



4344

À COMISSÃO CENTRAL DE LICITAÇÕES DA PREFEITURA MUNICIPAL  
DE AÇAILÂNDIA, ESTADO DO MARANHÃO

PREFEITURA MUNICIPAL DE AÇAILÂNDIA

PROCESSO N° 4344 / 21

DATA 25 / 03 / 2021

  
ASSINATURA

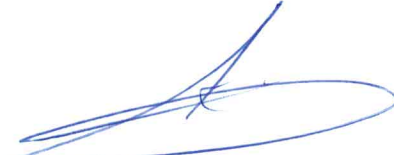
A empresa LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS SÃO PAULO LTDA, CNPJ.: 03.327.659/0001-45, sediada na Rua Dr Gervasio, 590, Centro - Açailândia/MA, por intermédio da sua representante legal, PEDRO EMANNUEL HENRIQUE MENDES LINS, RG.: 0000133427935 GEJUSPC/MA E CPF.: 009.320.553-89, vem diante desta Comissão Central de Licitação apresentar o presente

## O PEDIDO

Os procedimentos licitatórios estabelecidos no edital busca licitantes para honrar com as obrigações e seguir os princípios legais que norteiam a administração pública que buscam segurança, legalidade, eficiência e, principalmente, interesse público, sendo assim o atestado de responsabilidade técnica solicitado no item 5.2.3.

## 1. DOS FATOS

A prefeitura Municipal de Açailândia realizou no dia 18 (dezoito) de março de 2021, no prédio da Escola Jurgleide Alves Sampaio as 09h00min, Chamamento Público, autuado sob o número 001/2021, tendo por objeto a CONTRATAÇÃO DE PESSOAS JURÍDICAS PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE, INTERESSADAS EM REALIZAR ATENDIMENTO EM CARÁTER COMPLEMENTAR, AOS USUÁRIOS DO SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-EM SERVIÇOS ANÁLISES CLÍNICAS E PATOLOGIA CLÍNICA, TENDO COMO PARÂMETRO OS VALORES DA TABELA SUS, DE INTERESSE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE onde foi aberto os envelopes de habilitação jurídica, antes exposto a empresa Laboratório de Análises Clínicas São Paulo, foi inabilitada, sendo assim a mesma apresentou no envelope de habilitação os contratos de prestação de serviços com o município de Açailândia, notas fiscais, além de apresentar conforme pede o item 5.2.3 letra b do edital o relatório de serviços prestados e realizados no sistema do CNES.



Tal divergência é o que fundamenta a presente insurgência, convictos de prejuízos a esta e outros possíveis interessadas no certame.

E a síntese fática.

### 1.1. DA TEMPESTIVIDADE

A presente peça brota fundamentalmente do direito esculpido no art. 30, inc. II e IV, § 1º § 3º, da Lei 8.666/93, que garante a apresentação de documentos que comprovem a capacidade de atendimento, senão vejamos:

Art. 30. A documentação relativa à qualificação técnica limitar-se-á a:

- II - comprovação de aptidão para desempenho de atividade pertinente e compatível em características, quantidades e prazos com o objeto da licitação, e indicação das instalações e do aparelhamento e do pessoal técnico adequados e disponíveis para a realização do objeto da licitação, bem como da qualificação de cada um dos membros da equipe técnica que se responsabilizará pelos trabalhos;

- IV - prova de atendimento de requisitos previstos em lei especial, quando for o caso;

- § 1º A comprovação de aptidão referida no inciso II do "caput" deste artigo, no caso das licitações pertinentes a obras e serviços, será feita por atestados fornecidos por pessoas jurídicas de direito público ou privado, devidamente registrados nas entidades profissionais competentes, limitadas as exigências a;

§ 3º Será sempre admitida a comprovação de aptidão através de certidões ou atestados de obras ou serviços similares de complexidade tecnológica e operacional equivalente ou superior.

Para corroborá a presente peça brota fundamentalmente do direito esculpido no art. 33, inc. V, § 5º, da Lei 13019/14, que garante a apresentação de documentos que comprovem a capacidade de atendimento, senão vejamos:

Art. 30. Para celebrar as parcerias previstas nesta Lei, as organizações da sociedade



civil deverão ser regidas por normas de organização interna que prevejam, expressamente:

- V possuir:  
c) instalações, condições materiais e capacidade técnica e operacional para o desenvolvimento das atividades ou projetos previstos na parceria e o cumprimento das metas estabelecidas;

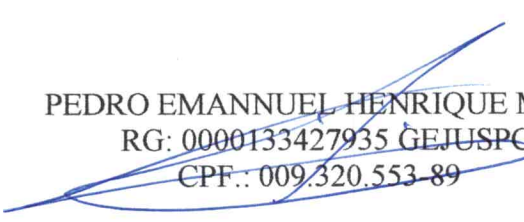
- § 5º Para fins de atendimento do previsto na alínea c do inciso V, não será necessária a demonstração de capacidade instalada prévia.

## 2 - DOS PEDIDOS

Dados os argumentos, passo a solicitar que Vossas Senhorias conheçam do presente pedido, dando-lhe provimento para reformar o edital de Chamamento Público nº 001/2021, quanto ao o subitem 5.2.3, que a licitante Laboratório de Análises Clínicas São Paulo LTDA, seja habilitada sendo que foi apresentado no Chamamento Público os documentos pertinentes para comprovação da Responsabilidade Técnica do Bioquímico responsável, conforme segue no anexo a comprovação com: Contratos, Notas Fiscais, e relatório do CNES (onde expressa que o Sr. Villegaignon Braz Moraes Costa é responsável Técnico) e Certidão de Regularidade do CFM.

Nestes Termos,  
Pleno de Direito,  
Pede deferimento.

