



MUNICÍPIO DE VISTA ALEGRE DO ALTO

Praça Dr. E. H. Ower Sandolth, 278 – Fone: (16) 3277-8300 – Cep 15920-000

Vista Alegre do Alto- Estado de São Paulo

CNPJ – 52.854.775/0001-28

www.vistaalegrealto.sp.gov.br

e-mail : pmvaa@vistaalegrealto.sp.gov.br

CONTRATO ADMINISTRATIVO Nº 014/2018

TERMO DE CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA MUNICIPAL DE VISTA ALEGRE DO ALTO E A EMPRESA LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS SANTA RITA LTDA, TENDO POR OBJETIVO A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS, PARA O SETOR DE SAÚDE NO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES.

Aos 23 dias do mês de fevereiro de 2018, pelo presente instrumento público, nesta e na melhor forma de direito,, na presença das testemunhas infra-assinadas, compareceram as partes entre si justas e contratadas, de um lado o **MUNICÍPIO DE VISTA ALEGRE DO ALTO**, doravante denominada simplesmente CONTRATANTE, neste ato representada pelo Prefeito Municipal, Senhor **LUIS ANTONIO FIORANI** portador do RG nº 8.867.282-7 e CPF nº. 033.317.958-79, e de outro lado, a empresa **LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS SANTA RITA DE LTDA**, inscrita no CNPJ- 05.252.676/0001-95, estabelecida à Rua Manoel Marques nº 340, Centro, CEP 15920-000, na cidade de Vista Alegre do Alto, Estado de São Paulo, neste ato representada pela senhora **ELAINE CRISTINA DOS SANTOS**, RG- 23.152.476.6 e CPF- 152.804.728-16, residente a Rua Amazonas nº 278, Bairro Center Park, Vista Alegre do Alto, usuária do e-mail laboratorio_santa_rita@hotmail.com, daqui por diante denominada simplesmente CONTRATADA, para firmarem o presente contrato, nos termos da Lei Federal nº 8666/93, e mediante cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1 - A CONTRATADA em decorrência da Adjudicação que lhe foi feita no Processo nº. 1.790/2018, Pregão 007/2018, prestará serviços na realização de exames laboratoriais, colocando à disposição das pessoas carentes do município, devendo:

I – realizar para os pacientes carentes beneficiados, os exames laboratoriais, desde que apresentem a competente guia requisitória de emissão dos médicos do Centro de Saúde ou de quem ela expressamente vier a indicar;



MUNICIPIO DE VISTA ALEGRE DO ALTO

Praça Dr. E. H. Ower Sandolth, 278 – Fone: (16) 3277-8300 – Cep 15920-000

Vista Alegre do Alto- Estado de São Paulo

CNPJ – 52.854.775/0001-28

www.vistaalegrealto.sp.gov.br

e-mail : pmvaa@vistaalegrealto.sp.gov.br

-

II - atendimento até o limite de exames conforme anexados no presente contrato, junto ao laboratório da empresa, nos dias e horários estipulados pela mesma.

III - atender, indiscriminadamente, os indivíduos que lhe sejam encaminhados pelo órgão de saúde da contratante.

1.2 – A CONTRATADA obriga-se a respeitar os prazos e quantidades estabelecidas no Projeto Básico e seus anexos, que fazem parte integrante deste termo.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1 – Os serviços referidos na cláusula anterior, serão prestados em pacientes carentes da Unidade Mista de Saúde.

2.2 - As coletas dos exames laboratoriais de rotina/ambulatorial, **DESCRITOS NO LOTE 1**, deverão ocorrer todas as quartas-feiras por conta da CONTRANTE que irá utilizar o seu material e mão de obra, ficando a empresa CONTRATADA a coleta do material as quartas-feiras as 09horas e 30 minutos; transportá-los até o local da análise e emitir o resultado no máximo de 7(sete) dias corridos, onde os resultados deverão ser enviados através de email ou site da empresa ganhadora.

