de creatinina (Cód. SIGTAP 02.02.05.002-5)	120	R\$ 3,51
07	Exame	Clearance de uréia (Cód. SIGTAP 02.02.05.004-1)	60	R\$ 3,51

08	Exame	Contagem de plaquetas (Cód. SIGTAP 02.02.02.002-9)	3402	R\$ 2,73
09	Exame	Contagem de reticulócitos (Cód. SIGTAP 02.02.02.003-7)	18	R\$ 2,73
10	Exame	Cultura de bactérias para identificação (Cód. SIGTAP 02.02.08.008-0)	2280	R\$ 5,62
11	Exame	Cultura para identificação de fungos (Cód. SIGTAP 02.02.08.013-7)	360	R\$ 4,19
12	Exame	Cultura sólida para micobactérias (cultura para BAAR) (Cód. SIGTAP 02.02.08.011-0)	360	R\$ 5,63
13	Exame	Determinação de capacidade de fixação do ferro (Cód. SIGTAP 02.02.01.002-3)	54	R\$ 2,01
14	Exame	Determinação de complemento (CH 50) (Cód. SIGTAP 02.02.03.006-7)	12	R\$ 9,25
15	Exame	Determinação de curva glicêmica (2 dosagens) (Cód. SIGTAP 02.02.01.004-0)	36	R\$ 3,63
16	Exame	Determinação de curva glicêmica clássica (5 dosagens) (Cód. SIGTAP 02.02.01.007-4)	360	R\$ 10,00
17	Exame	Determinação de curva glicêmica com indução por cortisona (4 dosagens) (Cód. SIGTAP 02.02.01.006-6)	6	R\$ 3,68
18	Exame	Determinação de curva glicêmica com indução por cortisona (5 dosagens) (Cód. SIGTAP 02.02.01.005-8)	6	R\$ 6,55
19	Exame	Determinação de fator reumatóide (Cód. SIGTAP 02.02.03.007-5)	240	R\$ 2,83
20	Exame	Determinação de tempo de coagulação (Cód. SIGTAP 02.02.02.007-0)	360	R\$ 2,73
21	Exame	Determinação de tempo de sangramento - DUKE (Cód. SIGTAP 02.02.02.009-6)	360	R\$ 2,73
22	Exame	Determinação de tempo de sangramento de Ivy (Cód. SIGTAP 02.02.02.010-0)	6	R\$ 9,00
23	Exame	Determinação de tempo de sobrevivência de hemácias (Cód. SIGTAP 02.02.02.011-8)	12	R\$ 5,79
24	Exame	Determinação de tempo de trombina (Cód. SIGTAP 02.02.02.012-6)	6	R\$ 2,85
25	Exame	Determinação de tempo e atividade da protrombina (TAP) (Cód. SIGTAP 02.02.02.014-2)	276	R\$ 2,73
26	Exame	Determinação de velocidade de hemossedimentação (VHS) (Cód. SIGTAP 02.02.02.015-0)	210	R\$ 2,73
27	Exame	Determinação direta e reversa de grupos ABO (Cód. SIGTAP 02.02.12.002-3)	360	R\$ 1,37
28	Exame	Determinação do tempo de tromboelastina parcial ativada (TPP ATIVADA) (Cód. SIGTAP 02.02.02.013-4)	186	R\$ 5,77
29	Exame	Determinação quantitativa de proteína C reativa (Cód. SIGTAP 02.02.03.008-3)	180	R\$ 9,25
30	Exame	Dosagem de 17 alfa hidroxiprogesterona (Cód. SIGTAP 02.02.06.004-7)	12	R\$ 10,20
31	Exame	Dosagem de 17 hidroxicorticosteroides (Cód. SIGTAP 02.02.06.006-3)	6	R\$ 6,72
32	Exame	Dosagem de 25 hidroxivitamina D (Cód. SIGTAP 02.02.01.076-7)	906	R\$ 15,24
33	Exame	Dosagem de ácido ascórbico (Cód. SIGTAP 02.02.01.011-2)	180	R\$ 2,01
34	Exame	Dosagem de ácido úrico (Cód. SIGTAP 02.02.01.012-0)	1122	R\$ 1,85

35	Exame	Dosagem de ácido valproico (Cód. SIGTAP 02.02.07.005-0)	12	R\$ 15,65
36	Exame	Dosagem de adrenocorticotrófico (ACTH) (Cód. SIGTAP 02.02.06.008-0)	6	R\$ 14,12
37	Exame	Dosagem de aldolase (Cód. SIGTAP 02.02.01.014-7)	6	R\$ 3,68
38	Exame	Dosagem de aldosterona (Cód. SIGTAP 02.02.06.009-8)	6	R\$ 11,89
39	Exame	Dosagem de alfa-1-glicoproteína ácida (Cód. SIGTAP 02.02.01.016-3)	12	R\$ 3,68
40	Exame	Dosagem de alfa-fetoproteína (Cód. SIGTAP 02.02.03.009-1)	12	R\$ 15,06
41	Exame	Dosagem de amilase (Cód. SIGTAP 02.02.01.018-0)	102	R\$ 2,25
42	Exame	Dosagem de androstenediona (Cód. SIGTAP 02.02.06.011-0)	6	R\$ 11,53
43	Exame	Dosagem de anticoagulante circulante (Cód. SIGTAP 02.02.02.016-9)	6	R\$ 4,11
44	Exame	Dosagem de anticorpos antitransglutaminase recombinante humano IGA (Cód. SIGTAP 02.02.03.118-7)	6	R\$ 18,55
45	Exame	Dosagem de antidepressivos tricíclicos (Cód. SIGTAP 02.02.07.011-5)	6	R\$ 10,00
46	Exame	Dosagem de antígeno CA 125 (Cód. SIGTAP 02.02.03.121-7)	18	R\$ 13,35
47	Exame	Dosagem de antígeno prostático específico (PSA) (Cód. SIGTAP 02.02.03.010-5)	1038	R\$ 16,42
48	Exame	Dosagem de antitrombina III (Cód. SIGTAP 02.02.02.017-7)	6	R\$ 6,48
49	Exame	Dosagem de barbituratos (Cód. SIGTAP 02.02.07.012-3)	6	R\$ 13,13
50	Exame	Dosagem de beta-2-microglobulina (Cód. SIGTAP 02.02.03.011-3)	6	R\$ 13,55
51	Exame	Dosagem de bilirrubina total e frações (Cód. SIGTAP 02.02.01.020-1)	246	R\$ 2,01
52	Exame	Dosagem de cálcio (Cód. SIGTAP 02.02.01.021-0)	198	R\$ 1,85
53	Exame	Dosagem de cálcio ionizável (Cód. SIGTAP 02.02.01.022-8)	60	R\$ 3,51
54	Exame	Dosagem de calcitonina (Cód. SIGTAP 02.02.06.012-8)	12	R\$ 14,38
55	Exame	Dosagem de carbamazepina (Cód. SIGTAP 02.02.07.015-8)	6	R\$ 17,53
56	Exame	Dosagem de ceruloplatina (Cód. SIGTAP 02.02.01.025-2)	6	R\$ 3,68
57	Exame	Dosagem de chumbo (Cód. SIGTAP 02.02.07.017-4)	6	R\$ 8,83
58	Exame	Dosagem de citrato (Cód. SIGTAP 02.02.05.008-4)	6	R\$ 2,01
59	Exame	Dosagem de cloreto (Cód. SIGTAP 02.02.01.026-0)	6	R\$ 1,85
60	Exame	Dosagem de cobre (Cód. SIGTAP 02.02.07.019-0)	6	R\$ 3,51
61	Exame	Dosagem de colesterol HDL (Cód. SIGTAP 02.02.01.027-9)	2292	R\$ 3,51
62	Exame	Dosagem de colesterol LDL (Cód. SIGTAP 02.02.01.028-7)	2292	R\$ 3,51
63	Exame	Dosagem de colesterol total (Cód. SIGTAP 02.02.01.029-5)	2448	R\$ 1,85
64	Exame	Dosagem de colinesterase (Cód. SIGTAP 02.02.01.030-9)	6	R\$ 3,68
65	Exame	Dosagem de complemento C3 (Cód. SIGTAP 02.02.03.012-1)	18	R\$ 17,16
66	Exame	Dosagem de complemento C4 (Cód. SIGTAP 02.02.03.013-0)	12	R\$ 17,16
67	Exame	Dosagem de cortisol (Cód. SIGTAP 02.02.06.013-6)	24	R\$ 9,86
68	Exame	Dosagem de creatinina (Cód. SIGTAP 02.02.01.031-7)	2424	R\$ 1,85
69	Exame	Dosagem de creatinofosfoquinase (CPK) (Cód. SIGTAP 02.02.01.032-5)	858	R\$ 3,68
70	Exame	Dosagem de creatinofosfoquinase fração MB (Cód. SIGTAP 02.02.01.033-3)	6	R\$ 4,12
71	Exame	Dosagem de dehidroepiandrosterona (DHEA) (Cód. SIGTAP 02.02.06.014-4)	24	R\$ 11,25
72	Exame	Dosagem de dehidrotestosterona (DHT) (Cód. SIGTAP 02.02.06.015-2)	6	R\$ 11,71

