CONTRATO Nº 101/2026
INEXIGIBILIDADE Nº 10/2026
PROCESSO Nº 39/2026

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].

CONTRATADA: CENTER VIDA ANALISES CLINICAS LTDA, inscrita no CNPJ sob o nº 02.866.080/0001-98, com sede na [redacted] Avanhandava/SP, neste ato representado por sua sócia proprietária, Sr.ª Maria de Lourdes Freitas Vidal, empresária, portadora 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 Avanhandava/SP, pelo Sistema de Credenciamento de pessoa jurídica, a saber:

LOTE 01 – EXAMES LABORATORIAIS				
Item	**Unidade**	**Especificação**	**Quantidade Estimada Anual**	**Valor Unitário**
1	Exame	Análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos na urina (Cód. SIGTAP 02.02.05.001-7)	3120	R$ 3,11
2	Exame	Antibiograma (Cód. SIGTAP 02.02.08.001-3)	600	R$ 4,18
3	Exame	Baciloscopia direta para BAAR Tuberculos (controle) (Cód. SIGTAP 02.02.08.006-4)	84	R$ 3,53
4	Exame	Baciloscopia direta para BAAR Tuberculose (diagnóstica) (Cód. SIGTAP 02.02.08.004-8)	480	R$ 3,53
5	Exame	Bacterioscopia (GRAM) (Cód. SIGTAP 02.02.08.007-2)	480	R$ 2,35
6	Exame	Clearance de creatinina (Cód. SIGTAP 02.02.05.002-5)	120	R$ 2,95
7	Exame	Clearance de uréia (Cód. SIGTAP 02.02.05.004-1)	72	R$ 2,95
8	Exame	Contagem de plaquetas (Cód. SIGTAP 02.02.02.002-9)	3600	R$ 2,29
9	Exame	Contagem de reticulócitos (Cód. SIGTAP 02.02.02.003-7)	48	R$ 2,29
10	Exame	Cultura de bactérias para identificação (Cód. SIGTAP	2400	R$ 4,72

		02.02.08.008-0)		
11	Exame	Cultura para identificação de fungos (Cód. SIGTAP 02.02.08.013-7)	480	R$ 3,52
12	Exame	Cultura sólida para micobactérias (cultura para BAAR) (Cód. SIGTAP 02.02.08.011-0)	480	R$ 4,73
13	Exame	Determinação de capacidade de fixação do ferro (Cód. SIGTAP 02.02.01.002-3)	72	R$ 1,69
14	Exame	Determinação de complemento (CH 50) (Cód. SIGTAP 02.02.03.006-7)	24	R$ 7,77
15	Exame	Determinação de curva glicêmica (2 dosagens) (Cód. SIGTAP 02.02.01.004-0)	36	R$ 3,05
16	Exame	Determinação de curva glicêmica clássica (5 dosagens) (Cód. SIGTAP 02.02.01.007-4)	480	R$ 8,40
17	Exame	Determinação de curva glicêmica com indução por cortisona (4 dosagens) (Cód. SIGTAP 02.02.01.006-6)	24	R$ 3,09
18	Exame	Determinação de curva glicêmica com indução por cortisona (5 dosagens) (Cód. SIGTAP 02.02.01.005-8)	24	R$ 5,50
19	Exame	Determinação de fator reumatóide (Cód. SIGTAP 02.02.03.007-5)	240	R$ 2,38
20	Exame	Determinação de tempo de coagulação (Cód. SIGTAP 02.02.02.007-0)	480	R$ 2,29
21	Exame	Determinação de tempo de sangramento - DUKE (Cód. SIGTAP 02.02.02.009-6)	480	R$ 2,29
22	Exame	Determinação de tempo de sangramento de Ivy (Cód. SIGTAP 02.02.02.010-0)	24	R$ 7,56
23	Exame	Determinação de tempo de sobrevida de hemácias (Cód. SIGTAP 02.02.02.011-8)	24	R$ 4,86
24	Exame	Determinação de tempo de trombina (Cód. SIGTAP 02.02.02.012-6)	24	R$ 2,39
25	Exame	Determinação de tempo e atividade da protrombina (TAP) (Cód. SIGTAP 02.02.02.014-2)	300	R$ 2,29
26	Exame	Determinação de velocidade de hemossedimentação (VHS) (Cód. SIGTAP 02.02.02.015-0)	300	R$ 2,29
27	Exame	Determinação direta e reversa de grupos ABO (Cód. SIGTAP 02.02.12.002-3)	480	R$ 1,15
28	Exame	Determinação do tempo de tromboplastina parcial ativada (TPP ATIVADA) (Cód. SIGTAP 02.02.02.013-4)	240	R$ 4,85
29	Exame	Determinação quantitativa de proteína C reativa (Cód. SIGTAP 02.02.03.008-3)	480	R$ 7,77
30	Exame	Dosagem de 17 alfa hidroxiprogesterona (Cód. SIGTAP 02.02.06.004-7)	12	R$ 8,57
31	Exame	Dosagem de 17 hidroxicorticosteroides (Cód. SIGTAP 02.02.06.006-3)	12	R$ 5,64
32	Exame	Dosagem de 25 hidroxivitamina D (Cód. SIGTAP 02.02.01.076-7)	2268	R$ 12,80
33	Exame	Dosagem de ácido ascórbico (Cód. SIGTAP 02.02.01.011-2)	480	R$ 1,69
34	Exame	Dosagem de ácido úrico (Cód. SIGTAP 02.02.01.012-0)	2700	R$ 1,55
35	Exame	Dosagem de ácido valproico (Cód. SIGTAP 02.02.07.005-0)	12	R$ 13,15
36	Exame	Dosagem de adrenocorticotrófico (ACTH) (Cód. SIGTAP 02.02.06.008-0)	12	R$ 11,86
37	Exame	Dosagem de aldolase (Cód. SIGTAP 02.02.01.014-7)	24	R$ 3,09
38	Exame	Dosagem de aldosterona (Cód. SIGTAP 02.02.06.009-8)	12	R$ 9,99
39	Exame	Dosagem de alfa-1-glicoproteína ácida (Cód. SIGTAP 02.02.01.016-3)	24	R$ 3,09
40	Exame	Dosagem de alfa-fetoproteína (Cód. SIGTAP	24	R$ 12,65

