

=====

**TERCEIRO TERMO ADITIVO PRAZO E VALOR
CONTRATO Nº 20210221**

TERCEIRO TERMO ADITIVO DE PRORROGAÇÃO E VALOR AO CONTRATO Nº 20210221, QUE CELEBRAM ENTRE SI O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E A EMPRESA LABOCLIN CENTRO INTEGRADO DE DIAGNÓSTICOS LTDA, CNPJ 13.620.194/0001-70

PREAMBULO

O Município de PACAJÁ, através da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, com sede na Rua Candido Mendes, S/N, CNPJ: 11.664.446/0001-37, representado pelo Sr. BRUNO DANGLARES ARAÚJO SOUZA, Secretário Municipal de Saúde, portador do CPF nº 012.988.642-40, residente na AV. Marechal Castelo Branco, Nº 26, e, do outro lado a Empresa: LABOCLIN CENTRO INTEGRADO DE DIAGNÓSTICOS LTDA, CNPJ 13.620.194/0001-70, estabelecida na Rua DO XINGÚ, ALTAMIRA, PA, CEP 68.372-833, Altamira-PA, CEP 68371-163, neste ato representada pelo Sr. EZEQUIEL RIBEIRO, residente na Avenida Acesso Quatro, nº 2296, J. Independência, I, Altamira-PA, CEP 68373-106, portador do(a) CPF 656.957.392 -68, resolvem celebrar o presente Termo Aditivo, decorrente do Contrato nº 20210221, oriundo do Pregão Eletrônico nº 033/2021, mediante as cláusulas e condições a seguir enunciadas:

DISPOSIÇÕES CONTRATUAIS

As partes, anteriormente qualificadas resolvem, consoante autorização exaradas nos autos do Processo licitatório Nº 033/2021, e considerando os Pareceres da Assessoria Jurídica e do Controle Interno do município de Pacajá, celebram o presente Termo Aditivo de prorrogação ao CONTRATO Nº 20210221, firmado em 19/07/2021, que observará aos preceitos de direito Público, às disposições da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e as condições e cláusulas que aceitam, e mutuamente se outorgam nos seguintes termos:

1. CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

1.1. O presente termo de Aditivo tem como objeto, a **Prorrogação do Contrato Nº 20210221, por mais 12 meses (doze), a partir da assinatura deste**, referente a *prestação de serviços continuados de EXAMES LABORATORIAIS, COM FORNECIMENTO DE COMODATO DE EQUIPAMENTOS PARA ATENDER AS DEMANDAS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE.*

2. CLÁUSULA SEGUNDA DA RATIFICAÇÃO

2.1. Ficam ratificadas as demais cláusulas e condições do contrato de origem, no que não colidirem com o teor do presente instrumento.

3. CLÁUSULA TERCEIRA DA PUBLICAÇÃO

3.1. A publicação do extrato do presente termo aditivo, será realizado no diário oficial da União.

4. CLÁUSULA QUARTA DA VIGÊNCIA

4.1. *A prorrogação de prazo contratual será por mais 12 meses (doze), a contar de 19/07/2024 até 18/07/2025, com fundamentação no Art. 57, Inciso II, da Lei nº 8.666/93 e suas alterações.*

4.2. *O valor do presente termo aditivo é de R\$ 697.436,00 (seiscentos e noventa e sete mil, quatrocentos e trinta e seis reais), cuja composição encontra no item seguinte abaixo, deste modo o valor acumulado do contrato que era de R\$ 2.092.308,00 (dois milhões noventa e dois mil trezentos e oito reais), passa a ser de R\$ 2.789.744,00 (dois milhões setecentos e oitenta e nove mil setecentos e quarenta e quatro reais).*

