



Estado do Rio Grande do Sul  
Prefeitura Municipal de Lavras do Sul  
CNPJ 88.201.298/0001-49  
Rua Cel. Meza, 373 – centro, Cx. Postal 05.  
CEP 97390-000  
Lavras do Sul/RS  
Fone:55 3282 1267

**EDITAL DE PROCESSO n° 40/2018**  
**CHAMAMENTO PÚBLICO03/2018**  
**CRENCIAMENTO PARA CONTRATAÇÃO DE LABORATÓRIO DE**  
**ANÁLISES CLÍNICAS.**

O Prefeito Municipal de Lavras do Sul, comunica aos interessados que está procedendo ao CHAMAMENTO PÚBLICO com fins de CRENCIAMENTO para **Contratação de LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS**. Os interessados deverão assinar o Termo de Credenciamento, durante a vigência do Chamamento e enviar juntamente com a documentação exigida neste Edital, para o Setor de Compras e Licitações, rua Cel. Meza, nº373, centro, Lavras do Sul, CEP 97390-000, Lavras do Sul/RS.

**1) DO OBJETO – Contratação de Laboratório de Análises Clínicas**

Contratação de Laboratório de Análises Clínicas, para prestação de serviços de análises de amostras coletadas dos pacientes SUS, mediante solicitação médica, em qualquer dia da semana, para os exames abaixo relacionados:

<b>Lote</b>	<b>Qtd.</b>	<b>Unid.</b>	<b>Especificação</b>	<b>Valor Unitário</b>	<b>Valor Total/mês</b>	<b>Valor Total/ano</b>
-------------	-------------	--------------	----------------------	-----------------------	------------------------	------------------------

**01**

40/mês

480/a no	Unid.	PSA LIVRE	<b>R\$ 49,35</b>		R\$ 1.974,00	<b>R\$ 23.688,00</b>
-------------	-------	--------------	------------------	--	--------------	----------------------

**02**

5/mês

60/an o	Unid.	CARBA MAZEP INA	<b>R\$ 54,25</b>		R\$ 271,25	<b>R\$ 3.255,00</b>
------------	-------	-----------------------	------------------	--	------------	---------------------

**03**

5/mês

60/an o	Unid.	FENOB ARBIT AL (dosage m)	<b>R\$ 54,25</b>		R\$ 271,25	<b>R\$ 3.255,00</b>
------------	-------	---------------------------------------	------------------	--	------------	---------------------

**04**

5/mês

60/an o	Unid.	ÁCIDO VALPR ÓICO (dosage m)	<b>R\$ 54,25</b>		R\$ 271,25	<b>R\$ 3.255,00</b>
------------	-------	---	------------------	--	------------	---------------------

**05**

15/mês

180/a no	Unid.	ANTIC ORPUS ANTI HBS	<b>R\$ 47,10</b>		R\$ 706,50	<b>R\$ 8.478,00</b>
-------------	-------	-------------------------------	------------------	--	------------	---------------------

**06**

5/mês

60/ano	Unid.	CA 19-9	<b>R\$ 71,60</b>	R\$ 358,00	<b>R\$ 4.296,00</b>
--------	-------	---------	------------------	------------	---------------------

**07**

5/mês

60/ano	Unid.	CA 15-3	<b>R\$ 71,60</b>	R\$ 358,00	<b>R\$ 4.296,00</b>
--------	-------	---------	------------------	------------	---------------------

**08**

5/mês

60/ano	Unid.	CA 125	<b>R\$ 71,60</b>	R\$ 358,00	<b>R\$ 4.296,00</b>
--------	-------	--------	------------------	------------	---------------------

**09**

5/mês

60/ano	Unid.	COMPLEMENTO C3	<b>R\$ 37,00</b>	R\$ 185,00	<b>R\$ 2.220,00</b>
--------	-------	----------------	------------------	------------	---------------------

**10**

5/mês

60/ano	Unid.	COMPLEMENTO C4	<b>R\$ 36,25</b>	R\$ 181,25	<b>R\$ 2.175,00</b>
--------	-------	----------------	------------------	------------	---------------------

**11**

5/mês

60/ano	Unid.	ANTI HBC TOTAL	<b>R\$ 47,00</b>	R\$ 235,00	<b>R\$ 2.820,00</b>
--------	-------	----------------	------------------	------------	---------------------

**12**

5/mês

60/ano	Unid.	DHEA SULFATO	<b>R\$ 53,75</b>	R\$ 268,75	<b>R\$ 3.225,00</b>
--------	-------	--------------	------------------	------------	---------------------

**13**

5/mês

60/ano	Unid.	ALFAFETOPROTEÍNA	<b>R\$ 41,64</b>	R\$ 208,20	<b>R\$ 2.498,40</b>
--------	-------	------------------	------------------	------------	---------------------

**14**

15/mês

180/ano	Unid.	ANTICORPOS ANTI DNA	<b>R\$ 26,98</b>	R\$ 404,70	<b>R\$ 4.856,40</b>
---------	-------	---------------------	------------------	------------	---------------------

**15**

15/mês

180/ano	Unid.	ANTIGENO AUSTRIA – HBSAG	<b>R\$ 31,50</b>	R\$ 472,50	<b>R\$ 5.670,00</b>
---------	-------	--------------------------	------------------	------------	---------------------

**16**

15/mês

180/ano	Unid.	FATOR ANTI	<b>R\$ 25,80</b>	R\$ 387,00	<b>R\$ 4.644,00</b>
---------	-------	------------	------------------	------------	---------------------

		NÚCLEO – FAN			
--	--	--------------	--	--	--

**17**

15/mês

180/ano	Unid.	ANTIGENO CARCINOEMBRIONÁRIO (CEA)	<b>R\$ 57,00</b>	R\$ 855,00	<b>R\$ 10.260,00</b>
---------	-------	-----------------------------------	------------------	------------	----------------------

**18**

5/mês

60/ano	Unid.	CÉLULAS CD4	<b>R\$ 68,98</b>	R\$ 344,90	<b>R\$ 4.138,80</b>
--------	-------	-------------	------------------	------------	---------------------

**19**

5/mês

60/ano	Unid.	CÉLULAS CD8	<b>R\$ 68,98</b>	R\$ 344,90	<b>R\$ 4.138,80</b>
--------	-------	-------------	------------------	------------	---------------------

**20**

10/mês

120/ano	Unid.	CITOMEGALOVIRUS IgG	<b>R\$ 35,00</b>	R\$ 350,00	<b>R\$ 4.200,00</b>
---------	-------	---------------------	------------------	------------	---------------------

**21**

10/mês

120/ano	Unid.	CITOMEGALOVIRUS IgM	<b>R\$ 35,33</b>	R\$ 353,30	<b>R\$ 4.239,60</b>
---------	-------	---------------------	------------------	------------	---------------------

**22**

5/mês

60/ano	Unid.	CHLAMEDIA TRACOMATIS IgG	<b>R\$ 50,68</b>	R\$ 253,40	<b>R\$ 3.040,80</b>
--------	-------	--------------------------	------------------	------------	---------------------