		02.02.03.009-1)		
41	Exame	Dosagem de amilase (Cód. SIGTAP 02.02.01.018-0)	240	R$ 1,89
42	Exame	Dosagem de androstenediona (Cód. SIGTAP 02.02.06.011-0)	12	R$ 9,69
43	Exame	Dosagem de anticoagulante circulante (Cód. SIGTAP 02.02.02.016-9)	24	R$ 3,45
44	Exame	Dosagem de anticorpos antitransglutaminaise recombinante humano IGA (Cód. SIGTAP 02.02.03.118-7)	12	R$ 15,58
45	Exame	Dosagem de antidepressivos tricíclicos (Cód. SIGTAP 02.02.07.011-5)	24	R$ 8,40
46	Exame	Dosagem de antígeno CA 125 (Cód. SIGTAP 02.02.03.121-7)	24	R$ 11,21
47	Exame	Dosagem de antígeno prostático específico (PSA) (Cód. SIGTAP 02.02.03.010-5)	1080	R$ 13,79
48	Exame	Dosagem de antitrombina III (Cód. SIGTAP 02.02.02.017-7)	24	R$ 5,44
49	Exame	Dosagem de barbituratos (Cód. SIGTAP 02.02.07.012-3)	24	R$ 11,03
50	Exame	Dosagem de beta-2-microglobulina (Cód. SIGTAP 02.02.03.011-3)	24	R$ 11,38
51	Exame	Dosagem de bilirrubina total e frações (Cód. SIGTAP 02.02.01.020-1)	300	R$ 1,69
52	Exame	Dosagem de cálcio (Cód. SIGTAP 02.02.01.021-0)	432	R$ 1,55
53	Exame	Dosagem de cálcio ionizável (Cód. SIGTAP 02.02.01.022-8)	48	R$ 2,95
54	Exame	Dosagem de calcitonina (Cód. SIGTAP 02.02.06.012-8)	12	R$ 12,08
55	Exame	Dosagem de carbamazepina (Cód. SIGTAP 02.02.07.015-8)	12	R$ 14,73
56	Exame	Dosagem de cerulosplatimina (Cód. SIGTAP 02.02.01.025-2)	24	R$ 3,09
57	Exame	Dosagem de chumbo (Cód. SIGTAP 02.02.07.017-4)	24	R$ 7,42
58	Exame	Dosagem de citrato (Cód. SIGTAP 02.02.05.008-4)	24	R$ 1,69
59	Exame	Dosagem de cloreto (Cód. SIGTAP 02.02.01.026-0)	24	R$ 1,55
60	Exame	Dosagem de cobre (Cód. SIGTAP 02.02.07.019-0)	12	R$ 2,95
61	Exame	Dosagem de colesterol HDL (Cód. SIGTAP 02.02.01.027-9)	3336	R$ 2,95
62	Exame	Dosagem de colesterol LDL (Cód. SIGTAP 02.02.01.028-7)	3300	R$ 2,95
63	Exame	Dosagem de colesterol total (Cód. SIGTAP 02.02.01.029-5)	3408	R$ 1,55
64	Exame	Dosagem de colinesterase (Cód. SIGTAP 02.02.01.030-9)	24	R$ 3,09
65	Exame	Dosagem de complemento C3 (Cód. SIGTAP 02.02.03.012-1)	36	R$ 14,41
66	Exame	Dosagem de complemento C4 (Cód. SIGTAP 02.02.03.013-0)	36	R$ 14,41
67	Exame	Dosagem de cortisol (Cód. SIGTAP 02.02.06.013-6)	144	R$ 8,28
68	Exame	Dosagem de creatinina (Cód. SIGTAP 02.02.01.031-7)	3720	R$ 1,55
69	Exame	Dosagem de creatinofosfoquinase (CPK) (Cód. SIGTAP 02.02.01.032-5)	2328	R$ 3,09
70	Exame	Dosagem de creatinofosfoquinase fração MB (Cód. SIGTAP 02.02.01.033-3)	12	R$ 3,46
71	Exame	Dosagem de dehidroepiandrosterona (DHEA) (Cód. SIGTAP 02.02.06.014-4)	24	R$ 9,45
72	Exame	Dosagem de dehidrotestosterona (DHT) (Cód. SIGTAP 02.02.06.015-2)	12	R$ 9,84
73	Exame	Dosagem de desidrogenase lática (Cód. SIGTAP	36	R$ 3,09

		02.02.01.036-8)		
74	Exame	Dosagem de desidrogenase lática (Isoenzimas fracionadas) (Cód. SIGTAP 02.02.01.037-6)	24	R$ 3,09
75	Exame	Dosagem de estradiol (Cód. SIGTAP 02.02.06.016-0)	216	R$ 8,53
76	Exame	Dosagem de estriol (Cód. SIGTAP 02.02.06.017-9)	12	R$ 9,70
77	Exame	Dosagem de estrona (Cód. SIGTAP 02.02.06.018-7)	24	R$ 9,34
78	Exame	Dosagem de fator V (Cód. SIGTAP 02.02.02.020-7)	24	R$ 3,97
79	Exame	Dosagem de fator VIII (Cód. SIGTAP 02.02.02.022-3)	24	R$ 5,57
80	Exame	Dosagem de fenitoína (Cód. SIGTAP 02.02.07.022-0)	24	R$ 29,58
81	Exame	Dosagem de ferritina (Cód. SIGTAP 02.02.01.038-4)	936	R$ 13,10
82	Exame	Dosagem de ferro sérico (Cód. SIGTAP 02.02.01.039-2)	1200	R$ 2,95
83	Exame	Dosagem de fibrinogênio (Cód. SIGTAP 02.02.02.029-0)	24	R$ 3,86
84	Exame	Dosagem de folato (Cód. SIGTAP 02.02.01.040-6)	480	R$ 13,15
85	Exame	Dosagem de fosfatase ácida total (Cód. SIGTAP 02.02.01.041-4)	24	R$ 1,69
86	Exame	Dosagem de fosfatase alcalina (Cód. SIGTAP 02.02.01.042-2)	144	R$ 1,69
87	Exame	Dosagem de fósforo (Cód. SIGTAP 02.02.01.043-0)	84	R$ 1,69
88	Exame	Dosagem de fração prostática da fosfatase ácida (Cód. SIGTAP 02.02.01.044-9)	24	R$ 1,69
89	Exame	Dosagem de frutose (Cód. SIGTAP 02.02.09.010-8)	24	R$ 1,69
90	Exame	Dosagem de gama-glutamil-transferase (GAMA GT) (Cód. SIGTAP 02.02.01.046-5)	240	R$ 2,95
91	Exame	Dosagem de glicose (Cód. SIGTAP 02.02.01.047-3)	3888	R$ 1,55
92	Exame	Dosagem de glicose-6-fosfato desidrogenase (Cód. SIGTAP 02.02.01.048-1)	24	R$ 3,09
93	Exame	Dosagem de globulina transportadora de tiroxina (Cód. SIGTAP 02.02.06.020-9)	24	R$ 12,89
94	Exame	Dosagem de gonadotrofina coriônica humana (HCG, BETA HCG) (Cód. SIGTAP 02.02.06.021-7)	720	R$ 6,59
95	Exame	Dosagem de haptoglobina (Cód. SIGTAP 02.02.01.049-0)	24	R$ 3,09
96	Exame	Dosagem de hemoglobina (Cód. SIGTAP 02.02.02.030-4)	60	R$ 1,29
97	Exame	Dosagem de hemoglobina glicosilada (Cód. SIGTAP 02.02.01.050-3)	3408	R$ 6,60
98	Exame	Dosagem de hormônio do crescimento (HGH) (Cód. SIGTAP 02.02.06.022-5)	12	R$ 8,58
99	Exame	Dosagem de hormônio folículo-estimulante (FSH) (Cód. SIGTAP 02.02.06.023-3)	132	R$ 6,63
100	Exame	Dosagem de hormônio luteinizante (LH) (Cód. SIGTAP 02.02.06.024-1)	192	R$ 7,53
101	Exame	Dosagem de hormônio tireoestimulante (TSH) (Cód. SIGTAP 02.02.06.025-0)	3456	R$ 7,53
102	Exame	Dosagem de imunoglobulina A (IGA) (Cód. SIGTAP 02.02.03.015-6)	24	R$ 14,41
103	Exame	Dosagem de imunoglobulina E (IGE) (Cód. SIGTAP 02.02.03.016-4)	1560	R$ 7,77
104	Exame	Dosagem de imunoglobulina M (IGM) (Cód. SIGTAP 02.02.03.018-0)	24	R$ 14,41
105	Exame	Dosagem de imunoglobulina G (IGG)	24	R$ 12,60
106	Exame	Dosagem de insulina (Cód. SIGTAP 02.02.06.026-8)	1512	R$ 8,54
107	Exame	Dosagem de lactato (Cód. SIGTAP 02.02.01.053-8)	24	R$ 3,09
108	Exame	Dosagem de lipase (Cód. SIGTAP 02.02.01.055-4)	180	R$ 1,89
109	Exame	Dosagem de litio (Cód. SIGTAP 02.02.07.025-5)	24	R$ 1,89
110	Exame	Dosagem de magnésio (Cód. SIGTAP 02.02.01.056-2)	144	R$ 1,69