4.3. Serviços a serem executados conforme abaixo:

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANT	VLR. UNIT	VLR. TOTAL
001	EXAME - BIOPSIA	SERVIÇO	50	R\$ 75,00	R\$ 3.750,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES IMUNOLÓGICOS (ESPECIALIZADOS)				
002	EXAME CITOMEGALOVÍRUS IGM	SERVIÇO	120	R\$ 24,98	R\$ 2.997,60
	DESCRIÇÃO: EXAMES IMUNOLÓGICOS (ESPECIALIZADOS)				
003	EXAME CITOMEGALOVÍRUS IGG	SERVIÇO	120	R\$ 21,98	R\$ 2.637,60
	DESCRIÇÃO: EXAMES IMUNOLÓGICOS (ESPECIALIZADOS)				
004	EXAME DENGUE IGG	SERVIÇO	50	R\$ 19,70	R\$ 985,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES IMUNOLÓGICOS (ESPECIALIZADOS)				
005	EXAME DENGUE IGM	SERVIÇO	50	R\$ 20,10	R\$ 1.005,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES IMUNOLÓGICOS (ESPECIALIZADOS)				
006	EXAME HEPATITE B ANTI HBC-IGG	SERVIÇO	120	R\$ 21,98	R\$ 2.637,60
	DESCRIÇÃO: EXAMES IMUNOLÓGICOS (ESPECIALIZADOS)				
007	EXAME HEPATITE B ANTI HBE DESCRIÇÃO: EXAMES IMUNOLÓGICOS (ESPECIALIZADOS)	SERVIÇO	120	R\$ 23,98	R\$ 2.877,60
008	EXAME HEPATITE B ANTI HBS DESCRIÇÃO: EXAMES IMUNOLÓGICOS (ESPECIALIZADOS)	SERVIÇO	50	R\$ 19,50	R\$ 975,00
009	EXAME HEPATITE B HBSAG DESCRIÇÃO: EXAMES IMUNOLÓGICOS (ESPECIALIZADOS)	SERVIÇO	800	R\$ 19,50	R\$ 15.600,00
010	EXAME HEPATITE B HBEAG DESCRIÇÃO: EXAMES IMUNOLÓGICOS (ESPECIALIZADOS)	SERVIÇO	50	R\$ 22,98	R\$ 1.149,00
011	EXAME HEPATITE C HCV DESCRIÇÃO: EXAMES IMUNOLÓGICOS (ESPECIALIZADOS)	SERVIÇO	800	R\$ 22,10	R\$ 17.680,00
012	EXAME IMUNOGLOBINA IGE DESCRIÇÃO: EXAMES IMUNOLÓGICOS (ESPECIALIZADOS)	SERVIÇO	30	R\$ 23,98	R\$ 719,40
013	EXAME RUBEÓLA IGG	SERVIÇO	200	R\$ 24,98	R\$ 4.996,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES IMUNOLÓGICOS (ESPECIALIZADOS)				
014	EXAME RUBÉOLA IGM	SERVIÇO	200	R\$ 16,98	R\$ 3.396,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES IMUNOLÓGICOS (ESPECIALIZADOS)				
015	EXAME TOXOPLASMOSE IGG	SERVIÇO	800	R\$ 22,98	R\$ 18.384,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES IMUNOLÓGICOS (ESPECIALIZADOS)				
016	EXAME TOXOPLASMOSE IGM	SERVIÇO	800	R\$ 21,98	R\$ 17.584,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES IMUNOLÓGICOS (ESPECIALIZADOS)				
017	EXAME CHLAMYDIA – IGG	SERVIÇO	30	R\$ 23,98	R\$ 719,40