2.3- Os exames laboratoriais de Urgência, solicitados pela equipe médica em casos emergenciais, **DESCRITOS NO LOTE 2**, a empresa ganhadora deverá buscar o material, já coletada pela equipe do Município de Vista Alegre do Alto, e disponibilizar o resultado num período máximo de tempo de 02(duas) horas posteriores.

2.4- A coleta dos materiais para os exames deverá ocorrer na Unidade Mista de Saúde de Vista Alegre do Alto, situada a Avenida 18 de Fevereiro nº27, Centro, Cep: 15.920-000, Vista Alegre do Alto – SP, devendo este ocorrer por conta e risco da proponente vencedora até o local indicado, conforme orientação do Órgão Gestor.



MUNICIPIO DE VISTA ALEGRE DO ALTO

Praça Dr. E. H. Ower Sandolth, 278 – Fone: (16) 3277-8300 – Cep 15920-000

Vista Alegre do Alto- Estado de São Paulo

CNPJ – 52.854.775/0001-28

www.vistaalegrealto.sp.gov.br

e-mail : pmvaa@vistaalegrealto.sp.gov.br

-

2.5- A continuidade da execução dos serviços ora contratados, não implica vínculo empregatício entre os contraentes.

2.6 – As senhoras Sonia Priscila Mariotto Parizatti e Daniela Cristina Neves, irão encarregar-se do acompanhamento, fiscalização e da normatividade suplementar sobre a execução do objeto deste ajuste de acordo com a Portaria nº 029 de 01 de fevereiro de 2018.

CLÁUSULA TERCEIRA - DOS PREÇOS

3.1 - Pelos serviços efetivamente prestados, a CONTRATADA receberá a importância total de 425.200,00 (quatrocentos e vinte e cinco mil), durante 12 (doze) meses, não podendo cobrar dos pacientes atendidos, sob qualquer título ou pretexto, qualquer valor complementar.

3.2 – O preço avençado nesta cláusula não sofrerá, durante o prazo de vigência, qualquer reajuste ou correção monetária.

CLÁUSULA QUARTA - DO PAGAMENTO

4.1- O pagamento será efetuado de acordo com a requisição e o empenho solicitado pela Secretaria Municipal de Saúde, na segunda terça-feira do mês subsequente à prestação de serviço, conforme previsto no Decreto nº 3985 de 23 de outubro de 2014

4.2 - Para os fins desta cláusula, a CONTRATADA encaminhará, até 02 (dois) dias antes da data prevista, documento fiscal e relação de todos os exames efetuados no período, acompanhadas do competente termo de recebimento, passado na forma da cláusula nona.

CLÁUSULA QUINTA - DO PRAZO

5.1 - A duração do presente contrato será de 12 (doze) meses, devendo a CONTRATADA, ir iniciar os serviços no dia 01 de março de 2018 encerrará no dia 28 de fevereiro de 2019.



MUNICIPIO DE VISTA ALEGRE DO ALTO

Praça Dr. E. H. Ower Sandolth, 278 – Fone: (16) 3277-8300 – Cep 15920-000

Vista Alegre do Alto- Estado de São Paulo

CNPJ – 52.854.775/0001-28

www.vistaalegrealto.sp.gov.br

e-mail : pmvaa@vistaalegrealto.sp.gov.br

-

CLÁUSULA SEXTA - DO CRÉDITO

6.1 - As despesas decorrentes deste termo, correrão à conta de dotação própria consignada no orçamento-programa vigente, identificado através do código:

05.02.10.301.0010.20.43.3.3.90.39.00-00.05.0300- Despesa 243 Recursos do Tesouro Federal

05.02.10.301.0010.20.43.3.3.90.39.00-00.01.0310- Despesa 242 Recursos do Tesouro Municipal

CLÁUSULA SÉTIMA – DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

7.1 – A CONTRATADA fica obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessárias na execução dos serviços, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial do contrato.

7.2 – Fica dispensada a garantia contratual, nos termos do artigo 56, da precitada Lei.

CLÁUSULA OITAVA - DA RESCISÃO

8.1 - Este contrato poderá ser rescindido nas condições previstas no artigo 78 da Lei Federal nº 8666/93, modificada pela Lei nº 8883/94.