73	Exame	Dosagem de desidrogenase láctica (Cód. SIGTAP 02.02.01.036-8)	36	R\$ 3,68
74	Exame	Dosagem de desidrogenase láctica (Isoenzimas fracionadas) (Cód. SIGTAP 02.02.01.037-6)	6	R\$ 3,68
75	Exame	Dosagem de estradiol (Cód. SIGTAP 02.02.06.016-0)	60	R\$ 10,15
76	Exame	Dosagem de estriol (Cód. SIGTAP 02.02.06.017-9)	12	R\$ 11,55
77	Exame	Dosagem de estrona (Cód. SIGTAP 02.02.06.018-7)	12	R\$ 11,12
78	Exame	Dosagem de fator V (Cód. SIGTAP 02.02.02.020-7)	6	R\$ 4,73
79	Exame	Dosagem de fator VIII (Cód. SIGTAP 02.02.02.022-3)	6	R\$ 6,63
80	Exame	Dosagem de fenitoína (Cód. SIGTAP 02.02.07.022-0)	6	R\$ 35,22
81	Exame	Dosagem de ferritina (Cód. SIGTAP 02.02.01.038-4)	750	R\$ 15,59
82	Exame	Dosagem de ferro sérico (Cód. SIGTAP 02.02.01.039-2)	1122	R\$ 3,51
83	Exame	Dosagem de fibrinogênio (Cód. SIGTAP 02.02.02.029-0)	6	R\$ 4,60
84	Exame	Dosagem de folato (Cód. SIGTAP 02.02.01.040-6)	360	R\$ 15,65
85	Exame	Dosagem de fosfatase ácida total (Cód. SIGTAP 02.02.01.041-4)	12	R\$ 2,01
86	Exame	Dosagem de fosfatase alcalina (Cód. SIGTAP 02.02.01.042-2)	132	R\$ 2,01
87	Exame	Dosagem de fósforo (Cód. SIGTAP 02.02.01.043-0)	60	R\$ 2,01
88	Exame	Dosagem de fração prostática da fosfatase ácida (Cód. SIGTAP 02.02.01.044-9)	12	R\$ 2,01
89	Exame	Dosagem de frutose (Cód. SIGTAP 02.02.09.010-8)	6	R\$ 2,01
90	Exame	Dosagem de gama-glutamyl-transferase (GAMA GT) (Cód. SIGTAP 02.02.01.046-5)	600	R\$ 3,51
91	Exame	Dosagem de glicose (Cód. SIGTAP 02.02.01.047-3)	3000	R\$ 1,85
92	Exame	Dosagem de glicose-6-fosfato desidrogenase (Cód. SIGTAP 02.02.01.048-1)	6	R\$ 3,68
93	Exame	Dosagem de globulina transportadora de tiroxina (Cód. SIGTAP 02.02.06.020-9)	6	R\$ 15,35
94	Exame	Dosagem de gonadotrofina coriônica humana (HCG, BETA HCG) (Cód. SIGTAP 02.02.06.021-7)	600	R\$ 7,85
95	Exame	Dosagem de haptoglobina (Cód. SIGTAP 02.02.01.049-0)	6	R\$ 3,68
96	Exame	Dosagem de hemoglobina (Cód. SIGTAP 02.02.02.030-4)	12	R\$ 1,53
97	Exame	Dosagem de hemoglobina glicosilada (Cód. SIGTAP 02.02.01.050-3)	1908	R\$ 7,86
98	Exame	Dosagem de hormônio do crescimento (HGH) (Cód. SIGTAP 02.02.06.022-5)	12	R\$ 10,21
99	Exame	Dosagem de hormônio folículo-estimulante (FSH) (Cód. SIGTAP 02.02.06.023-3)	138	R\$ 7,89
100	Exame	Dosagem de hormônio luteinizante (LH) (Cód. SIGTAP 02.02.06.024-1)	96	R\$ 8,97
101	Exame	Dosagem de hormônio tireoestimulante (TSH) (Cód. SIGTAP 02.02.06.025-0)	2208	R\$ 8,96
102	Exame	Dosagem de imunoglobulina A (IGA) (Cód. SIGTAP 02.02.03.015-6)	12	R\$ 17,16
103	Exame	Dosagem de imunoglobulina E (IGE) (Cód. SIGTAP 02.02.03.016-4)	1500	R\$ 9,25
104	Exame	Dosagem de imunoglobulina M (IGM) (Cód. SIGTAP 02.02.03.018-0)	6	R\$ 17,16
105	Exame	Dosagem de imunoglobulina G (IGG)	6	R\$ 7,50
106	Exame	Dosagem de insulina (Cód. SIGTAP 02.02.06.026-8)	126	R\$ 10,17