	DESCRIÇÃO: EXAMES IMUNOLÓGICOS (ESPECIALIZADOS)				
018	EXAME CHLAMYDIA – IGM	SERVIÇO	30	R\$ 23,98	R\$ 719,40
	DESCRIÇÃO: EXAMES IMUNOLÓGICOS (ESPECIALIZADOS)				
019	EXAME POTÁSSIO	SERVIÇO	20	R\$ 30,00	R\$ 600,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES IMUNOLÓGICOS (ESPECIALIZADOS)				
020	EXAME SÓDIO	SERVIÇO	20	R\$ 14,98	R\$ 299,60
	DESCRIÇÃO: EXAMES IMUNOLÓGICOS (ESPECIALIZADOS)				
021	EXAME PCCU (PREVENTIVO DO CÂNCER DE COLO UTERINO)	SERVIÇO	3.000	R\$ 19,90	R\$ 59.700,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES IMUNOLÓGICOS (ESPECIALIZADOS)				
022	EXAME ANTÍGENO PROSTÁTICO LIVRE E TOTAL – PSA	SERVIÇO	300	R\$ 20,29	R\$ 6.087,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES HORMONAIIS				
023	EXAME TIROXINA	SERVIÇO	30	R\$ 9,00	R\$ 270,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES HORMONAIIS				
024	EXAME T3 LIVRE	SERVIÇO	30	R\$ 9,09	R\$ 272,70
	DESCRIÇÃO: EXAMES HORMONAIIS				
025	EXAME T4 LIVRE	SERVIÇO	30	R\$ 9,09	R\$ 272,70
	DESCRIÇÃO: EXAMES HORMONAIIS				
026	EXAME FAN	SERVIÇO	10	R\$ 17,09	R\$ 170,90
	DESCRIÇÃO: EXAMES HORMONAIIS				
027	EXAME T3	SERVIÇO	30	R\$ 9,09	R\$ 272,70
	DESCRIÇÃO: EXAMES HORMONAIIS				
028	EXAME T4	SERVIÇO	30	R\$ 9,09	R\$ 272,70
	DESCRIÇÃO: EXAMES HORMONAIIS				
029	EXAME AMILASE	SERVIÇO	200	R\$ 4,19	R\$ 838,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES BIOQUÍMICOS				
030	EXAME CALCIO	SERVIÇO	30	R\$ 7,19	R\$ 215,70
	DESCRIÇÃO: EXAMES BIOQUÍMICOS				
031	EXAME ÁCIDO ÚRICO	SERVIÇO	2.500	R\$ 3,19	R\$ 7.975,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES BIOQUÍMICOS				
032	EXAME FERRO SÉRICO	SERVIÇO	10	R\$ 3,19	R\$ 31,90
	DESCRIÇÃO: EXAMES BIOQUÍMICOS				
033	EXAME FOSFATASE ÁCIDA	SERVIÇO	30	R\$ 3,49	R\$ 104,70
	DESCRIÇÃO: EXAMES BIOQUÍMICOS				
034	EXAME FOSFATASE ALCALINA	SERVIÇO	30	R\$ 3,49	R\$ 104,70
	DESCRIÇÃO: EXAMES BIOQUÍMICOS				
035	EXAME HDL	SERVIÇO	100	R\$ 3,49	R\$ 349,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES BIOQUÍMICOS				
036	EXAME FERRO	SERVIÇO	30	R\$ 3,49	R\$ 104,70
	DESCRIÇÃO: EXAMES BIOQUÍMICOS				
037	EXAME FERRITINA	SERVIÇO	30	R\$ 3,49	R\$ 104,70