8.2 – Incorrendo culpa da CONTRATADA em caso de rescisão com base nos incisos XII à XVII, do artigo citado no sub-item anterior, será aquela ressarcida dos prejuízos regularmente comprovados.

CLÁUSULA NONA - DO RECEBIMENTO

9.1 – No último dia de cada mês, o Coordenador da Saúde, promoverá o recebimento dos serviços, lavrando-se termo assinado pelas partes desse contrato, do qual, constem as informações sobre o integral cumprimento das obrigações do CONTRATADO, no período correspondente.



MUNICIPIO DE VISTA ALEGRE DO ALTO

Praça Dr. E. H. Ower Sandolth, 278 – Fone: (16) 3277-8300 – Cep 15920-000

Vista Alegre do Alto- Estado de São Paulo

CNPJ – 52.854.775/0001-28

www.vistaalegrealto.sp.gov.br

e-mail : pmvaa@vistaalegrealto.sp.gov.br

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS PENALIDADES

10.1 – Pelo atraso injustificado ou inexecução total ou parcial do contrato, a CONTRATADA sujeitar-se-á as penalidades previstas no artigo 86 e 87 da Lei Federal nº 8666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA-PRIMEIRA – DA VINCULAÇÃO DO EDITAL

11.1 – Fica vinculado a este contrato administrativo, todas as cláusulas do edital de chamamento nº 015/2018.

CLÁUSULA DÉCIMA-SEGUNDA - DO FORO

12.1 - Fica eleito o Foro Distrital da Cidade de Pirangi, Comarca de Pirangi, com renúncia expressa de qualquer outro por mais privilegiado que seja, para dirimir qualquer questão resultante do ajuste, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por se acharem justos e contratados, assinam e rubricam o presente, em 03 (três) vias de igual teor, para todos os fins de direito, na presença das testemunhas abaixo.

Vista Alegre do Alto, 23 de fevereiro de 2018.

**LUIS ANTONIO FIORANI
PREFEITO MUNICIPAL
CONTRATANTE**

**ELAINE CRISTINA DOS SANTOS
LABORATÓRIO DE A. C. SANTA RITA LTDA
CONTRATADA**

TESTEMUNHAS:

**MARIA LUCIA LEOPOLDINO
RG. 9.528.662**

**NEUSA DA SILVA
RG: 24.534.333**



MUNICIPIO DE VISTA ALEGRE DO ALTO

Praça Dr. E. H. Ower Sandolth, 278 – Fone: (16) 3277-8300 – Cep 15920-000

Vista Alegre do Alto- Estado de São Paulo

CNPJ – 52.854.775/0001-28

www.vistaalegrealto.sp.gov.br

e-mail : pmvaa@vistaalegrealto.sp.gov.br

ANEXO I- PROJETO

1. JUSTIFICATIVA

Eu, Camila Dalócio, ocupante do cargo de Coordenador Municipal de Saúde, venho através deste justificar a necessidade de licitação de exames laboratoriais, devido o aumento da demanda populacional. Onde os exames atualmente realizados pelo Laboratório de Saúde Pública estão sendo insuficientes para atender os usuários deste serviço de Saúde.

2. ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS

2.1 Os exames licitados serão divididos em 02 (dois) lotes, um classificado como exames de natureza rotineira e exames de urgência.

2.2 As coletas dos exames laboratoriais de rotina/ambulatorial, deverão ocorrer todas as quartas-feiras por conta da CONTRANTE que irá utilizar o seu material e mão de obra, ficando a empresa CONTRATADA a coleta do material as quartas-feiras as 09horas e 30 minutos; transportá-los até o local da análise e emitir o resultado no máximo de 7(sete) dias corridos, onde os resultados deverão ser enviados através de email ou site da empresa ganhadora.

2.3 Os exames laboratoriais de Urgência, solicitados pela equipe médica em casos emergenciais, a empresa ganhadora deverá buscar o material, já coletada pela equipe do Município de Vista Alegre do Alto, e disponibilizar o resultado num período máximo de tempo de 02(duas) horas posteriores.

3. PERÍODO

A contratação deve ser para o período de 12 (doze) meses, na modalidade pregão presencial para registro de preço, menor preço global.