107	Exame	Dosagem de lactato (Cód. SIGTAP 02.02.01.053-8)	6	R\$ 3,68
108	Exame	Dosagem de lipase (Cód. SIGTAP 02.02.01.055-4)	18	R\$ 2,25
109	Exame	Dosagem de lítio (Cód. SIGTAP 02.02.07.025-5)	24	R\$ 2,25
110	Exame	Dosagem de magnésio (Cód. SIGTAP 02.02.01.056-2)	138	R\$ 2,01
111	Exame	Dosagem de microalbumina na urina (Cód. SIGTAP 02.02.05.009-2)	180	R\$ 8,12
112	Exame	Dosagem de muco-proteínas (Cód. SIGTAP 02.02.01.057-0)	18	R\$ 2,01
113	Exame	Dosagem de oxalato (Cód. SIGTAP 02.02.05.010-6)	60	R\$ 3,68
114	Exame	Dosagem de paratormônio (Cód. SIGTAP 02.02.06.027-6)	60	R\$ 43,13
115	Exame	Dosagem de peptídeo C (Cód. SIGTAP 02.02.06.028-4)	48	R\$ 15,35
116	Exame	Dosagem de potássio (Cód. SIGTAP 02.02.01.060-0)	1200	R\$ 1,85
117	Exame	Dosagem de progesterona (Cód. SIGTAP 02.02.06.029-2)	60	R\$ 10,22
118	Exame	Dosagem de prolactina (Cód. SIGTAP 02.02.06.030-6)	102	R\$ 10,15
119	Exame	Dosagem de proteína C funcional (Cód. SIGTAP 02.02.02.055-0)	6	R\$ 75,00
120	Exame	Dosagem de proteína C reativa (Cód. SIGTAP 02.02.03.020-2)	492	R\$ 2,83
121	Exame	Dosagem de proteína S funcional (Cód. SIGTAP 02.02.02.056-8)	6	R\$ 125,00
122	Exame	Dosagem de proteínas (urina de 24 horas) (Cód. SIGTAP 02.02.05.011-4)	162	R\$ 2,04
123	Exame	Dosagem de proteínas totais (Cód. SIGTAP 02.02.01.061-9)	6	R\$ 1,40
124	Exame	Dosagem de proteínas totais e frações (Cód. SIGTAP 02.02.01.062-7)	120	R\$ 1,85
125	Exame	Dosagem de renina (Cód. SIGTAP 02.02.06.031-4)	6	R\$ 13,19
126	Exame	Dosagem de sódio (Cód. SIGTAP 02.02.01.063-5)	1200	R\$ 1,85
127	Exame	Dosagem de somatomedina C (IGF1) (Cód. SIGTAP 02.02.06.032-2)	12	R\$ 15,35
128	Exame	Dosagem de sulfato de hidroepiandrosterona (DHEAS) (Cód. SIGTAP 02.02.06.033-0)	6	R\$ 13,11
129	Exame	Dosagem de testosterona (Cód. SIGTAP 02.02.06.034-9)	144	R\$ 10,43
130	Exame	Dosagem de testosterona livre (Cód. SIGTAP 02.02.06.035-7)	60	R\$ 13,11
131	Exame	Dosagem de tireoglobulina (Cód. SIGTAP 02.02.06.036-5)	60	R\$ 15,35
132	Exame	Dosagem de tiroxina (T4) (Cód. SIGTAP 02.02.06.037-3)	252	R\$ 8,76
133	Exame	Dosagem de tiroxina livre (T4 LIVRE) (Cód. SIGTAP 02.02.06.038-1)	1518	R\$ 11,60
134	Exame	Dosagem de transaminase glutâmico oxalacética (TGO) (Cód. SIGTAP 02.02.01.064-3)	1758	R\$ 2,01
135	Exame	Dosagem de transaminase glutâmico pirúvica (TGP) (Cód. SIGTAP 02.02.01.065-1)	1896	R\$ 2,01
136	Exame	Dosagem de transferrina (Cód. SIGTAP 02.02.01.066-0)	84	R\$ 4,12
137	Exame	Dosagem de triglicerídeos (Cód. SIGTAP 02.02.01.067-8)	2424	R\$ 3,51
138	Exame	Dosagem de triiodotironina (T3) (Cód. SIGTAP 02.02.06.039-0)	198	R\$ 8,71
139	Exame	Dosagem de triptofano (Cód. SIGTAP 02.02.01.068-6)	6	R\$ 3,51
140	Exame	Dosagem de troponina (Cód. SIGTAP 02.02.03.120-9)	6	R\$ 9,00
141	Exame	Dosagem de uréia (Cód. SIGTAP 02.02.01.069-4)	1602	R\$ 1,85
142	Exame	Dosagem de vitamina B12 (Cód. SIGTAP 02.02.01.070-8)	1500	R\$ 15,24
143	Exame	Dosagem de zinco (Cód. SIGTAP 02.02.07.035-2)	84	R\$ 15,65
144	Exame	Eletroforese de hemoglobina (Cód. SIGTAP 02.02.02.035-5)	72	R\$ 5,41
145	Exame	Eletroforese de lipoproteínas (Cód. SIGTAP 02.02.01.071-6)	6	R\$ 3,68

146	Exame	Eletrforese de proteínas (Cód. SIGTAP 02.02.01.072-4)	24	R\$ 4,42
147	Exame	Eletrforese de proteínas com concentração no liquor (Cód. SIGTAP 02.02.09.015-9)	6	R\$ 5,23
148	Exame	Eritrograma (eritrócitos, hemoglobina, hematócrito) (Cód. SIGTAP 02.02.02.036-3)	6	R\$ 2,73
149	Exame	Exame parasitológico direto para Leishmania chagasi (leishmaniose visceral humana)	6	R\$ 25,24
150	Exame	Hemograma completo (Cód. SIGTAP 02.02.02.038-0)	3732	R\$ 4,11
151	Exame	Pesquisa de aminoácidos na urina (Cód. SIGTAP 02.02.05.016-5)	6	R\$ 3,70
152	Exame	Pesquisa de anticoagulante lúpico (Cód. SIGTAP 02.02.02.057-6)	6	R\$ 110,00
153	Exame	Pesquisa de anticorpo IGG anticardiolipina (Cód. SIGTAP 02.02.03.025-3)	12	R\$ 10,00
154	Exame	Pesquisa de anticorpo IGM anticardiolipina (Cód. SIGTAP 02.02.03.026-1)	12	R\$ 10,00
155	Exame	Pesquisa de anticorpos antibrucelas (Cód. SIGTAP 02.02.03.040-7)	60	R\$ 3,70
156	Exame	Pesquisa de anticorpos anti-DNA (Cód. SIGTAP 02.02.03.027-0)	30	R\$ 8,67
157	Exame	Pesquisa de anticorpos antiescleroderma (SCL 70) (Cód. SIGTAP 02.02.03.045-8)	18	R\$ 10,00
158	Exame	Pesquisa de anticorpos antiespermatozoides (ELISA) (Cód. SIGTAP 02.02.09.021-3)	60	R\$ 9,70
159	Exame	Pesquisa de anticorpos antiestreptolisina O (ASLO) (Cód. SIGTAP 02.02.03.047-4)	60	R\$ 2,83
160	Exame	Pesquisa de anticorpos anti-HIV 1 (WESTERN-BLOT) (Cód. SIGTAP 02.02.03.029-6)	42	R\$ 85,00
161	Exame	Pesquisa de anticorpos anti-HIV1+HIV2 (ELISA) (Cód. SIGTAP 02.02.03.030-0)	234	R\$ 10,00
162	Exame	Pesquisa de anticorpos anti-HTLV1+HTLV2 (Cód. SIGTAP 02.02.03.031-8)	6	R\$ 18,55
163	Exame	Pesquisa de anticorpos antiilhota de langerhans (Cód. SIGTAP 02.02.03.051-2)	6	R\$ 10,00
164	Exame	Pesquisa de anticorpos antiinsulina (Cód. SIGTAP 02.02.03.052-0)	6	R\$ 17,16
165	Exame	Pesquisa de anticorpos antimicrosomas (Cód. SIGTAP 02.02.03.055-5)	78	R\$ 17,16
166	Exame	Pesquisa de anticorpos antimitocondria (Cód. SIGTAP 02.02.03.056-3)	6	R\$ 17,16
167	Exame	Pesquisa de anticorpos antimusculo liso (Cód. SIGTAP 02.02.03.058-0)	6	R\$ 17,16
168	Exame	Pesquisa de anticorpos antinúcleo (Cód. SIGTAP 02.02.03.059-8)	138	R\$ 17,16
169	Exame	Pesquisa de anticorpos anti-ribonucleoproteína (RNP) (Cód. SIGTAP 02.02.03.032-6)	18	R\$ 17,16
170	Exame	Pesquisa de anticorpos anti-SM (Cód. SIGTAP 02.02.03.034-2)	18	R\$ 17,16
171	Exame	Pesquisa de anticorpos anti-SS-A (RO) (Cód. SIGTAP 02.02.03.035-0)	18	R\$ 18,55
172	Exame	Pesquisa de anticorpos anti-SS-B (LA) (Cód. SIGTAP	18	R\$ 18,55

