



TERMO ADITIVO

3º TERMO ADITIVO VINCULADO AO CREDENCIAMENTO Nº 01/2015 - CONTRATO Nº 001/2015, QUE ENTRE SI FAZEM A PREFEITURA MUNICIPAL DE CASTANHAL POR MEIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E A EMPRESA T.A. PROGÊNIO LIMITADA - ME, REFERENTE AO CONTRATO DE Nº 01/2015, QUE POSSUI COMO OBJETO CONTRATAÇÃO DE DIVERSOS EXAMES DE PATOLOGIA CLÍNICA, INCLUINDO OS SERVIÇOS RELACIONADOS AO ANEXO I DO EDITAL.

A **PREFEITURA MUNICIPAL DE CASTANHAL**, inscrita no CNPJ sobº 05.121.991/0001-84 representada por seu Prefeito Municipal o Sr PEDRO COELHO DA MOTA FILHO, brasileiro, casado, empresário, portador da Carteira de Identidade nº 3217611 – 2ª via PC-PA e do CPF nº 057.959.822-53, residente e domiciliado na Rodovia BR 316, S/N KM 60. nesta Cidade de Castanhal - Pará, por meio do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, sito à Trav. Cônego Leitão, 1943, Bairro Centro, Castanhal-Pará, inscrita no CNPJ sob nº 07.918.201/0001-11, representada pelo Secretário Municipal de Saúde Sr. SILVAN FRANCISCO DA SILVA, brasileiro, casado, médico, portador da Carteira de Identidade nº 2674301, expedida pela SSP/PA e do CPF nº 565.380.222-00, residente e domiciliado na Rua Marechal Deodoro, nº. 194, apartamento 301, bloco C, Bairro lanetama, CEP nº. 68745-690, nesta Cidade de Castanhal PA, adiante denominada **CONTRATANTE** e **T.A PROGÊNIO LIMITADA- ME** com sede à Rua Senador Lemos, 365, Bairro: Centro, Castanhal-Pará, CEP. 68.740-010 inscrita no CNPJ/MF sob o nº 05.881.003/0001-03, representada por seu sócio gestor Sr. Heraldo Luiz de Paula Progênio, brasileiro, divorciado, portador da cédula identidade nº 1495210 SSP/PA, inscrito no CPF sob nº 294.803.882-00, a diante denominada **CONTRATADA**, com escopo no que tange o Artigo 57, II e 65 da Lei Federal n.º 8.666/93, neste Município de Castanhal - Pará, resolvem celebrar o presente aditamento, o que fazem nos seguintes termos:

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO PRAZO

Fica prorrogado prazo de vigência do Contrato por período igual ao inicialmente pactuado, ou seja, 12 meses, que passará de 27/01/2017 a 27/01/2018 para 27/01/2018 a 26/01/2019, por se tratar de serviços de natureza continua, nos termos previstos no contrato, respaldado ainda pelo art. 57, II e artigo 65 da lei 8.666/93.

CLÁUSULA SEGUNDA: DOS RECURSOS FINANCEIROS

Os recursos necessários e suficientes à garantia do pagamento correrão por conta da dotação orçamentária:

Exercício Financeiro: 2017

0716 – Fundo Municipal de Saúde

10.302.0137.2.056 – *Manutenção da Gestão Plena*

3.3.90.39.00 – Serviços de Terceiros PJ

012900 – Transferências de Recursos do SUS

10.122.0050.2034 – Manutenção das Atividades da Secretaria de Saúde

3.3.90.39.00 – Serviços de Terceiros PJ

010000 – Recursos Ordinários



CLÁUSULA TERCEIRA: DA PUBLICIDADE

A **CONTRATANTE** deverá providenciar a publicação resumida deste instrumento no Diário Oficial do Município, condição essencial para a sua eficácia, nos termos do Art. 61, parágrafo único da Lei n°. 8666/93.