4. ITENS

LOTE 1- EXAMES ROTINEIROS



MUNICIPIO DE VISTA ALEGRE DO ALTO

Praça Dr. E. H. Ower Sandolth, 278 – Fone: (16) 3277-8300 – Cep 15920-000

Vista Alegre do Alto- Estado de São Paulo

CNPJ – 52.854.775/0001-28

www.vistaalegrealto.sp.gov.br

e-mail : pmvaa@vistaalegrealto.sp.gov.br

ITENS	TIPOS	QUANTIDADE	VALOR	TOTAL
1	ABO + RH	360	R\$ 4,00	R\$ 1.440,00
2	ÁCIDO ÚRICO	580	R\$ 3,00	R\$ 1.740,00
3	ALBUMINA	75	R\$ 5,00	R\$ 375,00
4	ALFAFETOPROTEINA	220	R\$ 20,00	R\$ 4.400,00
5	AMILASE	220	R\$ 3,00	R\$ 660,00
6	ANATOMO PATOLOGICO	75	R\$ 25,00	R\$ 1.875,00
7	ANTIBIOGRAMA	720	R\$ 5,00	R\$ 3.600,00
8	ARTRITEST (TESTE DO LATEX)	75	R\$ 5,00	R\$ 375,00
9	ASLO	150	R\$ 5,00	R\$ 750,00
10	BAAR P/ HANSENÍASE	75	R\$ 5,00	R\$ 375,00
11	BAAR P/ TUBERCULOSE	75	R\$ 5,00	R\$ 375,00
12	BILIRRUBINAS TOTAIS E FRAÇÕES	150	R\$ 5,00	R\$ 750,00
13	CALCIO	220	R\$ 3,50	R\$ 770,00
14	CALCIURIA	75	R\$ 3,50	R\$ 262,50
15	CÉLULAS LE	150	R\$ 10,00	R\$ 1.500,00
16	CLEARENCE DE CREATININA	75	R\$ 10,00	R\$ 750,00
17	COAGULOGRAMA	360	R\$ 15,00	R\$ 5.400,00
18	COLESTEROL HDL	435	R\$ 7,50	R\$ 3.262,50
19	COLESTEROL LDL	435	R\$ 5,00	R\$ 2.175,00
20	COLESTEROL TOTAL	865	R\$ 3,00	R\$ 2.595,00
21	COLESTEROL VLDL	220	R\$ 5,00	R\$ 1.100,00
22	CONTAGEM DE PLAQUETAS	75	R\$ 2,50	R\$ 187,50
23	CONTAGEM DE RETICULÓCITOS	75	R\$ 15,00	R\$ 1.125,00
24	COOMBS DIRETO	75	R\$ 5,00	R\$ 375,00
25	COOMBS INDIRETO	75	R\$ 8,40	R\$ 630,00