		02.02.03.036-9)		
173	Exame	Pesquisa de anticorpos antitireoglobulina (Cód. SIGTAP 02.02.03.062-8)	42	R\$ 17,16
174	Exame	Pesquisa de anticorpos contra antígeno de superfície do vírus da hepatite B (ANTI-HBS) (Cód. SIGTAP 02.02.03.063-6)	42	R\$ 18,55
175	Exame	Pesquisa de anticorpos contra antígeno e do vírus da hepatite B (ANTI HBE) (Cód. SIGTAP 02.02.03.064-4)	6	R\$ 18,55
176	Exame	Pesquisa de anticorpos contra o vírus da hepatite C (ANTI-HCV) (Cód. SIGTAP 02.02.03.067-9)	204	R\$ 18,55
177	Exame	Pesquisa de anticorpos contra o vírus da hepatite D (ANTI-HDV) (Cód. SIGTAP 02.02.03.068-7)	6	R\$ 18,55
178	Exame	Pesquisa de anticorpos heterófilos contra o vírus epstein-barr (Cód. SIGTAP 02.02.03.073-3)	6	R\$ 2,83
179	Exame	Pesquisa de anticorpos IGG anticitomegalovirus (Cód. SIGTAP 02.02.03.074-1)	162	R\$ 11,00
180	Exame	Pesquisa de anticorpos IGG antileishmanias (Cód. SIGTAP 02.02.03.075-0)	6	R\$ 9,25
181	Exame	Pesquisa de anticorpos IGG antitoxoplasma (Cód. SIGTAP 02.02.03.076-8)	210	R\$ 16,97
182	Exame	Pesquisa de anticorpos IGG antitrypanosoma cruzi (Cód. SIGTAP 02.02.03.077-6)	6	R\$ 9,25
183	Exame	Pesquisa de anticorpos IGG contra o vírus da hepatite A (HAV-IGG) (Cód. SIGTAP 02.02.03.080-6)	6	R\$ 18,55
184	Exame	Pesquisa de anticorpos IGG contra o vírus da rubéola (Cód. SIGTAP 02.02.03.081-4)	162	R\$ 17,16
185	Exame	Pesquisa de anticorpos IGG contra o vírus da varicela-herpes zoster (Cód. SIGTAP 02.02.03.082-2)	6	R\$ 17,16
186	Exame	Pesquisa de anticorpos IGG contra o vírus EPSTEIN BARR (Cód. SIGTAP 02.02.03.083-0)	60	R\$ 17,16
187	Exame	Pesquisa de anticorpos IGG contra o vírus herpes simples (Cód. SIGTAP 02.02.03.084-9)	6	R\$ 17,16
188	Exame	Pesquisa de anticorpos IGG e IGM contra antígeno central do vírus da hepatite B (ANTI-HBC-TOTAL) (Cód. SIGTAP 02.02.03.078-4)	12	R\$ 18,55
189	Exame	Pesquisa de anticorpos IGM anticitomegalovirus (Cód. SIGTAP 02.02.03.085-7)	162	R\$ 11,61
190	Exame	Pesquisa de anticorpos IGM antileishmanias (Cód. SIGTAP 02.02.03.086-5)	6	R\$ 10,00
191	Exame	Pesquisa de anticorpos IGM antitoxoplasma (Cód. SIGTAP 02.02.03.087-3)	210	R\$ 18,55
192	Exame	Pesquisa de anticorpos IGM antitrypanosoma cruzi (Cód. SIGTAP 02.02.03.088-1)	6	R\$ 9,25
193	Exame	Pesquisa de anticorpos IGM contra antígeno central do vírus da hepatite B (ANTI-HBC-IGM) (Cód. SIGTAP 02.02.03.089-0)	18	R\$ 18,55
194	Exame	Pesquisa de anticorpos IGM contra o vírus da hepatite A (HAV-IGM) (Cód. SIGTAP 02.02.03.091-1)	6	R\$ 18,55
195	Exame	Pesquisa de anticorpos IGM contra o vírus da rubéola (Cód. SIGTAP 02.02.03.092-0)	162	R\$ 17,16
196	Exame	Pesquisa de anticorpos IGM contra o vírus da varicela-herpes zoster (Cód. SIGTAP 02.02.03.093-8)	6	R\$ 17,16

197	Exame	Pesquisa de anticorpos IGM contra o vírus EPSTEIN BARR (Cód. SIGTAP 02.02.03.094-6)	60	R\$ 17,16
198	Exame	Pesquisa de anticorpos IGM contra o vírus herpes simples (Cód. SIGTAP 02.02.03.095-4)	6	R\$ 17,16
199	Exame	Pesquisa de antígeno carcinoembrionário (CEA) (Cód. SIGTAP 02.02.03.096-2)	24	R\$ 13,35
200	Exame	Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBSAG) (Cód. SIGTAP 02.02.03.097-0)	228	R\$ 18,55
201	Exame	Pesquisa de antígeno e do vírus da hepatite B (HBEAG) (Cód. SIGTAP 02.02.03.098-9)	12	R\$ 18,55
202	Exame	Pesquisa de células L.E. (Cód. SIGTAP 02.02.02.041-0)	6	R\$ 4,11
203	Exame	Pesquisa de enterobius vermicularis (oxiurus oxiura) swab anal (Cód. SIGTAP 02.02.04.005-4)	60	R\$ 1,65
204	Exame	Pesquisa de espermatozoides (após vasectomia) (Cód. SIGTAP 02.02.09.026-4)	30	R\$ 4,80
205	Exame	Pesquisa de estreptococos beta-hemolíticos do grupo A (Cód. SIGTAP 02.02.08.019-6)	18	R\$ 4,33
206	Exame	Pesquisa de fator reumatoide (WAALER-ROSE) (Cód. SIGTAP 02.02.03.101- 2)	24	R\$ 4,10
207	Exame	Pesquisa de fator RH (inclui D fraco) (Cód. SIGTAP 02.02.12.008-2)	138	R\$ 1,37
208	Exame	Pesquisa de hemoglobina S (Cód. SIGTAP 02.02.02.044-4)	6	R\$ 2,73
209	Exame	Pesquisa de homocistina da urina (Cód. SIGTAP 02.02.05.026-2)	18	R\$ 2,04
210	Exame	Pesquisa de imunoglobulina E (IGE) alergeno-específica (Cód. SIGTAP 02.02.03.103-9)	1002	R\$ 9,25
211	Exame	Pesquisa de larvas nas fezes (Cód. SIGTAP 02.02.04.008-9)	6	R\$ 1,65
212	Exame	Pesquisa de leucócitos nas fezes (Cód. SIGTAP 02.02.04.009-7)	6	R\$ 1,65
213	Exame	Pesquisa de ovos de schistosomas (em fragmento de mucosa) (Cód. SIGTAP 02.02.04.011-9)	6	R\$ 1,65
214	Exame	Pesquisa de ovos e cistos de parasitas (Cód. SIGTAP 02.02.04.012-7)	600	R\$ 1,65
215	Exame	Pesquisa de sangue oculto nas fezes (Cód. SIGTAP 02.02.04.014-3)	78	R\$ 1,65
216	Exame	Pesquisa de tripanossoma (Cód. SIGTAP 02.02.02.046-0)	12	R\$ 2,73
217	Exame	Pesquisa de trofozoitas nas fezes (Cód. SIGTAP 02.02.04.017-8)	6	R\$ 1,65
218	Exame	Pesquisa de trypanosoma cruzi (por imunofluorescência) (Cód. SIGTAP 02.02.03.104-7)	6	R\$ 10,00
219	Exame	Prova de consumo de protrombina (Cód. SIGTAP 02.02.02.048-7)	6	R\$ 4,11
220	Exame	Prova de diluição (urina) (Cód. SIGTAP 02.02.05.032-7)	6	R\$ 2,04
221	Exame	Prova de retração do coagulo (Cód. SIGTAP 02.02.02.049.5)	120	R\$ 2,73
222	Exame	Prova do laço (Cód. SIGTAP 02.02.02.050.9)	120	R\$ 2,73
223	Exame	Prova do látex para pesquisa do fator reumatóide (Cód. SIGTAP 02.02.09.030-2)	30	R\$ 1,89
224	Exame	Teste direto de antiglobulina humana (TAD) (Cód. SIGTAP 02.02.02.054-1)	6	R\$ 2,73
225	Exame	Teste FTA-ABS IGG para diagnóstico de sífilis (Cód. SIGTAP 02.02.03.112.8)	162	R\$ 10,00

