



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

**CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS 001 / 2018, TERMO DE INEXIGIBILIDADE 001 / 2018, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO.**

**TERMO DE CONTRATO Nº 002/2018 PMAP, QUE ENTRE SI FAZEM O MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO, ATRAVÉS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE A EMPRESA LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS DE ICARAÍMA LTDA ME OBJETIVANDO A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO - PARANÁ.**

O **MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ-MF sob o número **95.640.736/0001-30**, com sede na AVENIDA PEDRO AMARO DOS SANTOS, Nº. 900 neste ato representado pelo Senhor Prefeito Municipal, **DERCIO JARDIM JUNIOR**, Prefeito Municipal, Portador da Cédula de Identidade nº 1.649.033-4 SSP/PR, devidamente inscrito no CPF sobre o número 474.519.719-53, residente e domiciliado na RUA PROFESSORA RITA HELENA GARCIA MELO, Nº.735, no Município de Alto Paraíso, Estado do Paraná – Pr, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, pessoa jurídica, inscrita no CNPJ sobre o número **09.251.282/0001-74**, com sede na AVENIDA AUGUSTO JOSÉ DE SOUZA, Nº 1986, CEP: 87528-000, neste ato representado por seu Secretário de Saúde Sr. **RODRIGO WESLEY SOBREIRA REVESSO**, brasileiro, servidor publico municipal, portador da Cédula de Identidade nº 10.187.309-9, devidamente inscrito no **CPF, sobre o número**, 061.355.079-07, residente e domiciliado na rua JOSUÉ BALTAZAR RODRIGUES, Nº 1167, na cidade de Alto Paraíso – Paraná, doravante denominado simplesmente **CREDENCIANTE** e **LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS DE ICARAÍMA LTDA ME**, empresa Jurídica de direitos privados, inscrita no CNPJ nº: 07.783.149/0001-33, com sede na Av. Aldo Guirardello, 337 - Centro, Centro, Icaraíma – Pr, nesse ato representado pelo **Sr. ADELSON BENEDITO VICENTIM**, Brasileiro, Aposentado, RG. nº: 1.333.670-9-SESP/PR, CPF/MF nº. 142.943.979-34, doravante denominada simplesmente **CREDENCIADO**, perante as testemunhas abaixo firmadas, pactuam o presente termo, cuja celebração foi autorizada de acordo com o Edital de Credenciamento Universal nº 001/2018, Termo de Inexigibilidade nº 001/2018, Processo nº 004/2018, homologado em 01/02/2018, e que se regerá pelas Leis Federais nºs 8142/90, 8.666/93 e alterações posteriores, Lei 15.708/2009, Portarias nºs. 358/2006 e 2048/2009 do Ministério da Saúde e Resolução Normativa - RN nº. 71/2004-ANSS, da Agência Nacional de Saúde Suplementar e demais entidades vinculadas ao Sistema Único de Saúde – SUS e Acórdão 1633/2008, bem como nas recomendações técnicas e jurisprudenciais do E. Tribunal de Contas da União e dos Colendos Tribunais de Contas Estaduais, atendidas as cláusulas e condições a seguir enunciadas:

## **CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

O CREDENCIADO e contratação de Pessoa Jurídica da área da saúde para atendimento geral, ESF, Estratégia saúde da família, atendimento de urgência e emergência serviços de saúde complementar e demais especialidades medicas, para preenchimento dos referidos cargos para o exercício de 2018, conforme o termo descritivo Anexo V, para a Saúde Pública do Município de ALTO PARAÍSO:



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

| Nº<br>ITEM | SERVIÇOS                                                                    | R\$   |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------|
| 55         | EXAME LABORATORIAL - TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO - KPTT         | 8,40  |
| 56         | EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - ACIDO FOLICO                                | 10,20 |
| 57         | EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - ACIDO ÚRICO                                 | 9,50  |
| 58         | EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - AMILASE                                     | 37,72 |
| 59         | EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - BACTERIOSCOPIA DE SECREÇÃO VAGINAL (LAMINA) | 13,50 |
| 60         | EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - CÁLCIO                                      | 5,71  |
| 61         | EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - COLESTEROL TOTAL                            | 4,74  |
| 62         | EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - CPK                                         | 6,57  |
| 63         | EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - CREATININA                                  | 5,71  |
| 64         | EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - CURVA GLICÊMICA                             | 9,49  |
| 65         | EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - ELETROFORESE DE PROTEINAS                   | 13,55 |
| 66         | EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - FERRITINA                                   | 7,50  |
| 67         | EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - FOSFATASE ÁCIDA                             | 18,38 |
| 68         | EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - FOSFATASE ALCALINA                          | 18,38 |
| 69         | EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - FOSFOLÍPÍDEOS                               | 32,88 |
| 70         | EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)         | 22,00 |
| 71         | EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - GLICOSE                                     | 4,06  |
| 72         | EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - HDL                                         | 14,22 |
| 73         | EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - HEMOGLOBINA GLICOSADA                       | 8,50  |
| 74         | EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - L D H                                       | 14,41 |
| 75         | EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - LDL                                         | 13,83 |
| 76         | EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - LIPÍDIOS TOTAIS                             | 10,64 |
| 77         | EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - NA-SODIO                                    | 7,50  |
| 78         | EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - POTÁSSIO                                    | 9,38  |
| 79         | EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - PROTEINAS TOTAIS E FRAÇÕES                  | 7,89  |
| 80         | EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - RESERVA ALCALINA                            | 14,31 |
| 81         | EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - SATURAÇÃO TRANSFERRINA                      | 16,00 |
| 82         | EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - TRIGLICERÍDEOS                              | 4,70  |
| 83         | EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - URÉIA                                       | 4,74  |
| 84         | EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - VITAMINA B12                                | 20,00 |
| 85         | EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - VITAMINA D-25 - DIHIDROXI                   | 25,00 |
| 86         | EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - VLDL                                        | 14,41 |
| 87         | EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - FERRO SÉRICO                                | 8,00  |
| 88         | EXAME LABORATORIAL COPROLOGICOS - PSO - PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES | 7,50  |
| 89         | EXAME LABORATORIAL DE ATIVIDADES REUMÁTICOS - A S O                         | 9,65  |
| 90         | EXAME LABORATORIAL DE ATIVIDADES REUMÁTICOS - FAN                           | 33,97 |
| 91         | EXAME LABORATORIAL DE ATIVIDADES REUMÁTICOS - LÁTEX                         | 6,44  |
| 92         | EXAME LABORATORIAL DE ATIVIDADES REUMÁTICOS - MUCOPROTEINAS                 | 10,71 |
| 93         | EXAME LABORATORIAL DE ATIVIDADES REUMÁTICOS - PROTEINA C. REATIVA           | 6,72  |