**23**

5/mês

60/ano	Unid.	CHLAMEDIA TRACOMATIS IgM	<b>R\$ 50,68</b>	R\$ 253,40	<b>R\$ 3.040,80</b>
--------	-------	--------------------------	------------------	------------	---------------------

**24**

15/mês

180/ano	Unid.	ANTICORPOS ANTI	<b>R\$ 42,75</b>	R\$ 641,25	<b>R\$ 7.695,00</b>
---------	-------	-----------------	------------------	------------	---------------------

		HIV 1 e 2			
--	--	--------------	--	--	--

**25**

15/mês

180/a no	Unid.	ANTIC ORPOS ANTI HCV	<b>R\$ 52,55</b>	R\$ 788,25	<b>R\$ 9.459,00</b>
-------------	-------	-------------------------------	------------------	------------	---------------------

**26**

15/mês

180/a no	Unid.	ANTIC ORPOS ANTI HVA IgG	<b>R\$ 41,30</b>	R\$ 619,50	<b>R\$ 7.434,00</b>
-------------	-------	--------------------------------------	------------------	------------	---------------------

**27**

15/mês

180/a no	Unid.	ANTIC ORPOS ANTI HVA IgM	<b>R\$ 41,30</b>	R\$ 619,50	<b>R\$ 7.434,00</b>
-------------	-------	--------------------------------------	------------------	------------	---------------------

**28**

15/mês

180/a no	Unid.	CHAG AS IgG	<b>R\$ 26,05</b>	R\$ 390,75	<b>R\$ 4.689,00</b>
-------------	-------	----------------	------------------	------------	---------------------

**29**

15/mês

180/a no	Unid.	CHAG AS IgM	<b>R\$ 30,80</b>	R\$ 462,00	<b>R\$ 5.544,00</b>
-------------	-------	----------------	------------------	------------	---------------------

**30**

15/mês

180/a no	Unid.	RUBÉO LA IgG	<b>R\$ 46,23</b>	R\$ 693,45	<b>R\$ 8.321,40</b>
-------------	-------	-----------------	------------------	------------	---------------------

**31**

15/mês

180/a no	Unid.	RUBÉO LA IgM	<b>R\$ 46,23</b>	R\$ 693,45	<b>R\$ 8.321,40</b>
-------------	-------	-----------------	------------------	------------	---------------------

**32**

20/mês

240/a no	Unid.	TOXOP LASM OSE IgG	<b>R\$ 44,10</b>	R\$ 882,00	<b>R\$ 10.584,00</b>
-------------	-------	-----------------------------	------------------	------------	----------------------

**33**

20/mês

240/a no	Unid.	TOXOP LASM OSE IgM	<b>R\$ 44,10</b>	R\$ 882,00	<b>R\$ 10.584,00</b>
-------------	-------	-----------------------------	------------------	------------	----------------------

**34**

15/mês

180/a no	Unid.	ÁCIDO FÓLIC	<b>R\$ 35,40</b>	R\$ 531,00	<b>R\$ 6.372,00</b>
-------------	-------	----------------	------------------	------------	---------------------

		O SÉRIC O			
--	--	-----------------	--	--	--

**35**

15/mês

180/a no	Unid.	FERRIT INA	<b>R\$ 46,55</b>	R\$ 698,25	<b>R\$ 8.379,00</b>
-------------	-------	---------------	------------------	------------	---------------------

**36**

20/mês

240/a no	Unid.	VITAM INA B12	<b>R\$ 40,40</b>	R\$ 808,00	<b>R\$ 9.696,00</b>
-------------	-------	---------------------	------------------	------------	---------------------

**37**

40/mês

480/a no	Unid.	TSH	<b>R\$ 38,65</b>	R\$ 1.546,00	<b>R\$ 18.552,00</b>
-------------	-------	-----	------------------	--------------	----------------------

**38**

40/mês

480/a no	Unid.	T3	<b>R\$ 31,05</b>	R\$ 1.242,00	<b>R\$ 14.904,00</b>
-------------	-------	----	------------------	--------------	----------------------

**39**

40/mês

480/a no	Unid.	T4	<b>R\$ 31,05</b>	R\$ 1.242,00	<b>R\$ 14.904,00</b>
-------------	-------	----	------------------	--------------	----------------------

**40**

40/mês

480/a no	Unid.	T4 LIVRE	<b>R\$ 32,70</b>	R\$ 1.308,00	<b>R\$ 15.696,00</b>
-------------	-------	-------------	------------------	--------------	----------------------

**41**

5/mês

60/an o	Unid.	TESRO STERO NA	<b>R\$ 40,45</b>	R\$ 202,25	<b>R\$ 2.427,00</b>
------------	-------	----------------------	------------------	------------	---------------------

**42**

5/mês

60/an o	Unid.	TESTO STERO NA LIVRE	<b>R\$ 41,95</b>	R\$ 209,75	<b>R\$ 2.517,00</b>
------------	-------	-------------------------------	------------------	------------	---------------------

**43**

15/mês

180/a no	Unid.	PROLA CTINA	<b>R\$ 38,65</b>	R\$ 579,75	<b>R\$ 6.957,00</b>
-------------	-------	----------------	------------------	------------	---------------------

**44**

15/mês

180/a no	Unid.	PROGE STERO NA	<b>R\$ 32,70</b>	R\$ 490,50	<b>R\$ 5.886,00</b>
-------------	-------	----------------------	------------------	------------	---------------------

**45**

15/mês

180/a no	Unid.	LH (Hormô nio Luteiniz	<b>R\$ 32,53</b>	R\$ 487,95	<b>R\$ 5.855,40</b>
-------------	-------	---------------------------------	------------------	------------	---------------------

		ante)			
<b>46</b>					
15/mês					
180/a no	Unid.	FSH (Hormô nio Estimul ante)	<b>R\$ 33,50</b>	R\$ 502,50	<b>R\$ 6.030,00</b>
<b>47</b>					
5/mês					
60/an o	Unid.	ESTRA DIOL	<b>R\$ 36,88</b>	R\$ 184,40	<b>R\$ 2.212,80</b>
<b>48</b>					
5/mês					
60/an o	Unid.	CORTI SOL	<b>R\$ 36,88</b>	R\$ 184,40	<b>R\$ 2.212,80</b>
<b>49</b>					
5/mês					
60/an o	Unid.	DHEA (Dehidr oepiand rosteron a)	<b>R\$ 49,60</b>	R\$ 248,00	<b>R\$ 2.976,00</b>
<b>50</b>					
5/mês					
60/an o	Unid.	HGH (Hormô nio Crescim ento Humano )	<b>R\$ 41,40</b>	R\$ 207,00	<b>R\$ 2.484,00</b>
<b>51</b>					
5/mês					
60/an o	Unid.	PTH (Parator mônio)	<b>R\$ 69,75</b>	R\$ 348,75	<b>R\$ 4.185,00</b>
<b>52</b>					
5/mês					
60/an o	Unid.	MONO TEST (Monon ucleose)	<b>R\$ 30,00</b>	R\$ 150,00	<b>R\$ 1.800,00</b>
<b>53</b>					
5/mês					
60/an o	Unid.	DIGOX INA (Dosage m)	<b>R\$ 35,65</b>	R\$ 178,25	<b>R\$ 2.139,00</b>
<b>54</b>					
5/mês					
60/an o	Unid.	LÍTIO (Dosage	<b>R\$ 30,15</b>	R\$ 150,75	<b>R\$ 1.809,00</b>

		m)			
--	--	----	--	--	--

**55**

10/mês

120/a no	Unid.	ELETR OFORE SE PROTE ÍNAS	<b>R\$ 38,25</b>	R\$ 382,50	<b>R\$ 4.590,00</b>
-------------	-------	---------------------------------------	------------------	------------	---------------------