226	Exame	Teste FTA-ABS IGM para diagnóstico de sífilis (Cód. SIGTAP 02.02.03.113-6)	162	R\$ 10,00
227	Exame	Teste indireto de antiglobulina humana (TIA) (Cód. SIGTAP 02.02.12.009-0)	36	R\$ 2,73
228	Exame	Teste não treponemico para detecção de sífilis (Cód. SIGTAP 02.02.03.111-0)	216	R\$ 2,83
229	Exame	Teste não treponemico para detecção de sífilis em gestante (Cód. SIGTAP 02.02.03.117-9)	162	R\$ 2,83
230	Exame	Teste treponemico para detecção de sífilis (Cód. SIGTAP 02.02.03.109-8)	36	R\$ 4,10
231	Exame	Pesquisa de anticorpos IGM contra arbovírus (Cód. SIGTAP 02.02.03.090-3)	12	R\$ 20,00
232	Exame	Pesquisa de anticorpos IGG contra arbovírus (Cód. SIGTAP 02.02.03.079-2)	12	R\$ 30,00
233	Exame	Determinação de sulfo-hemoglobina (Cód. SIGTAP 02.02.02.006-1)	6	R\$ 2,73
234	Exame	Dosagem de hemoglobina fetal (Cód. SIGTAP 02.02.02.032-0)	6	R\$ 2,73
235	Exame	Exame coprológico funcional (Cód. SIGTAP 02.02.04.003-8)	30	R\$ 3,04
236	Exame	Exame microbiológico a fresco (direto) (Cód. SIGTAP 02.02.08.014-5)	6	R\$ 2,80
237	Exame	Imunofenotipagem de hemopatias malignas (por marcador) (Cód. SIGTAP 02.02.03.023-7)	6	R\$ 80,00
238	Exame	Pesquisa de anticorpos EIE anticlamidia (Cód. SIGTAP 02.02.03.072-5)	6	R\$ 17,16
239	Exame	Pesquisa de frutose na urina (Cód. SIGTAP 02.02.05.023-8)	6	R\$ 2,04
240	Exame	Pesquisa de rotavírus nas fezes (Cód. SIGTAP 02.02.04.013-5)	18	R\$ 10,25
241	Exame	Pesquisa de substâncias redutoras nas fezes (Cód. SIGTAP 02.02.04.015-1)	6	R\$ 1,65
242	Exame	Rastreio para deficiência de enzimas eritrocitárias (Cód. SIGTAP 02.02.02.051-7)	6	R\$ 2,73
243	Exame	Identificação do vírus da hepatite B por PCR (quantitativo)	6	R\$ 107,07
244	Exame	Genotipagem do vírus da hepatite C (HCV)	6	R\$ 170,23
245	Exame	Tipificação do alelo HLA-B	42	R\$ 80,97
246	Exame	Fator reumatóide quantitativo	210	R\$ 3,00
247	Exame	Anticorpos anti-centrômero	6	R\$ 10,50
248	Exame	Vitamina B6	6	R\$ 40,14
249	Exame	Peptídeo natriurético cerebral (BNP)	6	R\$ 60,57
250	Exame	Anticorpos anti 21 - hidroxilase alfa	6	R\$ 230,41
251	Exame	Brucelose IGM, anticorpos	30	R\$ 18,43
252	Exame	Brucelose IGG, anticorpos	30	R\$ 18,43
253	Exame	Fósforo urina de 24 horas	30	R\$ 5,15
254	Exame	Ácido úrico urina de 24 horas	30	R\$ 3,92
255	Exame	Citrato urina de 24 horas	30	R\$ 7,89
256	Exame	Cálcio urina de 24 horas	30	R\$ 3,77
257	Exame	Pesquisa de HLA B27	90	R\$ 23,44
258	Exame	Teste tuberculínico (PPD)	60	R\$ 42,24
259	Exame	Anticorpos anti raiva	6	R\$ 93,52
260	Exame	Gasometria venosa	6	R\$ 24,31
261	Exame	T3 - Triiodotironina livre	6	R\$ 3,09
262	Exame	Oxalato (ácido oxálico) urina de 24 horas	30	R\$ 7,47

263	Exame	Coprocultura	6	R\$ 8,12
264	Exame	Hormônio anti-mulleriano	6	R\$ 108,19
265	Exame	CA 72-4	6	R\$ 13,06
266	Exame	CA 15-3	6	R\$ 7,83
267	Exame	Anti CCP	24	R\$ 22,29
268	Exame	TRAB - Anaticorpo anti-receptor do TSH	6	R\$ 15,80
269	Exame	Dosagem de albumina sérica	60	R\$ 3,02
270	Exame	Hormônio antidiurético - ADH	12	R\$ 40,54
271	Exame	Bacilos de Hansen (Lamina de MH)	30	R\$ 29,98
272	Exame	CA 19-9	24	R\$ 11,48
273	Exame	Dosagem de eritropoetina	18	R\$ 23,83
274	Exame	BHCG quantitativo	12	R\$ 9,56
275	Exame	IGE (F2) leite	60	R\$ 13,31
276	Exame	Falcização de hemácias	60	R\$ 3,41
277	Exame	Homocisteína	6	R\$ 7,55
278	Exame	Índice de Homa	6	R\$ 11,40
279	Exame	Metanefrina	6	R\$ 37,64
280	Exame	NS1 dengue	180	R\$ 16,66
281	Exame	Frutosamina	6	R\$ 4,59
282	Exame	Rast para clara de ovo	60	R\$ 9,20
283	Exame	Rast para corante amarelo	60	R\$ 17,47
284	Exame	Rast para corante vermelho	60	R\$ 10,14
285	Exame	Rast para lactose	60	R\$ 14,54
286	Exame	Rast para leite de vaca	60	R\$ 9,97
287	Exame	Rast para ovo	60	R\$ 10,81
288	Exame	Reação de Hemaglutinação (TPHA) p/ diagnóstico da Sífilis	6	R\$ 23,02
289	Exame	Saturação Transferrina	12	R\$ 6,15
290	Exame	Selênio	6	R\$ 11,07
291	Exame	SHBG	12	R\$ 7,35
292	Exame	Teste de avidéz de toxoplasmose	18	R\$ 20,10
293	Exame	Vitamina A	6	R\$ 17,46
294	Exame	Vitamina E	6	R\$ 21,96
295	Exame	VLDL	78	R\$ 4,27
296	Exame	Ácido láctico	6	R\$ 8,48
297	Exame	Estreptococo Grupo B ou GBS	162	R\$ 17,91
TOTAL GLOBAL DO LOTE: R\$ 398.281,74				

1.2 - É parte integrante deste Contrato o Edital de Credenciamento - Processo nº 35/2025 - Inexigibilidade nº 06/2025 e seus anexos.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1 - A guia e autorização para a realização dos serviços constantes do presente credenciamento será expedida pelo Departamento Municipal de Saúde de Alto Alegre/SP, que estipulará os exames a serem realizados e a relação com os nomes dos usuários acompanhados de autorização específica para o procedimento.