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

|     |                                                                                 |       |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 94  | EXAME LABORATORIAL DE ATIVIDADES REUMÁTICOS - PROVA DE ROSE                     | 5,69  |
| 95  | EXAME LABORATORIAL DE ATIVIDADES REUMÁTICOS - VHS                               | 41,06 |
| 96  | EXAME LABORATORIAL DE BACTERIOLOGICOS - BACTERIOSCOPIA                          | 8,68  |
| 97  | EXAME LABORATORIAL DE BACTERIOLOGICOS - CULTURA + ANTIBIOGRAMA SECREÇÃO VAGINAL | 14,00 |
| 98  | EXAME LABORATORIAL DE BACTERIOLOGICOS - CULTURA COM ANTIBIOG.                   | 6,90  |
| 99  | EXAME LABORATORIAL DE BACTERIOLOGICOS - CULTURA DE URINA                        | 5,08  |
| 100 | EXAME LABORATORIAL DE BACTERIOLOGICOS - STREPTOCOCCUS DO GRUPO B                | 14,00 |
| 101 | EXAME LABORATORIAL DE BACTERIOSCOPIA (FEZES)                                    | 4,40  |
| 102 | EXAME LABORATORIAL DE BACTERIOSCOPIA (URINA)                                    | 3,22  |
| 103 | EXAME LABORATORIAL DE CONTAGENS E COLÔNIAS (URINA)                              | 7,16  |
| 104 | EXAME LABORATORIAL DE CULTURA (URINA)                                           | 8,99  |
| 105 | EXAME LABORATORIAL DE CULTURA DE FEZES (COPROCULTURA) (FEZES)                   | 9,86  |
| 106 | EXAME LABORATORIAL DE CULTURA E ANTIBIOGRAMA (FEZES)                            | 5,69  |
| 107 | EXAME LABORATORIAL DE CULTURA E ANTIBIOGRAMA (URINA)                            | 8,82  |
| 108 | EXAME LABORATORIAL DE ESPERMOCULTURA                                            | 18,45 |
| 109 | EXAME LABORATORIAL DE ESPERMOCULTURA COM ANTIBIOG.                              | 6,05  |
| 110 | EXAME LABORATORIAL DE ESPERMOGRAMA                                              | 12,15 |
| 111 | EXAME LABORATORIAL DE HEMATOLOGIA - HEMOGRAMA COMPLETO                          | 7,36  |
| 112 | EXAME LABORATORIAL DE HEMATOLOGIA - CA 125                                      | 33,64 |
| 113 | EXAME LABORATORIAL DE HEMATOLOGIA - COAGULOGRAMA                                | 19,00 |
| 114 | EXAME LABORATORIAL DE HEMATOLOGIA - COAMPS DIRETO                               | 9,24  |
| 115 | EXAME LABORATORIAL DE HEMATOLOGIA - ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA                 | 9,00  |
| 116 | EXAME LABORATORIAL DE HEMATOLOGIA - GRUPO SANGUINEO                             | 5,47  |
| 117 | EXAME LABORATORIAL DE HEMATOLOGIA - PLAQUETAS (CONTAGEM)                        | 6,17  |
| 118 | EXAME LABORATORIAL DE HEMATOLOGIA - PROTOBINA (TAP)                             | 10,65 |
| 119 | EXAME LABORATORIAL DE HEMATOLOGIA - RH                                          | 5,56  |
| 120 | EXAME LABORATORIAL DE HEMATOLOGIA - ROTAVIRUS                                   | 26,01 |
| 121 | EXAME LABORATORIAL DE HEMATOLOGIA - TS E TC                                     | 6,82  |
| 122 | EXAME LABORATORIAL DE HEMATOLOGIA - V H S                                       | 5,29  |
| 123 | EXAME LABORATORIAL DE MONILIA (URINA)                                           | 9,64  |
| 124 | EXAME LABORATORIAL DE PARASITOLÓGICO (FEZES)                                    | 3,59  |
| 125 | EXAME LABORATORIAL DE PESQUISA DE LEOCOCITOS NAS FEZES (FEZES)                  | 10,30 |
| 126 | EXAME LABORATORIAL DE PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA - HANGER                        | 13,55 |
| 127 | EXAME LABORATORIAL DE PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA - T. G. O.                      | 6,70  |
| 128 | EXAME LABORATORIAL DE PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA - T. G. P.                      | 6,69  |
| 129 | EXAME LABORATORIAL DE PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA - TIMOL (TURV. E FLOCULT.)      | 15,78 |
| 130 | EXAME LABORATORIAL DE PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA - ANTIGENO AUSTRÁLIA            | 36,40 |
| 131 | EXAME LABORATORIAL DE PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA - BILIRRUBINAS TOTAL DE FRAÇÕES | 7,18  |
| 132 | EXAME LABORATORIAL DE PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA - HEPATITE HAS "B"              | 27,50 |
| 133 | EXAME LABORATORIAL DE PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA - HEPATITE HCS "C"              | 27,50 |
| 134 | EXAME LABORATORIAL DE PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA - KUNKEL                        | 13,55 |