MUNICIPIO DE VISTA ALEGRE DO ALTO

Praça Dr. E. H. Ower Sandolth, 278 – Fone: (16) 3277-8300 – Cep 15920-000

Vista Alegre do Alto- Estado de São Paulo

CNPJ – 52.854.775/0001-28

www.vistaalegrealto.sp.gov.br

e-mail : pmvaa@vistaalegrealto.sp.gov.br

26	CPK	580	R\$ 30,00	R\$ 14.400,00
27	CREATININA	1010	R\$ 3,00	R\$ 3.030,00
28	CULTURA DE BK	75	R\$ 25,00	R\$ 1.875,00
29	CULTURA DE FEZES	75	R\$ 25,00	R\$ 1.875,00
30	CULTURA PARA IDENT. BACTERIAS	75	R\$ 20,00	R\$ 1.500,00
31	CULTURA SECREÇÃO VAGINAL	150	R\$ 25,00	R\$ 3.750,00
32	CULTURA URINA	290	R\$ 12,50	R\$ 3.625,00
33	CURVA GLICEMICA	75	R\$ 17,50	R\$ 1.312,50
34	DENGUE	2000	R\$ 30,00	R\$ 60.000,00
35	DHL	75	R\$ 10,00	R\$ 750,00
36	ELETROFORESE DE PROTEÍNAS	75	R\$ 10,00	R\$ 750,00
37	ERITROGRAMA	75	R\$ 8,00	R\$ 600,00
38	ESPERMOGRAMA	75	R\$ 10,00	R\$ 750,00
39	ESTRADIOL	150	R\$ 20,00	R\$ 3.000,00
40	FATOR ANTI-NÚCLEO	150	R\$ 15,00	R\$ 2.250,00
41	FATOR REUMATOIDE	75	R\$ 5,00	R\$ 375,00
42	FERRITINA	580	R\$ 15,00	R\$ 8.700,00
43	FERRO	435	R\$ 4,50	R\$ 1.957,50
44	FSH	60	R\$ 15,00	R\$ 900,00
45	FOSFATASE ALCALINA	150	R\$ 5,00	R\$ 750,00
46	FOSFORO	75	R\$ 3,50	R\$ 262,50
47	FTABS IGG	75	R\$ 15,00	R\$ 1.125,00
48	FTABS IGM	75	R\$ 20,00	R\$ 1.500,00
49	GAMA GT	290	R\$ 5,00	R\$ 1.450,00
50	GLICEMIA	1.440	R\$ 3,75	R\$ 5.400,00
51	HAV IGM	75	R\$ 20,00	R\$ 1.500,00



MUNICIPIO DE VISTA ALEGRE DO ALTO

Praça Dr. E. H. Ower Sandolth, 278 – Fone: (16) 3277-8300 – Cep 15920-000

Vista Alegre do Alto- Estado de São Paulo

CNPJ – 52.854.775/0001-28

www.vistaalegrealto.sp.gov.br

e-mail : pmvaa@vistaalegrealto.sp.gov.br

52	HBsAG - ANTIGENO "S"	75	R\$ 15,00	R\$ 1.125,00
53	HEMATÓCRITO	75	R\$ 5,00	R\$ 375,00
54	HEMOGLOBINA GLICOSILADA	720	R\$ 10,00	R\$ 7.200,00
55	HEMOGRAMA COMPLETO	1350	R\$ 10,00	R\$ 13.500,00
56	HEPATITE C	75	R\$ 20,00	R\$ 1.500,00
57	IMUNO PARA CHAGAS	75	R\$ 7,50	R\$ 562,50
58	IMUNO TOXOPLASMOSE IGG	435	R\$ 15,00	R\$ 6.525,00
59	IMUNO TOXOPLASMOSE IGM	735	R\$ 15,00	R\$ 11.025,00
60	LEUCOGRAMA	75	R\$ 5,00	R\$ 375,00
61	LH	150	R\$ 15,00	R\$ 2.250,00
62	LIPASE	75	R\$ 3,15	R\$ 236,25
63	LITIO	75	R\$ 15,00	R\$ 1.125,00
64	MACHADO GUERREIRO	75	R\$ 7,50	R\$ 562,50
65	MAGNESIO	75	R\$ 4,00	R\$ 300,00
66	MICROALBUMINA	75	R\$ 15,00	R\$ 1.125,00
67	MUCOPROTEINA	220	R\$ 3,75	R\$ 825,00
68	PARASITOLÓGICO	720	R\$ 5,00	R\$ 3.600,00
69	POTÁSSIO	435	R\$ 3,00	R\$ 1.305,00
70	PROGESTERONA	150	R\$ 15,00	R\$ 2.250,00
71	PROLACTINA	220	R\$ 15,00	R\$ 3.300,00
72	PROTEINA C REATIVA	360	R\$ 3,50	R\$ 1.260,00
73	PROTEINA TOTAIS E FRAÇÕES	75	R\$ 7,47	R\$ 560,25
74	PROTEINURIA 24H	150	R\$ 10,00	R\$ 1.500,00
75	PROTROMBINA	75	R\$ 10,00	R\$ 750,00
76	PSA	290	R\$ 20,00	R\$ 5.800,00