CLÁUSULA QUARTA: DA RATIFICAÇÃO DAS CLÁUSULAS

Ficam ratificadas as demais cláusulas e condições estabelecidas no contrato inicial, firmado entre as partes.

E, para firmeza e validade do que foi pactuado, lavrou-se o presente termo aditivo em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para que surtam um só efeito, as quais, depois de lidas, são assinadas pelos representantes das partes, **CONTRATANTE** e **CONTRATADA**, e pelas testemunhas abaixo.

.Castanhal (PA), 18 de dezembro de 2017.

SECRETARIO MUNICIPAL DE SAÚDE
Silvan Francisco da Silva
Contratante

T.A. PROGÊNIO LIMITADA - ME
Heraldo Luiz de Paula Progênio
Contratada

Testemunhas:

Nome:
C.P.F:

Nome:
C.P.F:

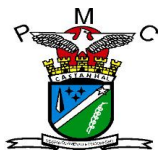


PREFEITURA MUNICIPAL DE CASTANHAL
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ 07.918.20/0001-11



ANEXO I - TABELA LABORATÓRIO

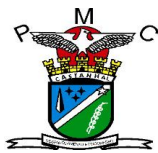
ITEM	CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR UNIT. (TAB SUS)	QUANTIDADE /MÊS	VALOR TOTAL (TAB SUS)
12	0202010120	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 1,85	50	R\$ 92,50
16	0202010163	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$ 3,68	10	R\$ 36,80
18	0202010180	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,25	43	R\$ 96,75
20	0202010201	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2,01	15	R\$ 30,15
21	0202010210	DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1,85	15	R\$ 27,75
22	0202010228	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$ 3,51	1	R\$ 3,51
25	0202010260	DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 1,85	1	R\$ 1,85
26	0202010279	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51	150	R\$ 526,50
27	0202010287	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,51	150	R\$ 526,50
28	0202010295	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85	150	R\$ 277,50
30	0202010317	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85	150	R\$ 277,50
31	0202010325	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68	46	R\$ 169,28
32	0202010333	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 4,12	46	R\$ 189,52
37	0202010384	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 15,59	41	R\$ 639,19
38	0202010392	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 3,51	41	R\$ 143,91
40	0202010414	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	R\$ 2,01	13	R\$ 26,13
41	0202010422	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01	62	R\$ 124,62
42	0202010430	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,85	25	R\$ 46,25
43	0202010449	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	R\$ 2,01	1	R\$ 2,01
45	0202010465	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,51	113	R\$ 396,63
46	0202010473	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1,85	150	R\$ 277,50
55	0202010562	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 2,01	38	R\$ 76,38
56	0202010570	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R\$ 2,01	192	R\$ 385,92
59	0202010600	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1,85	50	R\$ 92,50
61	0202010627	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 1,85	56	R\$ 103,60
62	0202010635	DOSAGEM DE SODIO	R\$ 1,85	50	R\$ 92,50
63	0202010643	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,01	100	R\$ 201,00
64	0202010651	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,01	100	R\$ 201,00
66	0202010678	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,51	100	R\$ 351,00
68	0202010694	DOSAGEM DE UREIA	R\$ 1,85	100	R\$ 185,00
SUBTOTAL DOS EXAMES DE BIOQUÍMICA				2.059	R\$ 5.601,25
ITEM	CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR UNIT. (TAB SUS)	QUANTIDADE / MÊS	VALOR TOTAL (TAB SUS)
77	0202020037	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 2,73	5	R\$ 13,65
84	0202020126	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$ 2,85	150	R\$ 427,50



PREFEITURA MUNICIPAL DE CASTANHAL
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ 07.918.20/0001-11