2.2 - O contratado será obrigado a atender todos os pedidos efetuados durante a vigência do contrato, exceto quando se manifestar com antecedência de 30 dias pela suspensão do credenciamento.

2.3 - O contratado não poderá cobrar do usuário, ou seu responsável, qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados.

2.4 - Todos os recursos humanos, despesas de seguros, transporte, tributos, encargos trabalhistas e previdenciários decorrentes da execução do objeto do contrato e necessários para a realização dos serviços serão de responsabilidade do contratado.

2.5 - Os quantitativos descritos na Tabela da Cláusula Primeira 1.1 poderão sofrer acréscimos ou supressões a critério da Administração, observada a limitação legal. As quantidades previstas na Cláusula Primeira 1.1 são estimativas, não obrigando o Contratante a efetuar a contratação da totalidade estimada para cada categoria.

2.6 - O Contratado deverá conferir e realizar as normas administrativas e técnicas necessárias para realização dos procedimentos, que serão informadas pelo responsável indicado pelo Gestor Municipal de Saúde do município de Alto Alegre/SP.

CLÁUSULA TERCEIRA - DO LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

3.1 - O Contratado deverá manter espaço físico adequado às Normas da Vigilância Sanitária e Corpo de Bombeiros, possuir ou ter sob sua locação, equipamentos adequados e legalizados para a realização dos exames contratados, realizando as suas custas as manutenções preventivas e/ou corretivas se necessário.

3.2 – Os serviços objeto do presente Contrato, conforme descritos no Edital, deverão ser prestados em estabelecimento próprio ou alugado do contratado, localizado na Avenida Dr. Acir Alves Leite nº 456, Bairro Centro, na cidade de Alto Alegre/SP, com horário de funcionamento de segunda a sexta-feira das 07 (sete) horas às 17 (dezessete) horas, com as Licenças expedidas pela Vigilância Sanitária e o certificado de licenciamento do Corpo de Bombeiros em datas vigentes.

CLÁUSULA QUARTA - OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO

4.1 - Atender aos usuários encaminhados pelo Departamento Municipal de Saúde de Alto Alegre/SP.

4.2 – O Contratado deverá apresentar mensalmente a planilha de exames realizados, contendo os dados do paciente, valores e tipos de exames, a assinatura do paciente e

a guia do pedido médico, até o quinto dia útil do mês posterior a realização do procedimento, para a conferência da produção apresentada pelo Departamento de Saúde de Alto Alegre/SP. Após, o Departamento informará o quantitativo de procedimentos efetivamente realizados no período compreendido entre o dia 01 ao último dia do mês da prestação dos serviços. O Credenciado deverá emitir Nota Fiscal de Prestação de Serviço na razão social da Contratante e no corpo da Nota Fiscal especificar o tipo de serviço que foi realizado, com a quantidade e valor, qual município e mês de referência da prestação do serviço.

4.3 – O Contratado deverá emitir a nota fiscal até o 10º (décimo) dia útil do mês imediatamente subsequente à prestação, para que o CIMPE inclua a despesa na fatura do Município Consorciado.

4.4 - Na execução das atividades do objeto deste Termo de Credenciamento, assegurar a todos os usuários padrões técnicos de conforto material, de horários, de segurança, de qualidade e eficiência no atendimento.

4.5 - Não delegar ou transferir no todo ou em parte os serviços objeto do Contrato de Credenciamento.

4.6 - Apresentar sempre que solicitado pela Administração, documentação necessária para a manutenção do credenciamento.

4.7 - Cumprir com o devido zelo e sob as penas legais, os compromissos assumidos pelo Contrato de Credenciamento.

4.8 - Assumir a responsabilidade técnica e profissional pelos serviços executados.

4.9 - Garantir a confiabilidade dos dados com o compromisso de não divulgar, sob nenhuma forma, os dados e arquivos referentes à unidade de saúde e aos usuários do SUS que vierem a ter acesso.

4.10 - Esclarecer aos usuários sobre os seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

4.11 - Justificar ao Gestor Municipal de Saúde de Alto Alegre/SP e ao Secretário Executivo do CIMPE por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional necessário à execução dos procedimentos previstos neste credenciamento.

4.12 - Facilitar ao Gestor Municipal de Saúde de Alto Alegre/SP o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestar todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores designados para tal fim.

4.13 - Comunicar ao Departamento Municipal de Saúde de Alto Alegre/SP e ao CIMPE, imediatamente, a ocorrência da falta ou interrupção dos serviços, independente do motivo.

4.14 - Utilizar somente mão de obra especializada na execução dos serviços, responsabilizando-se integralmente pela qualidade dos mesmos. Responsabilizar-se também por despesas de responsabilidade técnica necessárias aos procedimentos.

4.15 - Atender os usuários com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, sem diferenciação no atendimento, mantendo sempre a qualidade na prestação dos seus serviços.

4.16 - Manter-se, durante toda a execução do Contrato Prestação de Serviços pelo Sistema de Credenciamento, em compatibilidade com todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no credenciamento. O CIMPE se reserva o direito de, a qualquer momento, solicitar a atualização dos documentos relativos à habilitação/qualificação para o credenciamento.

4.17 - Responsabilizar-se por eventuais danos causados ao CIMPE, ao município ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do Contrato de Credenciamento.

4.18 - Responsabilizar-se pelo pagamento de salário/ remuneração do pessoal porventura empregado, encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, responsabilidade por indenizações devidas a terceiros, seguro de pessoas e bens, bem como assumir as suas despesas de deslocamentos, hospedagem e alimentação enquanto persistir responsabilidades perante o Contrato de Credenciamento. Deverá comprovar, para fins de recebimento dos serviços prestados, a quitação de suas obrigações conforme especificado nos itens 7.3 e 7.4 desse Contrato.

4.19 - O Contratado deverá manter registros contábeis específicos para fins de acompanhamento e avaliação dos recursos obtidos com o Credenciamento, para fins de fiscalização.

4.20 - Manter sempre atualizado e assegurar ao usuário informações sobre seu cadastro/ prontuário mediante solicitação por escrito do próprio paciente ou representante legal.

4.21 - Não será permitida a utilização de estagiários pelo Contratado nas dependências do local de realização dos procedimentos, ou seja, onde serão prestados os atendimentos junto aos usuários encaminhados.

4.22 - Na execução do objeto deste Credenciamento, o Contratado será responsável pela equipe de profissionais envolvidos nos serviços, a qual deverá ser composta por profissionais devidamente habilitados, qualificados e em conformidade com as normas e procedimentos técnicos aplicáveis, visando garantir a qualidade e segurança no atendimento aos pacientes. A equipe mínima a ser utilizada será composta de um atendente, dois técnicos para coleta e um profissional responsável na área técnica (bioquímica, farmácia, análises clínicas, entre outras relacionadas).