111	Exame	Dosagem de microalbumina na urina (Cód. SIGTAP 02.02.05.009-2)	240	R$ 6,82
112	Exame	Dosagem de muco-proteínas (Cód. SIGTAP 02.02.01.057-0)	24	R$ 1,69
113	Exame	Dosagem de oxalato (Cód. SIGTAP 02.02.05.010-6)	72	R$ 3,09
114	Exame	Dosagem de paratormônio (Cód. SIGTAP 02.02.06.027-6)	72	R$ 36,23
115	Exame	Dosagem de peptídeo C (Cód. SIGTAP 02.02.06.028-4)	72	R$ 12,89
116	Exame	Dosagem de potássio (Cód. SIGTAP 02.02.01.060-0)	1200	R$ 1,55
117	Exame	Dosagem de progesterona (Cód. SIGTAP 02.02.06.029-2)	120	R$ 8,58
118	Exame	Dosagem de prolactina (Cód. SIGTAP 02.02.06.030-6)	120	R$ 8,53
119	Exame	Dosagem de proteína C funcional (Cód. SIGTAP 02.02.02.055-0)	24	R$ 63,00
120	Exame	Dosagem de proteína C reativa (Cód. SIGTAP 02.02.03.020-2)	600	R$ 2,38
121	Exame	Dosagem de proteína S funcional (Cód. SIGTAP 02.02.02.056-8)	24	R$ 105,00
122	Exame	Dosagem de proteínas (urina de 24 horas) (Cód. SIGTAP 02.02.05.011- 4)	192	R$ 1,71
123	Exame	Dosagem de proteínas totais (Cód. SIGTAP 02.02.01.061-9)	48	R$ 1,18
124	Exame	Dosagem de proteínas totais e frações (Cód. SIGTAP 02.02.01.062-7)	144	R$ 1,55
125	Exame	Dosagem de renina (Cód. SIGTAP 02.02.06.031-4)	12	R$ 11,08
126	Exame	Dosagem de sódio (Cód. SIGTAP 02.02.01.063-5)	1200	R$ 1,55
127	Exame	Dosagem de somatomedina C (IGF1) (Cód. SIGTAP 02.02.06.032-2)	12	R$ 12,89
128	Exame	Dosagem de sulfato de hidroepiandrosterona (DHEAS) (Cód. SIGTAP 02.02.06.033-0)	12	R$ 11,01
129	Exame	Dosagem de testosterona (Cód. SIGTAP 02.02.06.034-9)	144	R$ 8,76
130	Exame	Dosagem de testosterona livre (Cód. SIGTAP 02.02.06.035-7)	72	R$ 11,01
131	Exame	Dosagem de tireoglobulina (Cód. SIGTAP 02.02.06.036-5)	72	R$ 12,89
132	Exame	Dosagem de tiroxina (T4) (Cód. SIGTAP 02.02.06.037-3)	300	R$ 7,36
133	Exame	Dosagem de tiroxina livre (T4 LIVRE) (Cód. SIGTAP 02.02.06.038-1)	2208	R$ 9,74
134	Exame	Dosagem de transaminase glutâmico oxalacética (TGO) (Cód. SIGTAP 02.02.01.064-3)	3072	R$ 1,69
135	Exame	Dosagem de transaminase glutâmico pirúvica (TGP) (Cód. SIGTAP 02.02.01.065-1)	3072	R$ 1,69
136	Exame	Dosagem de transferrina (Cód. SIGTAP 02.02.01.066-0)	72	R$ 3,46
137	Exame	Dosagem de triglicerídeos (Cód. SIGTAP 02.02.01.067-8)	3336	R$ 2,95
138	Exame	Dosagem de triiodotironina (T3) (Cód. SIGTAP 02.02.06.039-0)	240	R$ 7,32
139	Exame	Dosagem de triptofano (Cód. SIGTAP 02.02.01.068-6)	24	R$ 2,95
140	Exame	Dosagem de troponina (Cód. SIGTAP 02.02.03.120-9)	12	R$ 7,56
141	Exame	Dosagem de uréia (Cód. SIGTAP 02.02.01.069-4)	3216	R$ 1,55
142	Exame	Dosagem de vitamina B12 (Cód. SIGTAP 02.02.01.070-8)	1500	R$ 12,80
143	Exame	Dosagem de zinco (Cód. SIGTAP 02.02.07.035-2)	96	R$ 13,15
144	Exame	Eletroforese de hemoglobina (Cód. SIGTAP 02.02.02.035-5)	72	R$ 4,54