MUNICIPIO DE VISTA ALEGRE DO ALTO

Praça Dr. E. H. Ower Sandolth, 278 – Fone: (16) 3277-8300 – Cep 15920-000

Vista Alegre do Alto- Estado de São Paulo

CNPJ – 52.854.775/0001-28

www.vistaalegrealto.sp.gov.br

e-mail : pmvaa@vistaalegrealto.sp.gov.br

77	SANGUE OCULTO NAS FEZES	220	R\$ 15,00	R\$ 3.300,00
78	SÓDIO	290	R\$ 3,00	R\$ 870,00
79	T3	150	R\$ 10,00	R\$ 1.500,00
80	T4L	435	R\$ 10,00	R\$ 4.350,00
81	TAP	150	R\$ 10,00	R\$ 1.500,00
82	TEMPO DE COAGULAÇÃO	75	R\$ 5,00	R\$ 375,00
83	TESTE ANTI HIV	60	R\$ 20,00	R\$ 1.200,00
84	TESTE DE GRAVIDEZ	75	R\$ 15,00	R\$ 1.125,00
85	TESTOSTERONA	150	R\$ 15,00	R\$ 2.250,00
86	TGO	580	R\$ 3,00	R\$ 1.740,00
87	TGP	580	R\$ 3,00	R\$ 1.740,00
88	TRIGLICERIDES	865	R\$ 5,00	R\$ 4.325,00
89	TSH	720	R\$ 10,00	R\$ 7.200,00
90	TTPA	150	R\$ 15,00	R\$ 2.250,00
91	UREIA	720	R\$ 3,00	R\$ 2.160,00
92	URINA I	1.440	R\$ 6,00	R\$ 8.640,00
93	UROCULTURA	290	R\$ 12,50	R\$ 3.625,00
94	VDRL	75	R\$ 5,00	R\$ 375,00
95	VDRL PARA GESTANTE	75	R\$ 5,00	R\$ 375,00
96	VHS	290	R\$ 2,00	R\$ 580,00
97	VITAMINA B12	720	R\$ 20,00	R\$ 14.400,00
98	VITAMINA B9	720	R\$ 8,54	R\$ 6.148,80
99	VITAMINA D25	720	R\$ 20,00	R\$ 14.400,00
100	WALLER ROSE	75	R\$ 5,00	R\$ 375,00
TOTAL				R\$ 31.600,00

LOTE 2- EXAMES DE URGÊNCIA



MUNICIPIO DE VISTA ALEGRE DO ALTO

Praça Dr. E. H. Ower Sandolth, 278 – Fone: (16) 3277-8300 – Cep 15920-000

Vista Alegre do Alto- Estado de São Paulo

CNPJ – 52.854.775/0001-28

www.vistaalegrealto.sp.gov.br

e-mail : pmvaa@vistaalegrealto.sp.gov.br

ITENS	TIPOS	QUANTIDADE	VALOR	TOTAL
1	AMILASE	360	R\$ 5,00	R\$ 1.800,00
2	BILIRRUBINAS T/F	480	R\$ 5,00	R\$ 2.400,00
3	CKMB	720	R\$ 30,00	R\$ 21.600,00
4	CPK	720	R\$ 30,00	R\$ 21.600,00
5	CREATININA	600	R\$ 5,00	R\$ 3.000,00
6	FOSFATASE ALCALINA	360	R\$ 5,00	R\$ 1.800,00
7	GAMA GT	480	R\$ 5,00	R\$ 2.400,00
8	HEMOGRAMA COMPLETO	960	R\$ 10,00	R\$ 9.600,00
9	PCR	960	R\$ 5,00	R\$ 4.800,00
10	POTASSIO	600	R\$ 5,00	R\$ 3.000,00
11	SÓDIO	600	R\$ 5,00	R\$ 3.000,00
12	TGO	480	R\$ 5,00	R\$ 2.400,00
13	TGP	480	R\$ 5,00	R\$ 2.400,00
14	TROPONINA	720	R\$ 30,00	R\$ 21.600,00
15	URÉIA	600	R\$ 5,00	R\$ 3.000,00
16	URINA TIPO I	1200	R\$ 6,00	R\$ 7.200,00
			TOTAL	R\$ 111.600,00