**56**

30/mês

360/a no	Unid.	ELETR OFORE SE DA HEMO GLOBI NA	<b>R\$ 38,25</b>	R\$ 1.147,50	<b>R\$ 13.770,00</b>
-------------	-------	--	------------------	--------------	----------------------

**57**

30/mês

360/a no	Unid.	HEMO GLOBI NA GLICA DA HBA 1C	<b>R\$ 33,50</b>	R\$ 1.005,00	<b>R\$ 12.060,00</b>
-------------	-------	--	------------------	--------------	----------------------

**58**

5/mês

60/an o	Unid.	TESTE ORAL DE TOLER ÂNCIA LACTO SE	<b>R\$ 36,50</b>	R\$ 182,50	<b>R\$ 2.190,00</b>
------------	-------	--	------------------	------------	---------------------

**59**

10/mês

120/a no	Unid.	IMUNO GLOBU LINA E TOTAL (IGE TOTAL )	<b>R\$ 43,90</b>	R\$ 439,00	<b>R\$ 5.268,00</b>
-------------	-------	---	------------------	------------	---------------------

**60**

5/mês

60/an o	Unid.	IMUNO GLOBU LINA G (IgG)	<b>R\$ 43,65</b>	R\$ 218,25	<b>R\$ 2.619,00</b>
------------	-------	-----------------------------------	------------------	------------	---------------------

**61**

5/mês

60/an o	Unid.	IMUNO GLUBU LINA M (IgM)	<b>R\$ 43,65</b>	R\$ 218,25	<b>R\$ 2.619,00</b>
------------	-------	-----------------------------------	------------------	------------	---------------------

62  
5/mês

60/ano	Unid.	IMUNO GLUBO LINA A (IgA)	R\$ 43,65	R\$ 218,25	R\$ 2.619,00
--------	-------	-----------------------------------	-----------	------------	--------------

**TOTAL**

<b>ESTIMADO:</b>	<b>R\$ 379.781,40</b>
------------------	-----------------------

**I - CRITÉRIOS DE PARTICIPAÇÃO - PESSOAS FÍSICAS E/OU JURÍDICAS:**

As pessoas físicas ou jurídicas, interessadas em participar deverão enviar correspondência, durante a vigência do Chamamento (preenchimento de Termo de Adesão Anexo II do Edital) manifestando interesse na prestação dos serviços, para a Prefeitura Municipal de Lavras do Sul, Setor de Compras e Licitações, nas condições expressas neste Edital, em papel timbrado ou identificado, assinado e rubricado nas demais folhas.

**II - CONDIÇÕES PARA CREDENCIAMENTO**

a) As **Pessoas Físicas** interessadas na prestação dos serviços descrito no item I, deverão apresentar os seguintes documentos, em cópia autenticada em tabelionato ou pelo(s) servidor(es) encarregado (s) da recepção dos mesmos.

- 1) RG;
- 2) CPF;
- 3) Comprovante de residência;
- 4) Telefone para contato;
- 5) Comprovante de recolhimento do INSS como Autônomo referente ao último mês do exercício atual;
- 6) Alvará de localização de Prestador de Serviço fornecido pelo Município sede da Atividade;
- 7) Declaração de capacitação para realização dos serviços objeto deste credenciamento;
- 8) Cópia autenticada ou acompanhada do original, dos Certificados de conclusão de Curso de Especialização;
- 9) Cópia do Registro do Profissional no Conselho Regional ao qual pertence;
- 10) NIT – Número de Inscrição do Trabalhador;
- 11) Certidão Negativa de Débito Municipal, da sede do licitante;
- 12) Certidão Negativa de Débito Estadual;
- 13) Certidão Negativa Conjunta de Dívida Ativa da União e Débitos Previdenciários;
- 14) Declaração de Idoneidade (Anexo IV);
- 15) Declaração que não emprega menor (Anexo V);
- 16) Alvará Sanitário, ou documento que prove a isenção deste.

b) As **Pessoas Jurídicas** interessadas na prestação dos serviços descrito no item I, deverão apresentar os seguintes documentos, em original acompanhados de cópia para serem devidamente autenticados ou por cópias já autenticadas em Tabelionato:

- 1) CNPJ; Estatuto Social ou requerimento individual;
- 2) Cópia dos comprovantes da especialização referente aos profissionais que prestarão os serviços;
- 3) Certidão Negativa de Débito Municipal, da sede da empresa;
- 4) Certidão Negativa Estadual;
- 5) Certidão Negativa Conjunta de Dívida Ativa da União e Débitos Previdenciários;
- 6) Certidão Negativa de Débito junto ao FGTS;
- 7) Certidão Negativa de Débito Trabalhista;



- 8) **Certidão Negativa de Falência ou Concordata;**
- 9) **Alvará de localização da empresa, emitido pelo Município sede;**
- 10) **Alvará Sanitário da empresa, na forma da legislação vigente;**
- 11) **Cópia dos documentos de identidade e CPF dos possíveis prestadores do serviço, acompanhado de comprovante de endereço dos mesmos (conta de água, luz, telefone), bem como telefone para contato;**
- 12) **Cópia autenticada ou acompanhada do original, dos Certificados de conclusão de Curso de Especialização, dos profissionais do quadro da empresa que prestarão os serviços, objeto do presente Edital;**
- 13) **Cópia dos respectivos Registros dos profissionais que prestarão os serviços, no Conselho Regional de Medicina.**
- 14) **Se a empresa for optante pelo Simples, deverá apresentar declaração de contador, acompanhada do anexo no qual se enquadra sua atividade principal;**
- 15) **Declaração de idoneidade (Anexo IV);**
- 16) **Declaração do Trabalho de Menores (Anexo V).**

### **III - CONDIÇÕES PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS:**

1) É vedado:

- 1.1) O trabalho do credenciado em dependências ou setores próprios do Município;
- 1.2) O credenciamento de profissionais pertencentes ao quadro permanente do Município;
- 1.3) O credenciado subcontratar o serviço a ser prestado.
- 2) O Município reserva-se o direito de fiscalizar, de forma permanente, neste caso específico pela funcionária **Viviane Gonçalves Dias**, a prestação dos serviços pelos credenciados, podendo proceder o descredenciamento, na forma de rescisão contratual de acordo com a Lei Federal 8.666/93 e alterações posteriores, em casos de má prestação, verificada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa;
- 3) O credenciamento configurará uma relação contratual de prestação de serviços;
- 4) Não poderá exercer atividade, por credenciamento, o profissional que for servidor público em exercício do cargo em comissão ou função gratificada, ou que estiver em exercício de mandato eletivo ou com registro oficial de candidatura para qualquer desses cargos;
- 5) O credenciamento que venha a se enquadrar nas situações previstas no item anterior, terá suspensa a respectiva atividade, enquanto perdurar o impedimento.
- 6) O(s) Contrato(s) que venha(m) a ser formalizado(s) em decorrência do presente credenciamento, será(ão) regido(s) pela Lei Federal 8.666/93 e alterações posteriores.