145	Exame	Eletroforese de lipoproteínas (Cód. SIGTAP 02.02.01.071-6)	24	R$ 3,09
146	Exame	Eletroforese de proteínas (Cód. SIGTAP 02.02.01.072-4)	48	R$ 3,71
147	Exame	Eletroforese de proteínas com concentração no liquor (Cód. SIGTAP 02.02.09.015-9)	24	R$ 4,39
148	Exame	Eritrograma (eritrócitos, hemoglobina, hematócrito) (Cód. SIGTAP 02.02.02.036-3)	24	R$ 2,29
149	Exame	Exame parasitológico direto para Leishmania chagasi (leishmaniose visceral humana)	24	R$ 42,42
150	Exame	Hemograma completo (Cód. SIGTAP 02.02.02.038-0)	4380	R$ 3,45
151	Exame	Pesquisa de aminoácidos na urina (Cód. SIGTAP 02.02.05.016-5)	24	R$ 3,11
152	Exame	Pesquisa de anticoagulante lúpico (Cód. SIGTAP 02.02.02.057-6)	24	R$ 92,40
153	Exame	Pesquisa de anticorpo IGG anticardiolipina (Cód. SIGTAP 02.02.03.025-3)	24	R$ 8,40
154	Exame	Pesquisa de anticorpo IGM anticardiolipina (Cód. SIGTAP 02.02.03.026-1)	24	R$ 8,40
155	Exame	Pesquisa de anticorpos antibrucelas (Cód. SIGTAP 02.02.03.040-7)	72	R$ 3,11
156	Exame	Pesquisa de anticorpos anti-DNA (Cód. SIGTAP 02.02.03.027-0)	24	R$ 7,28
157	Exame	Pesquisa de anticorpos antiescleroderma (SCL 70) (Cód. SIGTAP 02.02.03.045-8)	24	R$ 8,40
158	Exame	Pesquisa de anticorpos antiespermatozóides (ELISA) (Cód. SIGTAP 02.02.09.021-3)	72	R$ 8,15
159	Exame	Pesquisa de anticorpos antiestreptolisina O (ASLO) (Cód. SIGTAP 02.02.03.047-4)	72	R$ 2,38
160	Exame	Pesquisa de anticorpos anti-HIV 1 (WESTERN-BLOT) (Cód. SIGTAP 02.02.03.029-6)	72	R$ 71,40
161	Exame	Pesquisa de anticorpos anti-HIV1+HIV2 (ELISA) (Cód. SIGTAP 02.02.03.030-0)	216	R$ 8,40
162	Exame	Pesquisa de anticorpos anti-HTLV1+HTLV2 (Cód. SIGTAP 02.02.03.031-8)	12	R$ 15,58
163	Exame	Pesquisa de anticorpos antiilhota de langerhans (Cód. SIGTAP 02.02.03.051-2)	12	R$ 8,40
164	Exame	Pesquisa de anticorpos antiinsulina (Cód. SIGTAP 02.02.03.052-0)	12	R$ 14,41
165	Exame	Pesquisa de anticorpos antimicrossomas (Cód. SIGTAP 02.02.03.055-5)	84	R$ 14,41
166	Exame	Pesquisa de anticorpos antimitocondria (Cód. SIGTAP 02.02.03.056-3)	24	R$ 14,41
167	Exame	Pesquisa de anticorpos antimusculo liso (Cód. SIGTAP 02.02.03.058-0)	24	R$ 14,41
168	Exame	Pesquisa de anticorpos antinúcleo (Cód. SIGTAP 02.02.03.059-8)	180	R$ 14,41
169	Exame	Pesquisa de anticorpos anti-ribonucleoproteína (RNP) (Cód. SIGTAP 02.02.03.032-6)	24	R$ 14,41
170	Exame	Pesquisa de anticorpos anti-SM (Cód. SIGTAP 02.02.03.034-2)	24	R$ 14,41
171	Exame	Pesquisa de anticorpos anti-SS-A (RO) (Cód. SIGTAP 02.02.03.035-0)	24	R$ 15,58
172	Exame	Pesquisa de anticorpos anti-SS-B (LA) (Cód. SIGTAP 02.02.03.036-9)	24	R$ 15,58
173	Exame	Pesquisa de anticorpos antitireoglobulina (Cód. SIGTAP 02.02.03.062-8)	48	R$ 14,41
174	Exame	Pesquisa de anticorpos contra antígeno de superfície	48	R$ 15,58

		do vírus da hepatite B (ANTI-HBS) (Cód. SIGTAP 02.02.03.063-6)		
175	Exame	Pesquisa de anticorpos contra antígeno e do vírus da hepatite B (ANTI HBE) (Cód. SIGTAP 02.02.03.064-4)	12	R$ 15,58
176	Exame	Pesquisa de anticorpos contra o vírus da hepatite C (ANTI-HCV) (Cód. SIGTAP 02.02.03.067-9)	216	R$ 15,58
177	Exame	Pesquisa de anticorpos contra o vírus da hepatite D (ANTI-HDV) (Cód. SIGTAP 02.02.03.068-7)	24	R$ 15,58
178	Exame	Pesquisa de anticorpos heterófilos contra o vírus epstein-barr (Cód. SIGTAP 02.02.03.073-3)	24	R$ 2,38
179	Exame	Pesquisa de anticorpos IGG anticitomegalovirus (Cód. SIGTAP 02.02.03.074-1)	180	R$ 9,24
180	Exame	Pesquisa de anticorpos IGG antileishmanias (Cód. SIGTAP 02.02.03.075-0)	12	R$ 7,77
181	Exame	Pesquisa de anticorpos IGG antitoxoplasma (Cód. SIGTAP 02.02.03.076-8)	216	R$ 14,25
182	Exame	Pesquisa de anticorpos IGG antitrypanosoma cruzi (Cód. SIGTAP 02.02.03.077-6)	12	R$ 7,77
183	Exame	Pesquisa de anticorpos IGG contra o vírus da hepatite A (HAV-IGG) (Cód. SIGTAP 02.02.03.080-6)	12	R$ 15,58
184	Exame	Pesquisa de anticorpos IGG contra o vírus da rubéola (Cód. SIGTAP 02.02.03.081-4)	180	R$ 14,41
185	Exame	Pesquisa de anticorpos IGG contra o virus da varicela-herpes zoster (Cód. SIGTAP 02.02.03.082-2)	24	R$ 14,41
186	Exame	Pesquisa de anticorpos IGG contra o vírus EPSTEIN BARR (Cód. SIGTAP 02.02.03.083-0)	12	R$ 14,41
187	Exame	Pesquisa de anticorpos IGG contra o vírus herpes simples (Cód. SIGTAP 02.02.03.084-9)	60	R$ 14,41
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)	36	R$ 15,58
189	Exame	Pesquisa de anticorpos IGM anticitomegalovirus (Cód. SIGTAP 02.02.03.085-7)	180	R$ 9,75
190	Exame	Pesquisa de anticorpos IGM antileishmanias (Cód. SIGTAP 02.02.03.086-5)	12	R$ 8,40
191	Exame	Pesquisa de anticorpos IGM antitoxoplasma (Cód. SIGTAP 02.02.03.087-3)	228	R$ 15,58
192	Exame	Pesquisa de anticorpos IGM antitrypanosoma cruzi (Cód. SIGTAP 02.02.03.088-1)	12	R$ 7,77
193	Exame	Pesquisa de anticorpos IGM contra antígeno central do vírus da hepatite B (ANTI-HBC-IGM) (Cód. SIGTAP 02.02.03.089-0)	12	R$ 15,58
194	Exame	Pesquisa de anticorpos IGM contra o vírus da hepatite A (HAV-IGM) (Cód. SIGTAP 02.02.03.091-1)	24	R$ 15,58
195	Exame	Pesquisa de anticorpos IGM contra o vírus da rubéola (Cód. SIGTAP 02.02.03.092-0)	180	R$ 14,41
196	Exame	Pesquisa de anticorpos IGM contra o virus da varicela-herpes zoster (Cód. SIGTAP 02.02.03.093-8)	24	R$ 14,41
197	Exame	Pesquisa de anticorpos IGM contra o vírus EPSTEIN BARR (Cód. SIGTAP 02.02.03.094-6)	12	R$ 14,41
198	Exame	Pesquisa de anticorpos IGM contra o vírus herpes simples (Cód. SIGTAP 02.02.03.095-4)	24	R$ 14,41
199	Exame	Pesquisa de antígeno carcinoembrionário (CEA) (Cód. SIGTAP 02.02.03.096-2)	36	R$ 11,21
200	Exame	Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBSAG) (Cód. SIGTAP 02.02.03.097-0)	228	R$ 15,58
201	Exame	Pesquisa de antígeno e do vírus da hepatite B (HBEAG) (Cód. SIGTAP 02.02.03.098-9)	24	R$ 15,58