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

|     |                                                                                                                    |       |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 135 | EXAME LABORATORIAL DE PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA - OSFATASE ALCALINA                                                | 27,50 |
| 136 | EXAME LABORATORIAL DE PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA - HEPATITE HBS "A"                                                 | 27,50 |
| 137 | EXAME LABORATORIAL DE TESTES PARA GRAVIDEZ (URINA)                                                                 | 9,11  |
| 138 | EXAME LABORATORIAL DE URINA TIPO "1"                                                                               | 4,05  |
| 139 | EXAME LABORATORIAL HOMONAIIS - ESTRADIOL                                                                           | 22,00 |
| 140 | EXAME LABORATORIAL HOMONAIIS - LH - HORMONIO LUTEINIZANTE                                                          | 20,00 |
| 141 | EXAME LABORATORIAL HOMONAIIS - DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)                               | 24,20 |
| 142 | EXAME LABORATORIAL HOMONAIIS - FSH - HORMONIO FOLICULO ESTIMULANTE                                                 | 22,00 |
| 143 | EXAME LABORATORIAL HOMONAIIS - PROGESTERONA                                                                        | 22,00 |
| 144 | EXAME LABORATORIAL HOMONAIIS - PROLACTINA                                                                          | 20,00 |
| 145 | EXAME LABORATORIAL MICROALBUMINA - URINA (ISOLADA, 12 HORAS)                                                       | 8,00  |
| 146 | EXAME LABORATORIAL MICROALBUMINA - URINA (ISOLADA, 24 HORAS)                                                       | 8,00  |
| 147 | EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - (RUBEOLA IGG) PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA     | 22,00 |
| 148 | EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - (RUBEOLA IGM) PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA     | 22,00 |
| 149 | EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - ANTI - TPO (ANTI-MICROSSOMAL)                                          | 18,00 |
| 150 | EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - BRUCELOSE                                                              | 31,69 |
| 151 | EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - COMPLEMENTO C3                                                         | 6,00  |
| 152 | EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - COMPLEMENTO C4                                                         | 6,00  |
| 153 | EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - CORTISOL                                                               | 29,18 |
| 154 | EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - DNA - NATIVO, AUTO-ANTICORPOS ANTI (DUPLA HÉICE) ANTI-DNA DUPLA HELICE | 15,00 |
| 155 | EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - FSH                                                                    | 31,50 |
| 156 | EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - HIV TIPO 1                                                             | 59,30 |
| 157 | EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - HIV TIPO 2                                                             | 62,08 |
| 158 | EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - IGE - IMUNOGLOBULINA IGE TOTAL                                         | 10,00 |
| 159 | EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - KAHN                                                                   | 10,47 |
| 160 | EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - KLINE                                                                  | 10,98 |
| 161 | EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - MANTOUX                                                                | 31,78 |
| 162 | EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - MITSUDA                                                                | 31,49 |
| 163 | EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - MONTENEGRO                                                             | 31,49 |
| 164 | EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - PSA                                                                    | 36,13 |
| 165 | EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - T3                                                                     | 23,07 |
| 166 | EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - T4                                                                     | 22,24 |
| 167 | EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - TESTOSTERONA                                                           | 29,37 |
| 168 | EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - TOXOPLASMOSE IGG                                                       | 36,13 |
| 169 | EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - TOXOPLASMOSE IGM                                                       | 36,13 |
| 170 | EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - TRAB - ANTI RECEPTOR DE TSH                                            | 18,00 |
| 171 | EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - TSH                                                                    | 31,22 |
| 172 | EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - VDRL                                                                   | 7,32  |
| 173 | EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - WASSERMANN                                                             | 13,06 |



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

|     |                                                         |       |
|-----|---------------------------------------------------------|-------|
| 174 | EXAME LABORATORIAL UROANALISE ALBUMINA                  | 10,00 |
| 175 | EXAME LABORATORIAL UROANALISE PROTEINA 24 HORAS (URINA) | 16,00 |
| 176 | EXAMES LABORATORIAL - COOMBS INDIRETO                   | 7,20  |

## CLÁUSULA SEGUNDA – DA FORMA DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1. Os serviços serão prestados para a Secretaria Municipal de Saúde do município de ALTO PARAÍSO, Estado do Paraná, conforme cronograma.

2.2. O CREDENCIANTE fiscalizará a CREDENCIADA através do órgão competente, acompanhando inclusive o grau de satisfação dos usuários, em consonância e obediência ao prescrito nas Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90 e no Decreto Federal nº 1.651 de 28/09/95.

## CLÁUSULA TERCEIRA - DA VIGÊNCIA CONTRATUAL

3.1. O prazo de vigência deste contrato será de até **31 de JANEIRO de 2019**, com início à partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, nos termos do artigo 57, inc. II da Lei nº 8.666/93, e suas alterações posteriores, Lei 15.708/2009.

**Parágrafo Único:** O prazo para execução dos serviços será até 31 de janeiro de 2019.

## CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR CONTRATUAL

4.1. Pela execução dos serviços previstos na cláusula primeira, o CREDENCIANTE pagará à CREDENCIADA o valor de até **R\$ 180.000,00** (cento e oitenta mil reais), conforme relatório de produção a ser aferido pela Secretaria Municipal de Saúde. 4.2. As despesas decorrentes da execução do objeto do presente credenciamento correrão na seguinte dotação orçamentária:

| Desp. | Elemento     | Descrição                                           | Funcional                  | Unidade                  | Princ. |
|-------|--------------|-----------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------|--------|
| 330   | 339034000000 | OUTRAS DESPESAS DECORRENTES DE CONTRATOS            | 06.01.00.10.301.0014.2.040 | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE | 330    |
| 5727  | 339039503000 | SERVIÇOS E PROC. EM SAÚDE DE MÉDIA E                | 06.01.00.10.302.0014.2.040 | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE | 352    |
| 331   | 339034000000 | OUTRAS DESPESAS DE PESSOAL DECORRENTES DE CONTRATOS | 06.01.00.10.301.0014.2.040 | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE | 331    |
| 5728  | 339039503000 | SERVIÇOS E PROC. EM SAÚDE DE MÉDIA E                | 06.01.00.10.302.0014.2.040 | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE | 353    |