	DESCRIÇÃO: EXAMES BIOQUÍMICOS				
038	EXAME FOSFORO	SERVIÇO	30	R\$ 3,49	R\$ 104,70
	DESCRIÇÃO: EXAMES BIOQUÍMICOS				
039	EXAME GAMA GT	SERVIÇO	3.500	R\$ 3,49	R\$ 12.215,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES BIOQUÍMICOS				
040	EXAME UROBILINOGENE	SERVIÇO	50	R\$ 3,49	R\$ 174,50
	DESCRIÇÃO: EXAMES BIOQUÍMICOS				
041	EXAME FIBRINOGENIO	SERVIÇO	30	R\$ 6,90	R\$ 207,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES BIOQUÍMICOS				
042	EXAME CURVA GLICEMIA	SERVIÇO	40	R\$ 6,90	R\$ 276,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES BIOQUÍMICOS				
043	EXAME LÍTIO/LITEMIA	SERVIÇO	20	R\$ 6,90	R\$ 138,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES BIOQUÍMICOS				
044	EXAME LÍPASE	SERVIÇO	40	R\$ 6,90	R\$ 276,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES BIOQUÍMICOS				
045	EXAME MAGNÉSIO	SERVIÇO	30	R\$ 6,45	R\$ 193,50
	DESCRIÇÃO: EXAMES BIOQUÍMICOS				
046	EXAME TRANSFERRINA	SERVIÇO	30	R\$ 6,90	R\$ 207,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES BIOQUÍMICOS				
047	EXAME GLICOSE	SERVIÇO	14.000	R\$ 3,89	R\$ 54.460,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES BIOQUÍMICOS				
048	EXAME COLESTEROL	SERVIÇO	10.000	R\$ 2,19	R\$ 21.900,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES BIOQUÍMICOS				
049	EXAME TRIGLICÉRIDES	SERVIÇO	12.000	R\$ 2,89	R\$ 34.680,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES BIOQUÍMICOS				
050	EXAME BILIRRUBINA	SERVIÇO	600	R\$ 2,89	R\$ 1.734,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES BIOQUÍMICOS				
051	EXAME TGO	SERVIÇO	3500	R\$ 3,39	R\$ 11.865,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES BIOQUÍMICOS				
052	EXAME TGP	SERVIÇO	3500	R\$ 2,99	R\$ 10.465,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES BIOQUÍMICOS				
053	EXAME COLESTEROL T/FRAÇÃO	SERVIÇO	3.000	R\$ 3,09	R\$ 9.270,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES BIOQUÍMICOS				
054	EXAME URÉIA	SERVIÇO	3.000	R\$ 3,09	R\$ 9.270,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES BIOQUÍMICOS				
055	EXAME CREATININA	SERVIÇO	4.000	R\$ 3,09	R\$ 12.360,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES BIOQUÍMICOS				
056	EXAME ALBUMINA	SERVIÇO	200	R\$ 3,09	R\$ 618,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES BIOQUÍMICOS				
057	EXAME PROTEÍNAS TOTAIS	SERVIÇO	500	R\$ 3,19	R\$ 1.595,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES BIOQUÍMICOS				
058	EXAME PROTEÍNAS T/FRAÇÃO	SERVIÇO	100	R\$ 5,09	R\$ 509,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES BIOQUÍMICOS				
059	EXAME BILIRRUBINA (TOTAL E FRAÇÃO)	SERVIÇO	600	R\$ 5,09	R\$ 3.054,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES BIOQUÍMICOS				
060	EXAME HEMOGRAMA	SERVIÇO	15.000	R\$ 5,69	R\$ 85.350,00

	DESCRIÇÃO: EXAMES HEMATOLÓGICOS				
061	EXAME VHS	SERVIÇO	600	R\$ 5,49	R\$ 3.294,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES HEMATOLÓGICOS				
062	EXAME TIPAGEM SANGUÍNEA	SERVIÇO	1.000	R\$ 5,39	R\$ 5.390,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES HEMATOLÓGICOS				
063	EXAME COAGULO GRAMA	SERVIÇO	1.000	R\$ 6,49	R\$ 6.490,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES HEMATOLÓGICOS				
064	EXAME PLASMODIUM	SERVIÇO	30	R\$ 6,90	R\$ 207,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES HEMATOLÓGICOS				
065	EXAME HB-HT	SERVIÇO	100	R\$ 3,99	R\$ 399,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES HEMATOLÓGICOS				
066	EXAME PLAQUETAS	SERVIÇO	15.000	R\$ 2,49	R\$ 37.350,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES HEMATOLÓGICOS				
067	EXAME ASO	SERVIÇO	1.500	R\$ 3,89	R\$ 5.835,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES IMUNOLÓGICOS (BÁSICA)				
068	EXAME PCR	SERVIÇO	1.500	R\$ 3,89	R\$ 5.835,00
	DESCRIÇÃO: HEMATOLÓGICOS (BÁSICA)				
069	EXAME FATOR REUMATOIDE	SERVIÇO	1.500	R\$ 3,89	R\$ 5.835,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES IMUNOLÓGICOS (BÁSICA)				
070	EXAME VDRL	SERVIÇO	2.000	R\$ 3,89	R\$ 7.780,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES IMUNOLÓGICOS (BÁSICA)				
071	EXAME BETA HCG	SERVIÇO	2.000	R\$ 3,89	R\$ 7.780,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES IMUNOLÓGICOS (BÁSICA)				
072	EXAME COOMBS DIRETO	SERVIÇO	50	R\$ 6,85	R\$ 342,50
	DESCRIÇÃO: EXAMES IMUNOLÓGICOS (BÁSICA)				
073	EXAME COOMBS INDIRETO	SERVIÇO	50	R\$ 6,85	R\$ 342,50
	DESCRIÇÃO: EXAMES IMUNOLÓGICOS (BÁSICA)				
074	EXAME DENGUE (TESTE RÁPIDO)	SERVIÇO	300	R\$ 10,49	R\$ 3.147,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES IMUNOLÓGICOS (BÁSICA)				
075	EXAME HIV (TESTE RÁPIDO)	SERVIÇO	500	R\$ 7,49	R\$ 3.745,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES IMUNOLÓGICOS (BÁSICA)				
076	EXAME EAS	SERVIÇO	12.000	R\$ 3,79	R\$ 45.480,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES UROANALICOS				
077	EXAME LEUCÓCITOS E HEMÁCIAS (FEZES)	SERVIÇO	50	R\$ 3,89	R\$ 194,50
	DESCRIÇÃO: EXAMES PARASITOLÓGICOS				
078	EXAMES SANGUE OCULTO	SERVIÇO	50	R\$ 6,89	R\$ 344,50
	DESCRIÇÃO: EXAMES PARASITOLÓGICOS				
079	EXAME EPF	SERVIÇO	8.000	R\$ 2,69	R\$ 21.520,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES PARASITOLÓGICOS				
080	EXAME FLUXOGRAMA	SERVIÇO	1.000	R\$ 6,35	R\$ 6.350,00
	DESCRIÇÃO: EXAMES BACTERIOLÓGICOS				
081	EXAME LEISHMANIOSE	SERVIÇO	500	R\$ 5,55	R\$ 2.775,00