4.23 - O Contratado deverá emitir os resultados dos exames em uma via devidamente carimbada e assinada pelo técnico responsável no prazo máximo de 03 (três) dias úteis para os exames considerados “bioquímicos” e 10 (dez) dias para os exames considerados “hormônios”, contados a partir da coleta do material a ser examinado, e ainda deverá colocar à disposição via Portador, correio eletrônico ou site os resultados dos exames dos materiais coletados.

CLÁUSULA QUINTA - OBRIGAÇÃO DO CONTRATANTE

5.1 - O contratante, através do Sr. Sérgio Cherubin, portador do CPF sob o nº 113.090.358-30, Gestor Municipal de Saúde de Alto Alegre/SP, acompanhará e fiscalizará os serviços, anotando em registro próprio todas as ocorrências relacionadas com a execução e determinando o que for necessário à regularização de falhas ou defeitos observados.

5.2 - Observar para que durante a execução do objeto sejam cumpridas as obrigações assumidas pelo Contratado, bem como sejam mantidas todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no credenciamento.

5.3 - Atender as solicitações e esclarecimentos todas as vezes que for requerido pelo ente consorciado, credenciados e demais interessados, sempre justificando sua pertinência, ressalvadas hipóteses de sigilo que o caso assim determinar cabendo a Secretaria Executiva a análise dos fatos e fundamentos que ensejaram o pedido.

5.4 - A Gestão deste contrato será realizada pelo Sr. Agnaldo Cesar Duarte, portador do CPF sob o nº 061.707.018-03, Secretário Executivo do CIMPE.

CLÁUSULA SEXTA - DO PREÇO

6.1 - A remuneração que fará jus o Contratado, em decorrência dos serviços que efetivamente venha a prestar, corresponderá aos valores previamente fixados e que constam do Anexo I do Edital e Cláusula Primeira 1.1 do presente contrato.

6.2 - No preço está incluso todos os custos diretos ou indiretos, os encargos necessários à execução do objeto, encargos trabalhistas, transporte, seguros em geral, taxas, impostos, tarifas e outras quaisquer despesas que se fizerem necessária à boa execução do objeto deste contrato.

6.3 - Sobre o valor devido ao Contratado, a Administração do CIMPE efetuará a retenção do Imposto de Renda Retido na Fonte e demais contribuições devidas.

6.4 - Quanto ao Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN), será observado o disposto na Lei Complementar nº 116/2003, e legislação municipal aplicável.

6.5 - O Contratado regularmente optante pelo Simples Nacional, nos termos da Lei Complementar nº 123/2006, não sofrerá a retenção tributária quanto aos impostos e contribuições abrangidos por aquele regime.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO PAGAMENTO

7.1 - Os pagamentos serão realizados pela Tesouraria do CIMPE mediante crédito bancário em conta do Contratado e serão efetuados mensalmente, conforme os valores especificados na Cláusula Primeira, no prazo de até 30 (trinta) dias contados do recebimento da nota fiscal de prestação de serviços, de acordo com a quantidade de procedimentos efetivamente realizados.

7.2 - O Credenciado deverá apresentar mensalmente a planilha de exames realizados, contendo os dados do paciente, valores e tipos de exames, a assinatura do paciente e a guia do pedido médico, até o quinto dia útil do mês posterior a realização do procedimento, para a conferência da produção apresentada pelo Departamento de Saúde de Alto Alegre/SP. Após, o Departamento informará o quantitativo de procedimentos efetivamente realizados no período compreendido entre o dia 01 ao último dia do mês da prestação dos serviços. O Credenciado deverá emitir Nota Fiscal de Prestação de Serviço na razão social da Contratante e no corpo da Nota Fiscal especificar o tipo de serviço que foi realizado, com a quantidade e valor, qual município e mês de referência da prestação do serviço.

7.3 – O Credenciado deverá apresentar os seguintes documentos/ comprovantes, junto a nota fiscal de prestação de serviços:

7.3.1 – Guia GPS para pagamento de contribuições previdenciárias (INSS), junto ao seu comprovante de pagamento, do mês de prestação dos serviços;

7.3.2 – Guia para Recolhimento do FGTS, junto ao seu comprovante de pagamento, do mês de prestação dos serviços;

7.3.3 – Holerite dos funcionários, junto ao seu comprovante de depósito ou se recebido em espécie, assinado pelo funcionário, do mês de prestação dos serviços.

7.4 – A pendência de qualquer documento/ comprovante especificado no item acima, acarretará atraso ao pagamento dos serviços até a sua devida regularização, não devendo, sob hipótese alguma, haver cobrança de compensação financeira ou alteração dos valores do serviço.

7.5 - A Administração não se responsabilizará pelo pagamento de serviços prestados de forma diversa ao estabelecido neste instrumento.

CLÁUSULA OITAVA - DO REAJUSTE

8.1 – A Administração do CIMPE poderá apresentar nova proposta de valores praticados a cada período de 12 (doze) meses, contados a partir da data de homologação do Edital, para o primeiro reajuste, e da data de início de vigência do reajuste anterior, nos reajustes subsequentes, em estrita observância às regras abaixo:

8.1.1 - Os valores constantes do Anexo I do Edital e Cláusula Primeira 1.1 do contrato poderão ser reajustados de acordo com as determinações da Câmara Técnica do CIMPE;

8.1.2 - Caso o fator de atualização citado no subitem acima seja extinto, passará a vigorar aquele que for determinado pelo CIMPE em sua substituição.

8.1.3 - Os valores eventualmente reajustados entrarão em vigor no dia imediatamente posterior ao transcurso de 12 meses da publicação da proposta prévia de valores praticados por parte da Administração, independentemente da data de publicação da nova proposta, e serão aplicáveis a todos os contratos em vigor, inclusive aos novos contratos.

8.2 - Os valores poderão ser revisados desde que ocorrido fato imprevisível que acarrete desequilíbrio da relação econômico-financeiro original do contrato, devidamente comprovada, nos termos do art. 124 da Lei 14.133/21, mediante requerimento a ser formalizado pela Credenciada.

8.3 - Os valores de referência poderão, ainda, sofrer alteração, para eventual adequação da remuneração dos serviços objeto do presente contrato ao preço praticado em mercado. Em tal hipótese, a majoração ou redução dos valores deverá ser precedida de aprovação da Secretaria Executiva.

CLÁUSULA NONA - DA RESCISÃO/DESCREDENCIAMENTO

9.1 - O Contratado poderá ter seu contrato rescindido nas seguintes hipóteses cometidas:

9.1.1 - A não realização das ações e serviços de saúde contratados conforme estipulado no Edital e seus anexos;

9.1.2 - A cobrança de quaisquer serviços, direta ou indiretamente, do usuário ou seu acompanhante;

9.1.3 - A substituição da equipe que efetivamente realizará os procedimentos, sem antes comunicar à Contratante e enviar os documentos de formação do profissional que passará a integrar a equipe;

9.1.4 - A mudança de capacidade operativa do estabelecimento de saúde ou a paralisação da prestação do serviço, sem justa causa e prévia comunicação ao Gestor Municipal de Saúde de Alto Alegre/SP e ao CIMPE ou outras condutas caracterizadoras de inexecução contratual.

9.2 - Pela inexecução total ou parcial do Contrato Prestação de Serviços pelo Sistema de Credenciamento o CIMPE poderá, garantida prévia defesa, além da rescisão, aplicar à Contratada as seguintes sanções previstas no art. 156 da Lei Federal nº 14.133/21:

a) Advertência;

b) Multa;

c) Impedimento de licitar e contratar;

d) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública.