## CLÁUSULA QUINTA - DOS REAJUSTES

5.1. O preço proposto é fixo e irrevogável até o prazo de **31 de JANEIRO de 2019**. No entanto, na hipótese de se efetivar a prorrogação prevista no subitem 3.1 deste Instrumento, o preço poderá ser reajustado com base na aprovação do Conselho Municipal de Saúde e valores da tabela SUS e Regional.

## CLÁUSULA SEXTA - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

6.1. A remuneração dos serviços previstos no objeto deste contrato se dará unicamente com base nos Anexos IV e ordem de serviço.

6.2. Será efetuado o pagamento do valor referente aos serviços prestados até o dia 10 do mês subsequente.

## CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESCISÃO CONTRATUAL

7.1. A inexecução total ou parcial deste Contrato ensejará a sua rescisão administrativa, nas hipóteses previstas nos arts. 77 e 78 da Lei nº 8.666/93 e posteriores alterações, com as



# **Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR**

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

consequências previstas no art. 80 da referida Lei, sem que caiba à CREDENCIADA direito a qualquer indenização.

7.2. A rescisão contratual poderá ser:

7.2.1. Determinada por ato unilateral da Administração, nos casos enunciados nos incisos I a XII e XVII do art. 78 da Lei 8.666/93.

7.2.2. Amigável, mediante autorização da autoridade competente, reduzida a termo no processo credenciatório, desde que demonstrada conveniência para a Administração.

## **CLÁUSULA OITAVA - DAS PENALIDADES**

8.1 Sem prejuízo das sanções previstas nos arts. 86 e 87 da Lei 8.666/93, a empresa contratada ficará sujeita às seguintes penalidades, assegurada a prévia defesa;

8.2. Pelo atraso injustificado na execução do Contrato:

8.2.1. Multa de 0,33% (trinta e três centésimos por cento), sobre o valor da obrigação não cumprida, por dia de atraso, limitada ao total de 20% (vinte por cento);

8.3. Pela inexecução total ou parcial do Contrato:

8.3.1. Multa de 20% (vinte por cento), calculada sobre o valor do Contrato ou da parte não cumprida;

8.4. As multas aqui previstas não têm caráter compensatório, porém moratório e, consequentemente, o pagamento delas não exime o profissional contratado da reparação dos eventuais danos, perdas ou prejuízos que seu ato punível venha acarretar ao Município de ALTO PARAÍSO, Estado do Paraná.

## **CLÁUSULA NONA - DA CESSÃO OU TRANSFERÊNCIA**

9.1. O presente termo não poderá ser objeto de cessão ou transferência, no todo ou em parte.

## **CLÁUSULA DÉCIMA - DA PUBLICAÇÃO DO CONTRATO**

10.1. O CREDENCIANTE providenciará a publicação respectiva, em resumo, do presente termo, na forma prevista em Lei.

## **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS DISPOSIÇÕES COMPLEMENTARES**

11.1. Os casos omissos ao presente termo serão resolvidos em estrita obediência às diretrizes da Lei nº 8.666/93, e posteriores alterações.

## **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO FORO**

12.1. Fica eleito o Foro da Comarca de Xambrê, Estado do Paraná, para qualquer procedimento relacionado com o cumprimento do presente Contrato.

E, para firmeza e validade do que aqui ficou estipulado, foi lavrado o presente termo em 03 (três) vias de igual teor, que, depois de lido e achado conforme, é assinado pelas partes contratantes e por duas testemunhas que a tudo assistiram.

Alto Paraíso, Estado do Paraná, 02 de Fevereiro de 2018.

---

**DERCIO JARDIM JUNIOR**



# **Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR**

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

**PREFEITO MUNICIPAL**

---

**RODRIGO WESLEY SOBREIRA REVESSO**  
**SECRETARIO MUNICIPAL DE SAÚDE**

---

**LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS**  
**DE ICARAÍMA LTDA ME EMPRESA**  
**CREDENCIADA.**

---

**VALDEMIR RIBEIRO SPARAPAN**  
**005.876.549-29**  
**Testemunha**

---

**MARILDA ROSA NASCIMENTO SILVA**  
**033.220.759-58**  
**Testemunha**