### **IV- DO PAGAMENTO**

- 1) O pagamento pelos serviços prestados através deste credenciamento será efetuado mensalmente, em até 25 (vinte e cinco) dias consecutivos, tendo em conta o número de procedimentos efetivamente realizados e comprovados por encaminhamento do Município, multiplicado pelo valor estipulado pelo Município, caso à caso, conforme Anexo I, Termo de Referência;
- 2) A forma de pagamento do Município de Lavras do Sul é por empenho, com depósito em conta devidamente identificada pelo fornecedor em sua proposta. O pagamento somente será efetuado mediante apresentação de documento fiscal idôneo, com o devido visto do Fiscal da execução do contrato, neste caso a servidora **Viviane Gonçalves Dias**.

### **V - DA RESPONSABILIDADE DO CREDENCIADO:**

1- É de responsabilidade exclusiva e integral do credenciado, a utilização de pessoal para execução dos respectivos procedimentos, incluídos encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações, em nenhuma hipótese, poderão ser transferidos para o Município.

#### **1.2 - DAS PENALIDADES:**

A inexecução parcial ou total deste contrato ensejará à CONTRATADA as seguintes penalidades, de acordo com a Lei Federal 8.666/93 e suas alterações posteriores, sempre garantida a prévia defesa, não excluídas as demais previstas nos artigos 77 à 88 da referida Lei de Licitações:

**1.2.1 Advertência por escrito: sempre que ocorrerem pequenas irregularidades, assim consideradas as que não se enquadrarem nos dispositivos seguintes:**

**1.2.3 - Multa:**

**-Multa de 10% sobre o valor do contrato;**

**-Declaração de inidoneidade para contratar com a Administração Pública pelo prazo de 02(dois) anos.**

**VI - FORMALIZAÇÃO:**

1) O credenciamento será formalizado mediante termo próprio, contendo as cláusulas e condições previstas neste Edital, conforme Minuta de Contrato em anexo, regida pela Lei 8.666/93 e demais princípios do Direito.

**VII- INFORMAÇÕES:**

1) Maiores informações poderão ser obtidas junto ao Setor de Compras/Licitações, no prédio da Prefeitura Municipal de Lavras do Sul, endereço, e-mail e telefones no preâmbulo deste Edital.

**VIII - DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:**

**Servirá para manter as despesas decorrentes da contratação pretendida por este Chamamento Público, no ano de 2018, as seguintes dotações orçamentárias:**

0549 - 10.122.0213.2.082. 3.3.90.39.00.00.00.00.0040 – OSTPJ – R\$8.117,94.

0570 - 10.301.0225.2.085. 3.3.90.39.00.00.00.00.4510 – OSTPJ – R\$67.100,00.

0606 - 10.301.0225.2.103. 3.3.90.39.00.00.00.00.0040 – OSTPJ – R\$74.102,58.

0608 - 10.301.0225.2.103. 3.3.90.39.00.00.00.00.4520 – OSTPJ – R\$11.350,00.

0625 - 10.301.0225.2.109. 3.3.90.39.00.00.00.00.4011 – OSTPJ – R\$16.976,40.

**IX – ANEXOS AO EDITAL:**

Anexo I – Termo de Referência

Anexo II – Termo de Adesão,

Anexo III – Minuta de Contrato.

Anexo IV – Declaração de Idoneidade.

Anexo V – Declaração do Trabalho de menores.

Lavras do Sul, 17 de julho de 2018.

Sávio Johnston Prestes  
Prefeito Municipal



Estado do Rio Grande do Sul  
Prefeitura Municipal de Lavras do Sul  
CNPJ 88.201.298/0001-49  
Rua Cel. Meza, 373 – centro, Cx. Postal 05.  
CEP 97390-000  
Lavras do Sul/RS  
Fone:55 3282 1267

**- ANEXO I-  
-TERMO DE REFERÊNCIA-**

**PROCESSO Nº 40/2018  
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2018**

**OBJETO:** Credenciamento de Laboratório de Análises Clínicas

**JUSTIFICATIVA:** Necessita-se contratar um Laboratório de Análises Clínicas, para prestação de serviços de análises de amostras coletadas dos pacientes SUS, mediante solicitação médica, como forma de auxiliar um correto diagnóstico, sendo que este procedimento vem aumentando em virtude da grande variedade de doenças e inclusive variedade de exames que visam um entendimento mais apurado da doença, auxiliando o Médico no diagnóstico. A coleta deverá ser feita em qualquer dia da semana, de acordo com a solicitação médica.

**FORMA DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS:** Mediante requisição de exames, assinada por Médico do Sistema Único de Saúde (SUS), com a devida autorização da Secretaria de Saúde.

**DA ESTIMATIVA DE CUSTOS:**

Lote	Qtd.	Unid.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total/mês	Valor Total/ano
	01					
	40/mês					
480/a no	Unid.	PSA LIVRE	R\$ 49,35		R\$ 1.974,00	R\$ 23.688,00

02

5/mês

60/ano	Unid.	CARBA MAZEP INA	<b>R\$ 54,25</b>	R\$ 271,25	<b>R\$ 3.255,00</b>
--------	-------	-----------------------	------------------	------------	---------------------

**03**

5/mês

60/ano	Unid.	FENOB ARBIT AL (dosage m)	<b>R\$ 54,25</b>	R\$ 271,25	<b>R\$ 3.255,00</b>
--------	-------	---------------------------------------	------------------	------------	---------------------

**04**

5/mês

60/ano	Unid.	ÁCIDO VALPR ÓICO (dosage m)	<b>R\$ 54,25</b>	R\$ 271,25	<b>R\$ 3.255,00</b>
--------	-------	---	------------------	------------	---------------------

**05**

15/mês

180/ano	Unid.	ANTIC ORPUS ANTI HBS	<b>R\$ 47,10</b>	R\$ 706,50	<b>R\$ 8.478,00</b>
---------	-------	-------------------------------	------------------	------------	---------------------

**06**

5/mês

60/ano	Unid.	CA 19-9	<b>R\$ 71,60</b>	R\$ 358,00	<b>R\$ 4.296,00</b>
--------	-------	---------	------------------	------------	---------------------

**07**

5/mês

60/ano	Unid.	CA 15-3	<b>R\$ 71,60</b>	R\$ 358,00	<b>R\$ 4.296,00</b>
--------	-------	---------	------------------	------------	---------------------

**08**

5/mês

60/ano	Unid.	CA 125	<b>R\$ 71,60</b>	R\$ 358,00	<b>R\$ 4.296,00</b>
--------	-------	--------	------------------	------------	---------------------