9.3 - Poderá ser aplicada multa indenizatória de 10% sobre o valor total contratado, quando a Credenciada:

a) Prestar informações inexatas ou causar embaraços à fiscalização e/ou controle dos serviços;

b) Transferir ou ceder suas obrigações, no todo ou em parte, a terceiros;

c) Executar os serviços em desacordo com as normas técnicas ou especificações, independente da obrigação de fazer as correções necessárias às suas expensas;

- d) Cometer qualquer infração às normas legais federais, estaduais e municipais;
- e) Não iniciar, sem justa causa, a execução do Contrato Prestação de Serviços pelo Sistema de Credenciamento no prazo fixado;
- f) Não executar, sem justa causa, a totalidade ou parte do objeto contratado;
- g) Praticar por ação ou omissão, qualquer ato que, por imprudência, imperícia, negligência, dolo ou má fé, venha causar danos ao CIMPE, aos Consorciados e/ou a terceiros, independente da obrigação em reparar os danos causados.

9.3.1 - As multas poderão ser reiteradas e aplicadas em dobro, sempre que se repetir o motivo.

9.3.2 - As multas aplicadas na execução do Contrato Prestação de Serviços pelo Sistema de Credenciamento serão descontadas dos pagamentos devidos à Contratada, a critério exclusivo da Administração do CIMPE, e quando for o caso, cobradas judicialmente.

9.4 - O Credenciamento poderá ser rescindido por interesse do Contratado, mediante requerimento por escrito com antecedência de 30 (trinta) dias, e desde que não prejudique os atendimentos já agendados, ou que venham a ser agendado antes de decorrido o prazo de 30 (trinta) dias. Decorrido o prazo mencionado, será lavrado o Termo de Descrédenciamento, quando cessarão as obrigações de ambas as partes.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA CESSÃO OU TRANSFERÊNCIA

10.1 - O presente Contrato não poderá ser objeto de cessão, subcontratação ou transferência, no todo ou em parte, bem como não será permitido o cometimento à terceiros da atribuição de proceder ao Credenciamento e/ou intermediação do pagamento dos serviços prestados.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA SUB-ROGAÇÃO DO CONTRATADO

11.1 - Será expressamente vedada à sub-rogação do contratado, salvo *ex vi* do disposto na cláusula seguinte.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA OBRIGAÇÃO DOS SUCESSORES

12.1 - O Contrato Prestação de Serviços pelo Sistema de Credenciamento vincula as partes que dela participam e seus sucessores a qualquer título.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO FUNDAMENTO LEGAL

13.1 - O presente Contrato reger-se-á em conformidade com os termos nele expressos, com a Lei Federal nº 14.133/21, Resolução CIMPE nº 08/2023 e demais disposições legais aplicáveis à espécie.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

14.1 - As despesas decorrentes deste Contrato correrão por conta da seguinte Dotação Orçamentária: 40 Alto Alegre – outros serviços de terceiros.

14.2 - O custo estimado desta contratação é de aproximadamente R\$ 398.281,74 (trezentos e noventa e oito mil, duzentos e oitenta e um reais e setenta e quatro centavos), compreendendo o período de sua contratação, não constituindo esse valor, sob nenhuma hipótese, garantia de faturamento.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - PRAZO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO

15.1 - O presente Contrato entra em vigor na data de sua assinatura e vigorará até 26/08/2025, podendo qualquer interessado do ramo, durante esse prazo e desde que cumpra os requisitos previstos neste instrumento, solicitar seu credenciamento.

15.2 - O prazo de vigência deste instrumento poderá ser prorrogado, por prazos iguais e sucessíveis períodos, a critério da Administração do CIMPE, até o limite de 05 (cinco) anos, nos termos do Artigo 106, da Lei Federal nº 14.133/21.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DOS CASOS OMISSOS

16.1 - Os casos omissos do presente instrumento serão resolvidos pela Secretaria Executiva do CIMPE, após ouvido o Contratado, devendo valer-se das disposições da Lei 14.133/21, Resolução CIMPE nº 08/2023 no que couber e demais disposições legais aplicáveis à espécie.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DO FORO

17.1 - Fica eleito o Foro da Comarca de Penápolis, Estado de São Paulo, para dirimir quaisquer dúvidas referentes a este Contrato, com renúncia a qualquer outro, mesmo que privilegiado.

E, por estarem de acordo com as cláusulas e condições estipuladas neste instrumento, assinam o presente em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para que surtam os efeitos legais.

Penápolis, 27 de agosto de 2025.

Aginaldo Cesar Duarte
Contratante

Evandro Lemos Domingues
Contratada

Testemunhas:

ELAINE DUARTE DA SILVA DOURADO
CPF: [REDACTED]
RG: [REDACTED]

INGRID POLIANA LIPPE MARQUES
RG nº [REDACTED]
CPF nº [REDACTED]

TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

CONTRATANTE: Consórcio Intermunicipal da Microrregião de Penápolis

CONTRATADO: Laboratório Domingues Cruz LTDA

CONTRATO Nº: 96/2025

OBJETO: Prestação de serviços especializados em realização de exames de análises clínicas patológicas nas áreas de hematologia, bioquímica, urinálise, parasitologia, imunologia e hormonologia, com laboratório sediado na cidade de Alto Alegre/SP, em conformidade com a Inexigibilidade nº 06/2025 – Processo nº 35/2025.

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

- a) o ajuste acima referido, seus aditamentos, bem como o acompanhamento de sua execução contratual, estarão sujeitos a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
- c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- d) as informações pessoais dos responsáveis pela contratante estão cadastradas no módulo eletrônico do “Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP”, nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme “Declaração(ões) de Atualização Cadastral” anexa (s);
- e) é de exclusiva responsabilidade do contratado manter seus dados sempre atualizados.

2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:

- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
- b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

Penápolis, 27 de agosto de 2025.

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO/ENTIDADE:

Nome: AGNALDO CESAR DUARTE

Cargo: SECRETÁRIO EXECUTIVO

CPF: [REDACTED]



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DA MICRORREGIÃO DE PENÁPOLIS

Alto Alegre – Avanhandava – Barbosa – Braúna – Glicério – Luiziana – Penápolis

CNPJ: 55.750.301/0001-24

RESPONSÁVEIS PELA HOMOLOGAÇÃO DO CERTAME OU RATIFICAÇÃO DA DISPENSA/INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO:

Nome: AGNALDO CESAR DUARTE

Cargo: SECRETÁRIO EXECUTIVO

CPF: [REDACTED]

Assinatura: _____

RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE PELO CONTRATANTE:

Nome: AGNALDO CESAR DUARTE

Cargo: SECRETÁRIO EXECUTIVO

CPF: [REDACTED]

Assinatura: _____

RESPONSÁVEL PELA ASSINATURA DO AJUSTE PELA CONTRATADA:

Nome: EVANDRO LEMOS DOMINGUES

Cargo: SÓCIO PROPRIETÁRIO

CPF: [REDACTED]

Assinatura: _____

ORDENADOR DE DESPESAS DA CONTRATANTE:

Nome: AGNALDO CESAR DUARTE

Cargo: SECRETÁRIO EXECUTIVO

CPF: [REDACTED]

Assinatura: _____

GESTOR DO CONTRATO:

Nome: AGNALDO CESAR DUARTE

Cargo: SECRETÁRIO EXECUTIVO

CPF: [REDACTED]

Assinatura: _____

FISCAL DO CONTRATO

Nome: SERGIO CHERUBIN

Cargo: GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALTO ALEGRE/SP

CPF: [REDACTED]

Assinatura: _____