202	Exame	Pesquisa de células L.E. (Cód. SIGTAP 02.02.02.041-0)	24	R$ 3,45
203	Exame	Pesquisa de enterobius vermicularis (oxiurus oxiura) swab anal (Cód. SIGTAP 02.02.04.005-4)	72	R$ 1,39
204	Exame	Pesquisa de espermatozóides (após vasectomia) (Cód. SIGTAP 02.02.09.026-4)	36	R$ 4,03
205	Exame	Pesquisa de estreptococos beta-hemoliticos do grupo A (Cód. SIGTAP 02.02.08.019-6)	24	R$ 3,64
206	Exame	Pesquisa de fator reumatoide (WAALER-ROSE) (Cód. SIGTAP 02.02.03.101- 2)	24	R$ 3,44
207	Exame	Pesquisa de fator RH (inclui D fraco) (Cód. SIGTAP 02.02.12.008-2)	144	R$ 1,15
208	Exame	Pesquisa de hemoglobina S (Cód. SIGTAP 02.02.02.044-4)	24	R$ 2,29
209	Exame	Pesquisa de homocistina da urina (Cód. SIGTAP 02.02.05.026-2)	24	R$ 1,71
210	Exame	Pesquisa de imunoglobulina E (IGE) alergeno-especifica (Cód. SIGTAP 02.02.03.103-9)	1056	R$ 7,77
211	Exame	Pesquisa de larvas nas fezes (Cód. SIGTAP 02.02.04.008-9)	24	R$ 1,39
212	Exame	Pesquisa de leucócitos nas fezes (Cód. SIGTAP 02.02.04.009-7)	12	R$ 1,39
213	Exame	Pesquisa de ovos de schistosomas (em fragmento de mucosa) (Cód. SIGTAP 02.02.04.011-9)	24	R$ 1,39
214	Exame	Pesquisa de ovos e cistos de parasitas (Cód. SIGTAP 02.02.04.012-7)	600	R$ 1,39
215	Exame	Pesquisa de sangue oculto nas fezes (Cód. SIGTAP 02.02.04.014-3)	132	R$ 1,39
216	Exame	Pesquisa de tripanossoma (Cód. SIGTAP 02.02.02.046-0)	24	R$ 2,29
217	Exame	Pesquisa de trofozoitas nas fezes (Cód. SIGTAP 02.02.04.017-8)	12	R$ 1,39
218	Exame	Pesquisa de trypanosoma cruzi (por imunofluorescência) (Cód. SIGTAP 02.02.03.104-7)	24	R$ 8,40
219	Exame	Prova de consumo de protrombina (Cód. SIGTAP 02.02.02.048-7)	24	R$ 3,45
220	Exame	Prova de diluição (urina) (Cód. SIGTAP 02.02.05.032-7)	24	R$ 1,71
221	Exame	Prova de retração do coagulo (Cód. SIGTAP 02.02.02.049.5)	120	R$ 2,29
222	Exame	Prova do laço (Cód. SIGTAP 02.02.02.050.9)	120	R$ 2,29
223	Exame	Prova do látex para pesquisa do fator reumatóide (Cód. SIGTAP 02.02.09.030-2)	24	R$ 1,59
224	Exame	Teste direto de antiglobulina humana (TAD) (Cód. SIGTAP 02.02.02.054-1)	36	R$ 2,29
225	Exame	Teste FTA-ABS IGG para diagnóstico de sífilis (Cód. SIGTAP 02.02.03.112.8)	168	R$ 8,40
226	Exame	Teste FTA-ABS IGM para diagnóstico de sífilis (Cód. SIGTAP 02.02.03.113-6)	168	R$ 8,40
227	Exame	Teste indireto de antiglobulina humana (TIA) (Cód. SIGTAP 02.02.12.009-0)	36	R$ 2,29
228	Exame	Teste não treponemico para detecção de sífilis (Cód. SIGTAP 02.02.03.111-0)	312	R$ 2,38
229	Exame	Teste não treponemico para detecção de sífilis em gestante (Cód. SIGTAP 02.02.03.117-9)	168	R$ 2,38
230	Exame	Teste treponemico para detecção de sifilis (Cód. SIGTAP 02.02.03.109-8)	36	R$ 3,44
231	Exame	Pesquisa de anticorpos IGM contra arbovírus (Cód. SIGTAP 02.02.03.090-3)	24	R$ 16,80

232	Exame	Pesquisa de anticorpos IGG contra arbovírus (Cód. SIGTAP 02.02.03.079-2)	24	R$ 25,20
233	Exame	Determinação de sulfo-hemoglobina (Cód. SIGTAP 02.02.02.006-1)	24	R$ 2,29
234	Exame	Dosagem de hemoglobina fetal (Cód. SIGTAP 02.02.02.032-0)	24	R$ 2,29
235	Exame	Exame coprológico funcional (Cód. SIGTAP 02.02.04.003-8)	36	R$ 2,55
236	Exame	Exame microbiológico a fresco (direto) (Cód. SIGTAP 02.02.08.014-5)	24	R$ 2,35
237	Exame	Imunofenotipagem de hemopatias malignas (por marcador) (Cód. SIGTAP 02.02.03.023-7)	12	R$ 67,20
238	Exame	Pesquisa de anticorpos EIE anticlamidia (Cód. SIGTAP 02.02.03.072-5)	24	R$ 14,41
239	Exame	Pesquisa de frutose na urina (Cód. SIGTAP 02.02.05.023-8)	24	R$ 1,71
240	Exame	Pesquisa de rotavirus nas fezes (Cód. SIGTAP 02.02.04.013-5)	24	R$ 8,61
241	Exame	Pesquisa de substâncias redutoras nas fezes (Cód. SIGTAP 02.02.04.015-1)	24	R$ 1,39
242	Exame	Rastreio para deficiencia de enzimas eritrocitarias (Cód. SIGTAP 02.02.02.051-7)	24	R$ 2,29
243	Exame	Identificação do virus da hepatite B por PCR (quantitativo)	24	R$ 110,00
244	Exame	Genotipagem do virus da hepatite C (HCV)	24	R$ 250,00
245	Exame	Tipificação do alelo HLA-B	60	R$ 160,00
246	Exame	Fator reumatóide quantitativo	240	R$ 2,00
247	Exame	Anticorpos anti-centrômero	12	R$ 12,50
248	Exame	Vitamina B6	12	R$ 65,00
249	Exame	Brucelose IGM, anticorpos	36	R$ 19,00
250	Exame	Brucelose IGG, anticorpos	36	R$ 19,00
251	Exame	Fósforo urina de 24 horas	36	R$ 2,00
252	Exame	Ácido úrico urina de 24 horas	2712	R$ 2,00
253	Exame	Citrato urina de 24 horas	48	R$ 5,00
254	Exame	Cálcio urina de 24 horas	48	R$ 2,00
255	Exame	Pesquisa de HLA B27	96	R$ 35,00
256	Exame	Teste tuberculínico **IGRA**	72	R$ 200
257	Exame	Gasometria venosa	12	R$ 49,00
258	Exame	T3 - Triiodotironina livre	12	R$ 1,00
259	Exame	Oxalato (ácido oxálico) urina de 24 horas	36	R$ 3,00
260	Exame	Coprocultura	12	R$ 4,00
261	Exame	Hormônio anti-mulleriano	12	R$ 200,00
262	Exame	CA 72-4	12	R$ 15,00
263	Exame	CA 15-3	12	R$ 10,00
264	Exame	Anti CCP	36	R$ 28,75
265	Exame	TRAB - Anaticorpo anti-receptor do TSH	12	R$ 15,00
266	Exame	Dosagem de albumina sérica	72	R$ 1,00
267	Exame	Hormônio antidiurético - ADH	24	R$ 75,00
268	Exame	Bacilos de Hansen (Lamina de MH)	36	R$ 9,00
269	Exame	CA 19-9	36	R$ 8,75
270	Exame	Dosagem de eritropoetina	36	R$ 30,00
271	Exame	BHCG quantitativo	36	R$ 12,50
272	Exame	IGE Leite	72	R$ 6,00
273	Exame	Falcização de hemácias	72	R$ 2,00
274	Exame	Homocisteína	12	R$ 12,50
275	Exame	Índice de Homa	12	R$ 15,00
276	Exame	Metanefrina	12	R$ 87,00
277	Exame	NS1 dengue	240	R$ 5,00