**09**

5/mês

60/ano	Unid.	COMPL EMENT O C3	<b>R\$ 37,00</b>	R\$ 185,00	<b>R\$ 2.220,00</b>
--------	-------	------------------------	------------------	------------	---------------------

**10**

5/mês

60/ano	Unid.	COMPL EMENT O C4	<b>R\$ 36,25</b>	R\$ 181,25	<b>R\$ 2.175,00</b>
--------	-------	------------------------	------------------	------------	---------------------

**11**

5/mês

60/ano	Unid.	ANTI HBC TOTAL	<b>R\$ 47,00</b>	R\$ 235,00	<b>R\$ 2.820,00</b>
--------	-------	----------------------	------------------	------------	---------------------

**12**

5/mês

60/ano	Unid.	DHEA	<b>R\$ 53,75</b>	R\$ 268,75	<b>R\$ 3.225,00</b>
--------	-------	------	------------------	------------	---------------------

o		SULFA TO			
---	--	-------------	--	--	--

**13**

5/mês

60/ano	Unid.	ALFAF ETOPR OTEÍN A	<b>R\$ 41,64</b>	R\$ 208,20	<b>R\$ 2.498,40</b>
--------	-------	------------------------------	------------------	------------	---------------------

**14**

15/mês

180/ano	Unid.	ANTIC ORPOS ANTI DNA	<b>R\$ 26,98</b>	R\$ 404,70	<b>R\$ 4.856,40</b>
---------	-------	-------------------------------	------------------	------------	---------------------

**15**

15/mês

180/ano	Unid.	ANTIG ENO AUTRA LIA – HBSAG	<b>R\$ 31,50</b>	R\$ 472,50	<b>R\$ 5.670,00</b>
---------	-------	---	------------------	------------	---------------------

**16**

15/mês

180/ano	Unid.	FATOR ANTI NÚCLE O – FAN	<b>R\$ 25,80</b>	R\$ 387,00	<b>R\$ 4.644,00</b>
---------	-------	--------------------------------------	------------------	------------	---------------------

**17**

15/mês

180/ano	Unid.	ANTIG ENO CARCI NO EMBRI ONÁRI O (CEA)	<b>R\$ 57,00</b>	R\$ 855,00	<b>R\$ 10.260,00</b>
---------	-------	---	------------------	------------	----------------------

**18**

5/mês

60/ano	Unid.	CÉLUL AS CD 4	<b>R\$ 68,98</b>	R\$ 344,90	<b>R\$ 4.138,80</b>
--------	-------	---------------------	------------------	------------	---------------------

**19**

5/mês

60/ano	Unid.	CÉLUL AS CD 8	<b>R\$ 68,98</b>	R\$ 344,90	<b>R\$ 4.138,80</b>
--------	-------	---------------------	------------------	------------	---------------------

**20**

10/mês

120/ano	Unid.	CITOM EGALO VIRUS	<b>R\$ 35,00</b>	R\$ 350,00	<b>R\$ 4.200,00</b>
---------	-------	-------------------------	------------------	------------	---------------------

		IgG			
--	--	-----	--	--	--

**21**

10/mês

120/a no	Unid.	CITOM EGALO VIRUS IgM	<b>R\$ 35,33</b>	R\$ 353,30	<b>R\$ 4.239,60</b>
-------------	-------	--------------------------------	------------------	------------	---------------------

**22**

5/mês

60/an o	Unid.	CHLA MIDIA TRACO MATIS IgG	<b>R\$ 50,68</b>	R\$ 253,40	<b>R\$ 3.040,80</b>
------------	-------	--	------------------	------------	---------------------

**23**

5/mês

60/an o	Unid.	CHLA MIDIA TRACO MATIS IgM	<b>R\$ 50,68</b>	R\$ 253,40	<b>R\$ 3.040,80</b>
------------	-------	--	------------------	------------	---------------------

**24**

15/mês

180/a no	Unid.	ANTIC ORPOS ANTI HIV 1 e 2	<b>R\$ 42,75</b>	R\$ 641,25	<b>R\$ 7.695,00</b>
-------------	-------	--	------------------	------------	---------------------

**25**

15/mês

180/a no	Unid.	ANTIC ORPOS ANTI HCV	<b>R\$ 52,55</b>	R\$ 788,25	<b>R\$ 9.459,00</b>
-------------	-------	-------------------------------	------------------	------------	---------------------

**26**

15/mês

180/a no	Unid.	ANTIC ORPOS ANTI HVA IgG	<b>R\$ 41,30</b>	R\$ 619,50	<b>R\$ 7.434,00</b>
-------------	-------	--------------------------------------	------------------	------------	---------------------

**27**

15/mês

180/a no	Unid.	ANTIC ORPOS ANTI HVA IgM	<b>R\$ 41,30</b>	R\$ 619,50	<b>R\$ 7.434,00</b>
-------------	-------	--------------------------------------	------------------	------------	---------------------

**28**

15/mês

180/a no	Unid.	CHAG AS IgG	<b>R\$ 26,05</b>	R\$ 390,75	<b>R\$ 4.689,00</b>
-------------	-------	----------------	------------------	------------	---------------------

**29**

15/mês

180/a no	Unid.	CHAG AS IgM	<b>R\$ 30,80</b>	R\$ 462,00	<b>R\$ 5.544,00</b>
-------------	-------	----------------	------------------	------------	---------------------

**30**

15/mês

180/a no	Unid.	RUBÉO LA IgG	<b>R\$ 46,23</b>	R\$ 693,45	<b>R\$ 8.321,40</b>
-------------	-------	-----------------	------------------	------------	---------------------

**31**

15/mês

180/a no	Unid.	RUBÉO LA IgM	<b>R\$ 46,23</b>	R\$ 693,45	<b>R\$ 8.321,40</b>
-------------	-------	-----------------	------------------	------------	---------------------

**32**

20/mês

240/a no	Unid.	TOXOP LASM OSE IgG	<b>R\$ 44,10</b>	R\$ 882,00	<b>R\$ 10.584,00</b>
-------------	-------	-----------------------------	------------------	------------	----------------------

**33**

20/mês

240/a no	Unid.	TOXOP LASM OSE IgM	<b>R\$ 44,10</b>	R\$ 882,00	<b>R\$ 10.584,00</b>
-------------	-------	-----------------------------	------------------	------------	----------------------

**34**

15/mês

180/a no	Unid.	ÁCIDO FÓLIC O SÉRIC O	<b>R\$ 35,40</b>	R\$ 531,00	<b>R\$ 6.372,00</b>
-------------	-------	-----------------------------------	------------------	------------	---------------------

**35**

15/mês

180/a no	Unid.	FERRIT INA	<b>R\$ 46,55</b>	R\$ 698,25	<b>R\$ 8.379,00</b>
-------------	-------	---------------	------------------	------------	---------------------

**36**

20/mês

240/a no	Unid.	VITAM INA B12	<b>R\$ 40,40</b>	R\$ 808,00	<b>R\$ 9.696,00</b>
-------------	-------	---------------------	------------------	------------	---------------------