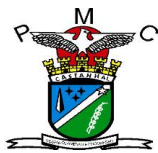
85	0202020134	TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TPP ATIVADA)	R\$ 5,77	150	R\$ 865,50
86	0202020142	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73	150	R\$ 409,50
100	0202020290	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$ 4,60	5	R\$ 23,00
111	0202020487	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$ 4,11	150	R\$ 616,50
SUBTOT AL DOS EXAMES HEMATOLÓGICOS E HEMOSTASIA				610	R\$ 2.355,65
ITEM	CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR UNIT. (TAB SUS)	QUANTIDADE / MÊS	VALOR TOTAL (TAB SUS)
116	0202020029	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 2,73	25	R\$ 68,25
117	0202020070	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R\$ 2,73	50	R\$ 136,50
118	0202020100	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R\$ 9,00	50	R\$ 450,00
119	0202020150	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)	R\$ 2,73	100	R\$ 273,00
123	0202020380	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11	150	R\$ 616,50
126	0202020495	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R\$ 2,73	50	R\$ 136,50
127	0202020509	PROVA DO LACO	R\$ 2,73	50	R\$ 136,50
SUBTOTAL DOS EXAMES HEMATOLOGIA COMUM				475	R\$ 1.817,25
ITEM	CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR UNIT. (TAB SUS)	VALOR TOTAL / MÊS	VALOR TOTAL (TAB SUS)
128	0202030067	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$ 9,25	51	R\$ 471,75
129	0202030083	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 9,25	33	R\$ 305,25
132	0202030121	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 17,16	51	R\$ 875,16
133	0202030130	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$ 17,16	51	R\$ 875,16
135	0202030156	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 17,16	58	R\$ 995,28
136	0202030164	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 9,25	78	R\$ 721,50
137	0202030180	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 17,16	10	R\$ 171,60
144	0202030300	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 10,00	250	R\$ 2.500,00
146	0202030326	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$ 17,16	35	R\$ 600,60
148	0202030342	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 17,16	49	R\$ 840,84
149	0202030350	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 18,55	41	R\$ 760,55
150	0202030369	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$ 18,55	41	R\$ 760,55
159	0202030458	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R\$ 10,00	5	R\$ 50,00
161	0202030474	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 2,83	50	R\$ 141,50
172	0202030598	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R\$ 17,16	41	R\$ 703,56
176	0202030636	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,55	34	R\$ 630,70
180	0202030679	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 18,55	250	R\$ 4.637,50
187	0202030741	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,00	250	R\$ 2.750,00
189	0202030768	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97	250	R\$ 4.242,50
194	0202030814	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	250	R\$ 4.290,00
198	0202030857	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61	250	R\$ 2.902,50



PREFEITURA MUNICIPAL DE CASTANHAL
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ 07.918.20/0001-11



200	0202030873	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55	250	R\$ 4.637,50
205	0202030920	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	250	R\$ 4.290,00
SUBTOTAL DOS EXAMES SOROLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS				2.628	R\$ 39.154,00
ITEM	CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR UNIT. (TAB SUS)	QUANTIDADE / MÊS	VALOR TOTAL (TAB SUS)
210	0202030970	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 18,55	250	R\$ 4.637,50
215	0202031039	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	R\$ 9,25	39	R\$ 360,75
229	0202030105	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 16,42	700	R\$ 11.494,00
236	0202031179	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	R\$ 2,83	25	R\$ 70,75
SUBTOTAL DOS EXAMES SOROLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS				1.014	R\$ 16.563,00
CONTINUAÇÃO TABELA LABORATÓRIO					
ITEM	CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR UNIT. (TAB SUS)	QUANTIDADE / MÊS	VALOR TOTAL (TAB SUS)
237	0202030075	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,83	50	R\$ 141,50
238	0202030202	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 2,83	50	R\$ 141,50
239	0202031110	TESTE DE VDRL P/ DETECCÃO DE SIFILIS	R\$ 2,83	10	R\$ 28,30
SUBTOTAL DOS EXAMES DE IMUNOLOGIA COMUM				110	R\$ 311,30
ITEM	CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR UNIT. (TAB SUS)	QUANTIDADE / MÊS	VALOR TOTAL (TAB SUS)
256	0202040127	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 1,65	100	R\$ 165,00
257	0202040143	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 1,65	25	R\$ 41,25
258	0202040151	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	R\$ 1,65	36	R\$ 59,40
261	0202040135	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R\$ 10,25	5	R\$ 51,25
SUBTOTAL DOS EXAMES COPROLÓGICOS				166	R\$ 316,90
ITEM	CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR UNIT. (TAB SUS)	QUANTIDADE / MÊS	VALOR TOTAL (TAB SUS)
262	0202050017	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 3,70	250	R\$ 925,00
268	0202050076	DOSAGEM DE ACUCARES (POR CROMATOGRAFIA)	R\$ 3,70	150	R\$ 555,00
270	0202050092	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12	27	R\$ 219,24
SUBTOTAL DOS EXAMES DE UROANÁLISE				427	R\$ 1.699,24
ITEM	CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR UNIT. (TAB SUS)	QUANTIDADE / MÊS	VALOR TOTAL (TAB SUS)
294	0202060012	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$ 12,54	100	R\$ 1.254,00
297	0202060047	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$ 10,20	5	R\$ 51,00
306	0202060136	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86	10	R\$ 98,60
309	0202060160	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 10,15	100	R\$ 1.015,00
314	0202060217	DOSAGEM DE HCG (BETA HCG)	R\$ 7,85	20	R\$ 157,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE CASTANHAL
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ 07.918.20/0001-11