278	Exame	Frutosamina	12	R$ 2,50
279	Exame	Rast para clara de ovo	72	R$ 10,00
280	Exame	Rast para corante amarelo	72	R$ 35,00
281	Exame	Rast para corante vermelho	72	R$ 12,00
282	Exame	Reação de Hemaglutinação (TPHA) p/ diagnóstico da Sífilis	72	R$ 20,00
283	Exame	Saturação Transferrina	72	R$ 5,00
284	Exame	Selênio	12	R$ 10,00
285	Exame	SHBG	24	R$ 10,00
286	Exame	Teste de avidez de toxoplasmose	24	R$ 25,00
287	Exame	Vitamina A	12	R$ 20,00
288	Exame	Vitamina E	12	R$ 25,00
289	Exame	VLDL	96	R$ 2,00
290	Exame	Ácido lático	12	R$ 10,00
291	Exame	Estreptococo Grupo B ou GBS	180	R$ 5,00
292	Exame	Fator anti-nuclear (FAN)	36	R$ 9,09
293	Exame	Anticorpos Anti-tiroperoxidase (anti-TPO)	36	R$ 15,54
294	Exame	IgE Soja	36	R$ 20,00
295	Exame	IgE Ácaros	36	R$ 21,81
296	Exame	Antifungigrama	36	R$ 25,00
297	Exame	Anti-GAD	36	R$ 45,00
298	Exame	Cariótipo com banda G	36	R$ 441,00
299	Exame	Gorduras Fecais/ Esteatocrito	36	R$ 4,00
300	Exame	Homocistinúria Urina Isolada	36	R$ 25,00
301	Exame	Anti-transglutaminase IgA	36	R$ 57,71
302	Exame	Calprotectina fecal	36	R$ 85,94
303	Exame	T3 Reverso	36	R$ 63,66
304	Exame	Anti - ANCA	36	R$ 38,49
305	Exame	Dengue IgG	36	R$ 12,50
306	Exame	Dengue IgM	36	R$ 12,50
307	Exame	Leucograma	36	R$ 3,50
308	Exame	Ph Fecal	36	R$ 4,00
309	Exame	Dimero D	36	R$ 66,84
310	Exame	Vitamina B1	36	R$ 45,47
311	Exame	IgE Pó de casa	36	R$ 30,00
312	Exame	Anticorpos anti-endomisio IgA	36	R$ 44,97
313	Exame	Anticorpos anti-endomisio IgM	36	R$ 39,33
314	Exame	Anticorpos anti-endomisio IgG	36	R$ 39,33
315	Exame	Teste de Tolerância a Lactose	36	R$ 30,00
316	Exame	Anti - Gliadina anticorpos IgA	36	R$ 30,00
317	Exame	Imunofixação de Proteínas Séricas	36	R$ 80,55
318	Exame	Alumínio Sérico	36	R$ 31,77
319	Exame	IgE Alfa Lactoalbumina	36	R$ 20,00
320	Exame	IgE Beta Lactoglobulina	36	R$ 20,00
321	Exame	IgE Caseína	36	R$ 20,00
322	Exame	Gasometria arterial	36	R$ 50,00
323	Exame	Anticorpos anti Chikungunya IgG	36	R$ 120,00
324	Exame	Anticorpos anti Chikungunya IgM	36	R$ 120,00
325	Exame	IgE Epitelios	36	R$ 23,64
326	Exame	IgE Gramíneas	36	R$ 30,00
327	Exame	Parvovírus Humano IgG	36	R$ 86,61
328	Exame	Parvovírus Humano IgM	36	R$ 86,61
329	Exame	IgE Ovo Inteiro	36	R$ 21,81
330	Exame	IgE Ovo Albumina	36	R$ 21,81
331	Exame	IgE Ovomucóide	36	R$ 30,00
332	Exame	IgE Trigo	36	R$ 21,78
333	Exame	Rast para leite de cabra	36	R$ 30,00

334	Exame	Rast para gema de ovo	36	R$ 20,00
TOTAL GLOBAL DO LOTE: R$ 576.537,96				

1.2 - É parte integrante deste Contrato o Edital de Credenciamento - Processo nº 39/2026 - Inexigibilidade nº 10/2026 e seus anexos.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA FORMA, CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO E PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1 - A CONTRATADA declara possuir capacidade técnica e operacional para executar integralmente todos os serviços objeto deste contrato, comprometendo-se a manter, durante toda a sua vigência, equipe profissional em número suficiente, devidamente habilitada e qualificada, de modo a assegurar a continuidade, a regularidade e a qualidade dos serviços contratados.

2.2 – O controle e a regulação dos exames serão realizados pelo Departamento Municipal de Saúde de Avanhandava-SP, mediante autorização do Gestor Municipal de Saúde do município.

2.3 - Na execução do objeto deste contrato a CONTRATADA 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.

2.4 - Fica vedada a utilização de estagiários na execução dos serviços objeto deste contrato. Os serviços aos usuários encaminhados pelo município consorciado deverão ser realizados exclusivamente por profissionais legalmente habilitados e regularmente inscritos no respectivo conselho de classe.

2.5 - O quantitativo descrito na tabela da Cláusula Primeira poderá sofrer acréscimos ou supressões a critério do Departamento Municipal de Saúde de Avanhandava/SP, observada a limitação legal.

2.6 - A quantidade prevista na Cláusula Primeira é meramente estimada, não obrigando a CONTRATANTE à aquisição de sua totalidade, podendo ainda sofrer acréscimos ou supressões a critério do CIMPE, desde que observados os limites legais.

2.7 - Fica expressamente proibido à CONTRATADA cobrar do paciente ou de seu acompanhante qualquer complementação aos valores fixados neste regulamento, bem como exigir que o usuário assine faturas ou guias de atendimento em branco.