**37**

40/mês

480/a no	Unid.	TSH	<b>R\$ 38,65</b>	R\$ 1.546,00	<b>R\$ 18.552,00</b>
-------------	-------	-----	------------------	--------------	----------------------

**38**

40/mês

480/a no	Unid.	T3	<b>R\$ 31,05</b>	R\$ 1.242,00	<b>R\$ 14.904,00</b>
-------------	-------	----	------------------	--------------	----------------------

**39**

40/mês

480/a no	Unid.	T4	<b>R\$ 31,05</b>	R\$ 1.242,00	<b>R\$ 14.904,00</b>
-------------	-------	----	------------------	--------------	----------------------

**40**

40/mês

480/a no	Unid.	T4 LIVRE	<b>R\$ 32,70</b>	R\$ 1.308,00	<b>R\$ 15.696,00</b>
-------------	-------	-------------	------------------	--------------	----------------------

**41**

5/mês

60/ano	Unid.	TESRO STERO NA	<b>R\$ 40,45</b>	R\$ 202,25	<b>R\$ 2.427,00</b>
--------	-------	----------------------	------------------	------------	---------------------

**42**

5/mês

60/ano	Unid.	TESTO STERO NA LIVRE	<b>R\$ 41,95</b>	R\$ 209,75	<b>R\$ 2.517,00</b>
--------	-------	-------------------------------	------------------	------------	---------------------

**43**

15/mês

180/ano	Unid.	PROLA CTINA	<b>R\$ 38,65</b>	R\$ 579,75	<b>R\$ 6.957,00</b>
---------	-------	----------------	------------------	------------	---------------------

**44**

15/mês

180/ano	Unid.	PROGE STERO NA	<b>R\$ 32,70</b>	R\$ 490,50	<b>R\$ 5.886,00</b>
---------	-------	----------------------	------------------	------------	---------------------

**45**

15/mês

180/ano	Unid.	LH (Hormônio Luteinizante)	<b>R\$ 32,53</b>	R\$ 487,95	<b>R\$ 5.855,40</b>
---------	-------	----------------------------------	------------------	------------	---------------------

**46**

15/mês

180/ano	Unid.	FSH (Hormônio Estimulante)	<b>R\$ 33,50</b>	R\$ 502,50	<b>R\$ 6.030,00</b>
---------	-------	----------------------------------	------------------	------------	---------------------

**47**

5/mês

60/ano	Unid.	ESTRA DIOL	<b>R\$ 36,88</b>	R\$ 184,40	<b>R\$ 2.212,80</b>
--------	-------	---------------	------------------	------------	---------------------

**48**

5/mês

60/ano	Unid.	CORTI SOL	<b>R\$ 36,88</b>	R\$ 184,40	<b>R\$ 2.212,80</b>
--------	-------	--------------	------------------	------------	---------------------

**49**

5/mês

60/ano	Unid.	DHEA (Dehidroepiandrosterona)	<b>R\$ 49,60</b>	R\$ 248,00	<b>R\$ 2.976,00</b>
--------	-------	----------------------------------	------------------	------------	---------------------

**50**

5/mês

60/ano	Unid.	HGH (Hormônio)	<b>R\$ 41,40</b>	R\$ 207,00	<b>R\$ 2.484,00</b>
--------	-------	-------------------	------------------	------------	---------------------



		Crescimento Humano)			
--	--	---------------------	--	--	--

**51**

5/mês

60/ano	Unid.	PTH (Paratormônio)	<b>R\$ 69,75</b>	R\$ 348,75	<b>R\$ 4.185,00</b>
--------	-------	--------------------	------------------	------------	---------------------

**52**

5/mês

60/ano	Unid.	MONO TEST (Mononucleose)	<b>R\$ 30,00</b>	R\$ 150,00	<b>R\$ 1.800,00</b>
--------	-------	--------------------------	------------------	------------	---------------------

**53**

5/mês

60/ano	Unid.	DIGOXINA (Dosagem)	<b>R\$ 35,65</b>	R\$ 178,25	<b>R\$ 2.139,00</b>
--------	-------	--------------------	------------------	------------	---------------------

**54**

5/mês

60/ano	Unid.	LÍTIO (Dosagem)	<b>R\$ 30,15</b>	R\$ 150,75	<b>R\$ 1.809,00</b>
--------	-------	-----------------	------------------	------------	---------------------

**55**

10/mês

120/ano	Unid.	ELETRÓFORSE PROTEÍNAS	<b>R\$ 38,25</b>	R\$ 382,50	<b>R\$ 4.590,00</b>
---------	-------	-----------------------	------------------	------------	---------------------

**56**

30/mês

360/ano	Unid.	ELETRÓFORSE DA HEMOGLOBINA	<b>R\$ 38,25</b>	R\$ 1.147,50	<b>R\$ 13.770,00</b>
---------	-------	----------------------------	------------------	--------------	----------------------

**57**

30/mês

360/ano	Unid.	HEMOGLICIDA HBA 1C	<b>R\$ 33,50</b>	R\$ 1.005,00	<b>R\$ 12.060,00</b>
---------	-------	--------------------	------------------	--------------	----------------------

**58**

5/mês

60/ano	Unid.	TESTE ORAL	<b>R\$ 36,50</b>	R\$ 182,50	<b>R\$ 2.190,00</b>
--------	-------	------------	------------------	------------	---------------------

		DE TOLER ÂNCIA LACTO SE			
--	--	-------------------------------------	--	--	--

**59**

10/mês

120/a no	Unid.	IMUNO GLOBU LINA E TOTAL (IGE TOTAL )	<b>R\$ 43,90</b>	R\$ 439,00	<b>R\$ 5.268,00</b>
-------------	-------	---	------------------	------------	---------------------

**60**

5/mês

60/an o	Unid.	IMUNO GLOBU LINA G (IgG)	<b>R\$ 43,65</b>	R\$ 218,25	<b>R\$ 2.619,00</b>
------------	-------	-----------------------------------	------------------	------------	---------------------

**61**

5/mês

60/an o	Unid.	IMUNO GLUBU LINA M (IgM)	<b>R\$ 43,65</b>	R\$ 218,25	<b>R\$ 2.619,00</b>
------------	-------	-----------------------------------	------------------	------------	---------------------

**62**

5/mês

60/an o	Unid.	IMUNO GLUBO LINA A (IgA)	<b>R\$ 43,65</b>	R\$ 218,25	<b>R\$ 2.619,00</b>
------------	-------	-----------------------------------	------------------	------------	---------------------

**TOTAL**

<b>ESTIMADO:</b>	<b>R\$ 379.781,40</b>
------------------	-----------------------

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAVRAS DO SUL

R. Cel. Meza, nº 373 - Caixa Postal 05

Lavras do Sul/RS - CEP 97.390-000

Fone/Fax: (55) 3282 1267

e-mail: [comliclavrasdosul@gmail.com](mailto:comliclavrasdosul@gmail.com)

**- ANEXO II -**

**TERMO DE ADESÃO**  
**PROCESSO 40/2018 - CHAMAMENTO PÚBLICO 03/2018**  
**CREDENCIAMENTO PARA SERVIÇOS DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES**  
**CLÍNICAS**, sendo o valor unitário estimado, de acordo com o Termo de Referência (Anexo I) deste edital para cada exame realizado pelos pacientes encaminhados através da Secretaria de Saúde da **PREFEITURA MUNICIPAL DE LAVRAS DO SUL**.