316	0202060233	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 7,89	100	R\$ 789,00
317	0202060241	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 8,97	100	R\$ 897,00
318	0202060250	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96	237	R\$ 2.123,52
322	0202060292	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10,22	100	R\$ 1.022,00
323	0202060306	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 10,15	50	R\$ 507,50
327	0202060349	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43	100	R\$ 1.043,00
328	0202060357	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11	100	R\$ 1.311,00
330	0202060373	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 8,76	100	R\$ 876,00
331	0202060381	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60	171	R\$ 1.983,60
332	0202060390	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71	150	R\$ 1.306,50
SUBTOTAL DOS EXAMES HORMONAIIS				1.443	R\$ 14.434,72
ITEM	CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR UNIT. (TAB SUS)	QUANTIDADE / MÊS	VALOR TOTAL (TAB SUS)
379	0202080048	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$ 4,20	8	R\$ 33,60
380	0202080056	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	R\$ 4,20	10	R\$ 42,00
381	0202080064	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	R\$ 4,20	15	R\$ 63,00
382	0202080072	BACTEROSCOPIA (GRAM)	R\$ 2,80	15	R\$ 42,00
389	0202080145	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 2,80	15	R\$ 42,00
SUBTOTAL DOS EXAMES MICROBIOLÓGICOS				63	R\$ 222,60
ITEM	CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR UNIT. (TAB SUS)	QUANTIDADE / MÊS	VALOR TOTAL (TAB SUS)
426	0202090302	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$ 1,89	10	R\$ 18,90
SUBTOTAL DOS EXAMES EM OUTROS LÍQUIDOS BIOLÓGICOS				10	R\$ 18,90
ITEM	CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR UNIT. (TAB SUS)	QUANTIDADE / MÊS	VALOR TOTAL (TAB SUS)
451	0202120023	DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37	25	R\$ 34,25
452	0202120082	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37	25	R\$ 34,25
SUBTOTAL DOS EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS				50	R\$ 68,50
ITEM	CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR UNIT. (TAB SUS)	QUANTIDADE / MÊS	VALOR TOTAL (TAB SUS)
453	0203010019	EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	R\$ 6,97	1.400	R\$ 9.758,00
456	0203010043	EXAME CITOPATOLÓGICO DE MAMA	R\$ 15,97	25	R\$ 399,25
	0203010086	EXAME CITOPATOLÓGICO / RASTREAMENTO	R\$ 7,30	1.300	R\$ 9.490,00
SUBTOTAL DOS EXAMES CITOPATOLÓGICOS				2.025	R\$ 19.647,25
TOTAL GERAL					R\$ 102.210,56
Fonte: RELATÓRIOS SIASUS E CENTRAL DE REGULAÇÃO					