2.8 – A CONTRATADA será responsável pela assistência integral aos pacientes durante a prestação dos serviços, respondendo por quaisquer acidentes ou prejuízos causados a terceiros por culpa, negligência ou imperícia. De igual modo, deverá atender às normas de segurança do trabalho e assegurar a confiabilidade técnica dos serviços prestados.

2.9 - Se houver mais de um credenciado para a realização dos exames, a distribuição da demanda será feita de forma igualitária, imparcial e impessoal entre todos os credenciados. No entanto, considerando que se trata da realização de exames laboratoriais em pacientes, é imprescindível que tal divisão observe também critérios técnicos e de bom senso clínico. Isso porque, em determinadas situações, especialmente quando há necessidade de múltiplas coletas ou exames sequenciais, não é viável nem seguro submeter o paciente a múltiplas punções ou deslocamentos apenas para assegurar uma distribuição matemática da demanda.

2.10 – Qualquer intercorrência na realização dos serviços, deverá ser comunicada, imediatamente, ao Gestor Municipal de Saúde e à autoridade competente do Consórcio Intermunicipal da Microrregião de Penápolis – CIMPE.

2.11 - A CONTRATADA deverá apresentar mensalmente ao Departamento de Saúde de Avanhandava/SP 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.

2.12 – O Departamento de Saúde de Avanhandava/SP enviará ao CIMPE as planilhas, devidamente conferidas, para que sejam anexadas às Notas Fiscais referentes.

2.13 - A CONTRATADA deverá emitir os resultados dos exames em uma via devidamente carimbada e assinada pelo bioquímico 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.

2.14 – A CONTRATADA será obrigada a atender todos os pedidos efetuados durante a vigência do contrato, exceto quando se manifestar com antecedência de 60 (sessenta) dias pela suspensão do credenciamento.

2.15 - Todos os equipamentos, materiais, insumos, 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 da CONTRATADA.

2.16 – A CONTRATADA deverá conferir e realizar as normas administrativas e técnicas necessárias para realização dos serviços, que serão informadas pelo responsável indicado pelo Gestor Municipal de Saúde do município de Avanhandava/SP.

CLÁUSULA TERCEIRA - DO LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

3.1 - A CONTRATADA 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, localizado na Av. Boa Vista nº 444, Bairro Centro, na cidade de Avanhandava/SP, com horário de funcionamento de segunda a sexta-feira, por no mínimo 08 (oito) horas diárias, com as Licenças expedidas pela Vigilância Sanitária e o certificado de licenciamento do Corpo de Bombeiros em datas vigentes.

CLÁUSULA QUARTA - OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

4.1 - Atender aos usuários encaminhados pelo Departamento Municipal de Saúde de Avanhandava/SP e ter a capacidade de realizar os tipos de serviços credenciados.

4.2 – A CONTRATADA 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 Avanhandava/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. A CONTRATADA 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 – A CONTRATADA 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 do Contrato, 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.

4.6 - 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.

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

4.8 - A CONTRATADA será responsável pela assistência integral aos pacientes durante a prestação dos serviços, respondendo por quaisquer acidentes ou prejuízos causados a terceiros por culpa, negligência ou imperícia. De igual modo, deverá atender às normas de segurança do trabalho e assegurar a confiabilidade técnica dos serviços prestados.

4.9 - A CONTRATADA deverá manter absoluto e estrito sigilo sobre todas as informações, dados, documentos e registros a que tiver acesso em razão da execução dos serviços, comprometendo-se a utilizá-los exclusivamente para as finalidades previstas neste contrato. Deverá, ainda, observar integralmente as disposições da Lei Federal nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), adotando todas as medidas técnicas, administrativas e de segurança necessárias à proteção dos dados pessoais e dados pessoais sensíveis contra acessos não autorizados, perda, alteração, divulgação, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito. A obrigação de sigilo permanecerá vigente durante e após o término da contratação, independentemente do motivo de sua extinção, sem prejuízo das responsabilidades administrativa, civil e penal decorrentes de eventual violação.

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

4.11 - Justificar ao Gestor Municipal de Saúde de Avanhandava/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 Avanhandava /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 Avanhandava /SP e ao CIMPE, imediatamente, a ocorrência da falta ou interrupção dos serviços, independente do motivo.

4.14 - Utilizar somente mão de obra especializada e legalizada na execução dos serviços, responsabilizando-se integralmente pela qualidade deles. 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 - A CONTRATADA deverá manter registros contábeis específicos para fins de acompanhamento e avaliação dos recursos obtidos com o Credenciamento, para fins de fiscalização.

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

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. 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 - A CONTRATADA será obrigada a atender todos os pedidos efetuados durante a vigência do contrato, exceto quando se manifestar com antecedência de 60 (sessenta) dias pela suspensão do credenciamento.

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

4.21 - Fica vedada a utilização de estagiários na execução dos serviços objeto deste credenciamento. Os serviços aos usuários encaminhados pelo município consorciado deverão ser realizados exclusivamente por profissionais legalmente habilitados e regularmente inscritos no respectivo conselho de classe.

4.22 - Na execução do objeto deste Credenciamento a CONTRATADA 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.

4.23 - A CONTRATADA 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.

4.24 - Responsabilizar-se pelo cumprimento das obrigações previstas em Acordo, Convenção, ou Dissídio Coletivo de Trabalho das categorias abrangidas pelo contrato, e por todas as obrigações e encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, sociais, comerciais e os demais previstos em legislação específica, cuja inadimplência não transfere a responsabilidade ao CONTRATANTE, nos termos do artigo 121 da Lei nº 14.133/21.

4.25 - Prestar todo esclarecimento ou informação solicitada pelo CONTRATANTE ou por seus prepostos, garantindo-lhes o acesso aos documentos relativos à execução do objeto.

4.26 - Deverá apresentar ao CONTRATANTE, quando solicitado, informações, esclarecimentos e comprovantes referentes ao pagamento de salários e benefícios, às apólices de seguro contra acidentes de trabalho e à quitação de suas obrigações trabalhistas e previdenciárias, dentre outros, relativas aos seus colaboradores alocados na prestação dos serviços.

CLÁUSULA QUINTA - OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

5.1 – A CONTRATANTE, através da Sr.ª Rosmeri Florêncio Gonçalves Garcia, portadora do CPF sob o nº [redacted], Gestora Municipal de Saúde de Avanhandava/SP, acompanhará e fiscalizará os serviços, anotando em registro próprio as falhas e solicitando as medidas corretivas.

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

5.3 - Comunicar à CONTRATADA, formal e tempestivamente, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas no serviço fornecido, para que seja substituído, reparado ou corrigido.

5.4 - Notificar à CONTRATADA, por escrito e com antecedência, sobre multas, penalidades e quaisquer débitos de sua responsabilidade.

5.5 - Atender as solicitações e esclarecimentos todas as vezes que for requerido pelo ente consorciado, contratados 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.

5.6 - A Gestão deste contrato será realizada pelo Sr. Agnaldo Cesar Duarte, portador do CPF sob o nº [redacted], Secretário Executivo do CIMPE.