O senhor(a) \_\_\_\_\_, profissional/empresa, cadastrado no município de \_\_\_\_\_, conforme cópia do Alvará de localização em anexo, como prestador de serviços de Laboratório de Análises Clínicas, na rua \_\_\_\_\_ portador do CNPJ nº \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob nº \_\_\_\_\_, com inscrição municipal nº \_\_\_\_\_, adere ao Processo 40/2018 - CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO - DO MUNICÍPIO DE LAVRAS DO SUL, ficando CIENTE e ACEITANDO todas as condições expressas pelo mesmo. Obedecendo aos preceitos legais de Direito Público, estando ciente de que, no caso de não cumprimento das condições exigidas, a qualquer tempo, pode ser anulado este Termo de Adesão, bem como o Contrato de Prestação de Serviço, dele emanado, sem prejuízos à Administração Pública Municipal.

Lavras do Sul, de de 2018.

Nome:  
Carimbo:

De Acordo:  
Sávio Johnston Prestes  
Prefeito Municipal

**ANEXO III- MINUTA DE CONTRATO**  
**MINUTA DE CONTRATO Nº /2018**

**Para contratação de Laboratório de Análises Clínicas**, a ser prestado no município de Lavras do Sul, que entre si celebram, de um lado o MUNICÍPIO DE LAVRAS DO SUL, pessoa

jurídica de direito público interno, com sede à Rua Cel. Meza, nº 373, nesta cidade, inscrita no CGC/MF sob nº 88.201.298/0001-49, representado pelo Senhor Prefeito Municipal, Senhor Sávio Johnston Prestes, brasileiro, solteiro, servidor público municipal, portador da identidade n.º 1034056307, CPF n.º 487.828.580-04, residente e domiciliado à rua Tiradentes, nº291, doravante denominado simplesmente CONTRATANTE e o senhor ..... com sede à rua ....., nº ....., na cidade de Lavras do Sul/RS, CEP 97.390-000, neste ato representada pelo acima citado, portador da CI nº ....., inscrito no CIC com o nº ....., conforme Termo de Adesão ao Chamamento Público para Credenciamento nº 03/2018 - Processo 40/2018 (fl. ....), doravante denominada CONTRATADA, tendo em vista os documentos juntados ao presente processo, de acordo com a legislação em vigor, mediante o estabelecimento das seguintes cláusulas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO:**

Prestar serviços de Análises de amostras coletadas dos pacientes SUS, no município de Lavras do Sul –RS a serem prestados na sede do município credenciado, a pacientes encaminhados pelo Serviço Único de Saúde do município, pelo período de um ano, podendo ser prorrogado por igual período desde que, haja interesse de ambas as partes.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DO VALOR E FORMA DE PAGAMENTO:**

Pela prestação dos serviços, objeto deste contrato, observado o limite máximo mensal/anual de exames previsto, a CONTRATADA receberá valor específico, por exame, de acordo com o Termo de Referência (Anexo I) deste edital, a ser pago pela CONTRATANTE em até 25 (vinte e cinco) dias consecutivos após a entrega de documento fiscal hábil, acompanhada da relação dos serviços (exames) prestados, após a realização dos mesmos, sendo que serão retidos os valores por ventura incidentes sobre a atividade, na forma da legislação vigente, à cargo da Tesouraria na ocasião do pagamento, conforme determina a legislação em vigor.

**CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA:**

Além das obrigações elencadas na cláusula anterior, são obrigações adicionais da CONTRATADA:

- Realizar a coleta das amostras que se fizerem necessárias para a realização das análises laboratoriais, sempre que solicitado pelo Médico que está tratando o paciente internado, em qualquer dia da semana;
- Levar, imediatamente, ao conhecimento do fiscal do contrato, qualquer fato extraordinário ou anormal que ocorra durante a execução do contrato, para adoção de medidas cabíveis, bem como, comunicar por escrito e de forma detalhada, todo tipo de acidente que eventualmente, venha a ocorrer;
- Prover o pessoal necessário para garantir a execução do contrato, sem interrupção;
- Substituir, sempre que exigido pelo gestor do contrato, qualquer profissional cuja atuação, permanência e/ou comportamento sejam prejudiciais, inconvenientes, insatisfatórios à disciplina da repartição ou ao interesse do contrato, ou ainda, incompatíveis com a prestação de serviço que lhe forem atribuídas;
- Responder pelo cumprimento dos postulados legais vigentes no âmbito federal, estadual ou municipal;
- Responder pelos danos causados ao Município ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo, quando da execução do contrato;
- Responder pelo cumprimento dos postulados legais vigentes no âmbito federal, estadual ou municipal;
- Responder pelos danos causados ao Município ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo, quando da execução do contrato;
- Obedecer às normas e rotinas do Município, em especial as que disserem respeito à segurança, à guarda, à manutenção e à integridade das informações existentes ou geradas durante a execução do contrato;
- Prestar os serviços de realização de exames laboratoriais de acordo com as necessidades expressas em solicitação médica, referente à pacientes SUS – de acordo com as especificações dadas, atendendo as necessidades a que se destina, cumprindo prazos e horários compatíveis com a atividade;
- Apresentar, sempre que for emitida Nota Fiscal para recebimento do valor ajustado entre as

partes, cópias do comprovantes das solicitações de exames emitidas pelos Médicos que estão tratando dos pacientes SUS, com relação nominal dos exames efetivamente realizados, acompanhados dos valores unitários e totais dos mesmos, para fins de controle por parte da CONTRATANTE;

- Apresentar quaisquer esclarecimentos referentes à prestação dos serviços sempre que solicitado pela CONTRATANTE;

- Prestar o serviço em local não pertencente ao município;

- Quando do pagamento mensal, apresentar relação de pacientes atendidos no período de um mês, para recebimento dos valores correspondentes.

1) É vedado:

1.1) O trabalho do credenciado em dependências ou setores próprios do Município;

1.2) O credenciamento de profissionais pertencentes ao quadro permanente do Município;

1.3) O credenciado subcontratar o serviço a ser prestado.

2) O Município reserva-se o direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação dos serviços pelos credenciados, podendo proceder o descredenciamento, na forma de rescisão contratual de acordo com a Lei Federal 8.666/93 e alterações posteriores, em casos de má prestação, verificada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa;

3) O credenciamento configurará uma relação contratual de prestação de serviços;

4) O teto máximo de consultas/mês, para pessoa física, corresponderá de acordo com a escolha do beneficiário, por um dos médicos credenciados, devidamente habilitados no presente procedimento;

5) Não poderá exercer atividade, por credenciamento, o profissional que for servidor público em exercício do cargo em comissão ou função gratificada, ou que estiver em exercício de mandato eletivo ou com registro oficial de candidatura para qualquer desses cargos;

6) O credenciamento que venha a se enquadrar nas situações previstas no item anterior, terá suspensão a respectiva atividade, enquanto perdurar o impedimento.