	DESCRIÇÃO:	EXAMES				
082	EXAME BAAR NA LINFA		SERVIÇO	100	R\$ 5,55	R\$ 555,00
	DESCRIÇÃO:	EXAMES				
083	EXAME BAAR NA ESCARRO		SERVIÇO	100	R\$ 5,55	R\$ 555,00
	DESCRIÇÃO:	EXAMES				
084	EXAME ESPERMOGRAMA		SERVIÇO	30	R\$ 49,00	R\$ 1.470,00
	DESCRIÇÃO:	EXAMES				
085	EXAME BAAR NO SORO		SERVIÇO	100	R\$ 5,59	R\$ 559,00
	DESCRIÇÃO:	EXAMES				
086	EXAME UROCULTURA		SERVIÇO	1.000	R\$ 17,49	R\$ 17.490,00
	DESCRIÇÃO:	EXAMES				
087	SOROLOGIA COVID 19 IGG/IGM		SERVIÇO	200	R\$ 203,00	R\$ 40.600,00
	QUANTITATIVO 200 TESTES.					
088	HEMOGLOBINA GLICOSILADA	1300 UNIDADES	SERVIÇO	1000	R\$ 17,99	R\$ 17.990,00
VALOR GLOBAL						R\$ 697.436,00

5. CLÁUSULA QUINTA DA DOTAÇÃO ORÇAMENTARIA

5.1. *As despesas oriundas do presente contrato correrão por conta da dotação orçamentária:*

- *Exercício 2024 Atividade 10.302.0176.2.076 Manutenção dos Serviços de Atendimento Especializado e apoio Diagnostico, Classificação econômica 3.3.90.39.00 Outros serv. de terc. pessoa jurídica, Subelemento 3.3.90.39.11 – Serviços Laboratoriais.*

5.2. No exercício seguinte, correrão à conta dos recursos próprios para atender às despesas da mesma natureza, cuja alocação será feita no início de cada exercício financeiro.

6. CLÁUSULA SEXTA – DO FÓRUM

6.1. Para dirimir as questões oriundas do presente instrumento, é competente o foro da Comarca de Pacajá - Pará. E assim, por estarem de acordo, assinam este instrumento na presença das testemunhas abaixo.

Pacajá – 01 de julho de 2024.

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ(MF) 11.664.446/0001-37
CONTRATANTE

LABOCLIN CENTRO INTEGRADO DE
DIAGNÓSTICOS LTDA
CNPJ 13.620.194/0001-70
CONTRATADO(A)

Testemunhas:

1) _____

2) _____