CLÁUSULA SEXTA - DO PREÇO

6.1 - A remuneração que fará jus a CONTRATADA, 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 estão inclusos todos os custos diretos ou indiretos, os encargos necessários à execução do objeto, encargos trabalhistas, transporte, seguros em geral, taxas, impostos, tarifas, insumos, materiais e outras quaisquer despesas que se fizerem necessária à boa execução do objeto deste contrato.

6.3 - Sobre o valor devido à CONTRATADA, 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 - A CONTRATADA 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 - A CONTRATADA 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 Avanhandava/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. A CONTRATADA 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.

7.2 - Os pagamentos serão realizados pela Tesouraria do CIMPE mediante crédito bancário em conta da CONTRATADA e serão efetuados 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 efetivamente realizada.

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

7.3.1 – Certificado de Regularidade do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), expedido pela Caixa Econômica Federal;

7.3.2 – Certidão Conjunta de Débitos Relativos a Tributos Federais, Dívida Ativa da União e Seguridade Social (abrangendo as contribuições para com a Previdência Social);

7.3.3 – Certidão de Regularidade para com a Fazenda Estadual do domicílio ou sede da empresa;

7.3.4 - Certidão de Regularidade para com a Fazenda Municipal do domicílio ou sede da empresa;

7.3.5 - Prova de Regularidade para com a Justiça do Trabalho (CNDT).

7.4 – A pendência de qualquer documento 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 E DA REVISÃO DOS VALORES

8.1 – A Administração do CIMPE poderá apresentar nova proposta de valores praticados a cada período de 12 (doze) meses, contados, para o primeiro reajuste, da data de publicação do Edital, considerada como a data em que a Administração apresentou sua proposta inicial de valores a serem pagos aos contratados, e, para os reajustes subsequentes, da data de início de vigência do reajuste anterior, observadas as disposições do Edital e da legislação aplicável.

8.1.1 – Os valores constantes do Anexo I do Edital e da Cláusula Primeira, item 1.1, deste contrato poderão ser reajustados, mediante análise e deliberação da Câmara Técnica do CIMPE, observados os critérios e parâmetros adotados pela Administração.

8.1.2 – Na hipótese de extinção, alteração ou impossibilidade de utilização do índice ou fator de atualização eventualmente adotado para o reajuste, será utilizado

outro índice ou critério que venha a ser legalmente admitido e formalmente definido pela Administração, observada a legislação vigente.

8.1.3 – O transcurso do período de 12 (doze) meses constituirá o marco temporal para a análise e eventual aplicação do reajuste, não implicando, por si só, alteração automática dos valores contratados. A atualização dos valores dependerá de análise e deliberação da Administração e deverá ser formalizada mediante o respectivo Termo Aditivo ou instrumento jurídico cabível, passando os novos valores a produzir efeitos a partir da data expressamente estabelecida no instrumento de formalização.

8.1.4 – Uma vez formalizado o reajuste, os novos valores serão aplicáveis aos contratos em vigor, a partir da data estabelecida no respectivo instrumento de formalização, bem como aos novos contratos celebrados posteriormente, enquanto permanecerem vigentes os valores atualizados.

8.2 – Os valores contratados poderão ser objeto de revisão para restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro, desde que demonstrada a ocorrência de fatos supervenientes que se enquadrem nas hipóteses previstas no art. 124, inciso II, da Lei Federal nº 14.133/2021, que provoquem efetiva alteração da relação econômico-financeira originalmente estabelecida, mediante requerimento devidamente fundamentado e comprovado pela CONTRATADA, sem prejuízo da análise e decisão da Administração.

8.2.1 – O pedido de revisão deverá ser instruído com documentação comprobatória suficiente para demonstrar o fato que ensejou o desequilíbrio e seu efetivo impacto sobre os custos da execução contratual, cabendo à Administração analisar a pertinência, extensão e comprovação do desequilíbrio alegado.

CLÁUSULA NONA - DA RESCISÃO/DESCREDENCIAMENTO E SANÇÕES PELA INADIMPLÊNCIA CONTRATUAL

9.1 – A CONTRATADA poderá ter seu contrato rescindido nas seguintes hipóteses cometidas:

9.1.1 - A não realização das ações e serviços de saúde contratados e a mudança de capacidade operativa do estabelecimento de saúde, sem acordo prévio;

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

9.1.3 - A paralisação da prestação do serviço, sem justa causa e prévia comunicação 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 com o Consórcio Intermunicipal da Microrregião de Penápolis, por prazo não superior a 03 (três) anos, de acordo com o inciso III, §4º, do Art. nº 156 da Lei Federal nº 14.133/2021.

d) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar junto à Administração Pública, de acordo com o inciso IV, §5º, do Art. nº 156 da Lei Federal nº 14.133/2021.

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

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 Contrato Prestação de Serviços pelo Sistema de Credenciamento poderá ser rescindido por interesse da CONTRATADA, mediante requerimento por escrito com antecedência de 60 (sessenta) dias, e desde que não prejudique os atendimentos já agendados, ou que venham a ser agendado antes de decorrido o prazo de 60

(sessenta) dias. Decorrido o prazo mencionado, será lavrado o Termo de Descredenciamento, 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 DA CONTRATADA

11.1 - Será expressamente vedada à sub-rogação da CONTRATADA, 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: 34 Avanhandava – outros serviços de terceiros.

14.2 - O custo estimado desta contratação é de aproximadamente R$ 576.537,96 (quinhentos e setenta e seis mil, quinhentos e trinta e sete reais e noventa e seis 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 02/11/2026 e vigorará até 01/11/2027, podendo ser prorrogado por períodos de 12 (doze) meses, a critério da Administração do CIMPE.

15.2 - O prazo de vigência deste instrumento poderá ser prorrogado por sucessíveis períodos, a critério da Administração do CIMPE, até o limite de 05 (cinco) anos, observada a legislação vigente e as disposições legais aplicáveis.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DOS CASOS OMISSOS

16.1 - Os casos omissos do presente instrumento serão resolvidos pela Secretaria Executiva do CIMPE, após ouvido a CONTRATADA, 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, 28 de outubro de 2026.

_____
Agnaldo Cesar Duarte
Contratante

_____
Maria de Lourdes Freitas Vidal
Contratada

Testemunhas:

_____
ELAINE DUARTE DA SILVA DOURADO
[redacted]

_____
INGRID POLIANA LIPPE MARQUES
[redacted]

TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

CONTRATANTE: Consórcio Intermunicipal da Microrregião de Penápolis - CIMPE
CONTRATADA: Center Vida Analises Clinicas LTDA
CONTRATO Nº: 101/2026
OBJETO: CREDENCIAMENTO de pessoa(s) jurídica(s) para 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 Avanhandava/SP, em conformidade com a Inexigibilidade nº 10/2026 – Processo nº 39/2026.

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, 28 de outubro de 2026.

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO/ENTIDADE:
Nome: AGNALDO CESAR DUARTE
Cargo: SECRETÁRIO EXECUTIVO
CPF: [redacted]

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: MARIA DE LOURDES FREITAS VIDAL
Cargo: SÓCIA PROPRIETÁRIA
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: ROSMERI FLORÊNCIO GONÇALVES GARCIA
Cargo: SECRETÁRIA DE SAÚDE DE AVANHANDAVA/SP
CPF: [redacted]
Assinatura: _____