7) Este contrato, será regido pela Lei Federal 8.666/93 e alterações posteriores.

8) Apresentar quaisquer esclarecimentos referentes à prestação dos serviços sempre que solicitado pela CONTRATANTE.

#### **CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE:**

Ao CONTRATANTE caberão as seguintes obrigações:

- Assegurar-se de que os preços contratados estão compatíveis com aqueles praticados no mercado, objeto deste Contrato, bem como do Edital e seus anexos, de forma a garantir a contratação mais vantajosas para o Município;

- Efetuar o pagamento à Contratada de acordo com as condições de preços e prazos deste projeto básico;

- Designar um servidor para realizar a fiscalização e o acompanhamento da Execução do contrato, devendo este fazer anotações e registros de todas as ocorrências, determinando o que for necessário à regularização das falhas ou defeitos observados;

- Relacionar-se com a contratada exclusivamente por meio de pessoa por ela indicada quando da assinatura do contrato (seu preposto);

- Prestar as informações e os esclarecimentos que venham a ser solicitados pela Contratada;

- Fiscalizar o cumprimento das obrigações assumidas pela Contratada, inclusive quando à continuidade do contrato que, ressalvados os casos de força maior, justificados e aceitos pela autoridade superior, não devem ser interrompidas;

- Emitir, por intermédio do fiscal do contrato/processo relatórios sobre os atos referentes à execução do Contrato que vier a ser celebrado, em especial, quanto ao acompanhamento e fiscalização do mesmo, à exigência de condições estabelecidas e à proposta de aplicação de sanções;

- Acompanhar e fiscalizar o andamento do contrato, por intermédio do fiscal do contrato/processo;

- Encaminhar de maneira formal, os pacientes a serem atendidos pelo laboratório contratado;

- Fornecer os dados solicitados pela CONTRATADA, por escrito e no prazo estipulado neste contrato, de acordo com as orientações emanadas deste;

- Efetuar mensalmente os pagamentos conforme ajustado neste instrumento;
- Conceder reajuste anual pelo IGPM.

**CLÁUSULA QUINTA - DA VIGÊNCIA:**

O presente contrato vigora da data de sua assinatura por um período de 01 (um) ano, podendo ser prorrogado por igual período, desde que, haja interesse de ambas as partes.

**CLÁUSULA SEXTA - DOS ENCARGOS SOCIAIS:**

As despesas com deslocamento, encargos sociais, fiscais, previdenciários e trabalhistas e quaisquer outros que se fizerem necessários ao cumprimento do presente contrato, serão suportadas pela CONTRATADA, sendo esta responsável exclusiva pelas ações penais, cíveis, comerciais que puderem advir da prestação dos referidos serviços.

**CLÁUSULA SÉTIMA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:**

As despesas decorrentes deste contrato correrão à conta da seguinte dotação orçamentária:

- 0549 - 10.122.0213.2.082. 3.3.90.39.00.00.00.00.0040 – OSTPJ – R\$8.117,94.
- 0570 - 10.301.0225.2.085. 3.3.90.39.00.00.00.00.004510 – OSTPJ – R\$67.100,00.
- 0606 - 10.301.0225.2.103. 3.3.90.39.00.00.00.00.0040 – OSTPJ – R\$74.102,58.
- 0608 - 10.301.0225.2.103. 3.3.90.39.00.00.00.00.004520 – OSTPJ – R\$11.350,00.
- 0625 - 10.301.0225.2.109. 3.3.90.39.00.00.00.00.004011 – OSTPJ – R\$16.976,40.

**CLÁUSULA OITAVA - DAS PENALIDADES:**

A inexecução parcial ou total deste contrato ensejará à CONTRATADA as seguintes penalidades, de acordo com a Lei Federal 8.666/93 e suas alterações posteriores, sempre garantida a prévia defesa, não excluídas as demais previstas nos artigos 77 à 88 da referida Lei de Licitações:

**Advertência por escrito: sempre que ocorrerem pequenas irregularidades, assim consideradas as que não se enquadrarem nos dispositivos seguintes:**

**8.2 - Multa:**

**8.2.1 Multa de 10% sobre o valor do contrato;**

**8.2.2 Declaração de inidoneidade para contratar com a Administração Pública pelo prazo de 02(dois) anos.**

**CLÁUSULA NONA - RESCISÃO DO CONTRATO**

O descumprimento, por parte da **CONTRATADA**, de suas obrigações legais ou contratuais assegura à **CONTRATANTE** o direito de rescindir o Contrato, nos casos e formas dispostos nos artigos 77 a 80 da Lei n.º 8666/93, sem prejuízo das demais cominações cabíveis.

**CLÁUSULA DÉCIMA - DO FORO:**

É competente o Foro da comarca de Lavras do Sul para dirimir qualquer controvérsia que se originar deste contrato.

E, por estarem assim certas e ajustadas, as partes assinam este instrumento, em duas vias de igual teor e forma, após lidas e achadas conforme.

Gabinete do Prefeito de Lavras do Sul, \_\_\_ de \_\_\_ de 2.018.

\_\_\_\_\_  
Sávio Johnston Prestes  
Prefeito Municipal

\_\_\_\_\_  
CONTRATADA

Testemunhas:

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

**ANEXO IV**

## DECLARAÇÃO de IDONEIDADE

A empresa ....., através de seu representante legal, Sr.(a)....., CPF..... Sócio-Gerente **DECLARA**, para fins de direito, na qualidade de PROPONENTE da Licitação instaurada pela PREFEITURA MUNICIPAL DE LAVRAS DO SUL, **Processo nº 40/2018**, na modalidade CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. **03/2018**, credenciamento para contratação de laboratório de análises clínicas, que não foi declarada **INIDÔNEA** para licitar com o PODER PÚBLICO, em qualquer de suas esferas.

Por ser a expressão da verdade, firma a presente.

Lavras do Sul,.....de .....2018.

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL ACIMA QUALIFICADO E  
CARIMBO DA EMPRESA

*(Se PROCURADOR, anexar cópia da PROCURAÇÃO autenticada ou com o original para que se proceda à autenticação)*

**ANEXO V**

**CHAMAMENTO PÚBLICO Nº03/2018.**

**DECLARAÇÃO do TRABALHO DE MENORES**

A empresa ....., através de seu representante legal, Sr.(a) ....., CPF ....., Sócio-Gerente, **DECLARA**, para fins de direito, na qualidade de PROPONENTE da Licitação instaurada pela PREFEITURA MUNICIPAL DE LAVRAS DO SUL, **Processo nº 40/2018**, na modalidade **CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2018**, credenciamento para contratação de laboratório de análises clínicas, que não possui em seus quadros pessoa menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e que não emprega pessoas menores de dezesseis anos.

Por ser a expressão da verdade, firma a presente.

Lavras do Sul, de                      de 2018.

---

(Assinatura do representante da empresa)