Açailândia/MA, 24 de março de 2021

  
PEDRO EMANNUEL HENRIQUE MENDES LINS  
RG: 0000133427935 GEJUSPC/MA  
CPF.: 009.320.553-89

Laboratório de Análises Clínicas São Paulo LTDA  
Representante Legal







**MUNICÍPIO DE AÇAILÂNDIA (MA)**  
**PODER EXECUTIVO**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**

**CONTRATO Nº 003/CH/007/2015**  
**PROC. ADM. Nº 10.209/2015-04/08/2015**

**CONTRATO DE FORNECIMENTO  
QUE CELEBRAM ENTRE SI O  
MUNICÍPIO DE AÇAILÂNDIA- MA,  
POR MEIO DA PREFEITURA  
MUNICIPAL DE AÇAILÂNDIA E A  
EMPRESA LABORATÓRIO DE  
LABORATÓRIO DE ANÁLISE  
CLÍNICAS SÃO PAULO LTDA - ME.**

Por este instrumento particular, o **MUNICÍPIO DE AÇAILÂNDIA-MA**, através da **PREFEITURA MUNICIPAL DE AÇAILÂNDIA**, situada na Av. Santa Luzia, s/nº, Parque das Nações, Cep 65.930-000, Açailândia-MA, inscrita no CNPJ sob o nº 07.000.268/0001-72, neste ato representada pela **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, situada na Rua Anita Garibaldi, nº 567, Centro, Cep 65.930-000, inscrita no CNPJ sob o nº 11.816.419/0001-32, neste ato representada pelo secretário municipal, Sr. **MARCO AURÉLIO DE OLIVEIRA**, portador da cédula de identidade nº 1715999 SSP/MA e do CPF nº 489.725.763-87, a seguir denominada **CONTRATANTE**, e a empresa **LABORATÓRIO DE ANÁLISE CLÍNICAS SÃO PAULO LTDA - ME**, situada na Rua Dr. Gervasio, nº 590, Centro, Açailândia-MA, CEP: 65930-000, inscrita no CNPJ sob o nº 03.327.659/0001-45, neste ato representada pelo Socio-administrador Sr. **VILLEGAINON BRAZ MORAIS COSTA**, portador da Cédula de Identidade nº 38292895-4 SSP/MA do CPF nº 562.501.853-72, a seguir denominada **CONTRATADA**, tendo em vista o que dispõem a Constituição Federal, em especial os seus artigos 196 e seguintes; a Constituição Estadual, as Leis nº 8080/90 e nº 8142/90, as normas gerais da Lei Federal de Licitações e Contratos Administrativos e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, ao à Portaria – GM/MS 399 de 22/02/06, à Portaria - GM/MS 358/06 do Ministério da Saúde , **RESOLVEM** celebrar o presente Contrato de Prestação de Serviços, mediante as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

Chamamento Público nº 007/2015, para conhecimento de pessoas jurídicas prestadoras de serviços de saúde interessadas em realizar atendimento em caráter complementar, aos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde – em serviços análises clínicas e patologia clínica, Os Grupos e Subgrupos para os quais a contratada se encontra habilitada, conforme Chamamento Público realizado pela mesma, são:

**Prefeitura Municipal de Açailândia**  
Av. Santa Luzia, s/nº, Parque das Nações, Cep 65.930-000, Açailândia, Maranhão, Brasil  
CNPJ nº 07.000.268/0001-72 Home page: [www.acailandia.ma.gov.br](http://www.acailandia.ma.gov.br)  
E-mail: [saude@acailandia.ma.gov.br](mailto:saude@acailandia.ma.gov.br)



705

MUNICÍPIO DE AÇAILÂNDIA (MA)  
PODER EXECUTIVO  
SECRETARIA DE SAÚDE

Grupo 02/Subgrupo 02 SIGTAP/SUS					
Nº	PROCEDIMENTOS	CODIGO	QUANT.	VALOR UNIT.	Total
01	DOSAGEM DE ACIDO URICO	202010120	600	R\$ 1,85	R\$ 1.110,00
03	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	202010201	200	R\$ 2,01	R\$ 402,00
05	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	202010279	2000	R\$ 3,51	R\$ 7.020,00
06	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	202010287	2000	R\$ 3,51	R\$ 7.020,00
07	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	202010295	3600	R\$ 1,85	R\$ 6.660,00
08	DOSAGEM DE CREATININA	202010317	2000	R\$ 1,85	R\$ 3.700,00
14	DOSAGEM DE GLICOSE	202010473	6000	R\$ 1,85	R\$ 11.100,00
21	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	202010643	1200	R\$ 2,01	R\$ 2.412,00
22	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	202010651	1200	R\$ 2,01	R\$ 2.412,00
23	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	202010678	4000	R\$ 3,51	R\$ 14.040,00
24	DOSAGEM DE UREIA	202010694	2000	R\$ 1,85	R\$ 3.700,00
26	CONTAGEM DE PLAQUETAS	202020029	4400	R\$ 2,73	R\$ 12.012,00
27	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	202020070	600	R\$ 2,73	R\$ 1.638,00
28	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	202020096	600	R\$ 2,73	R\$ 1.638,00
29	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)	202020150	300	R\$ 2,73	R\$ 819,00
30	HEMOGRAMA COMPLETO	202020380	7000	R\$ 4,11	R\$ 28.770,00
33	DOSAGEM DE PROTEINA CREATIVA	202030202	460	R\$ 2,83	R\$ 1.301,80
36	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA	202030474	400	R\$ 2,83	R\$ 1.132,00

Prefeitura Municipal de Açailândia

Av. Santa Luzia, s/nº, Parque das Nações, Cep 65.930-000, Açailândia, Maranhão, Brasil

CNPJ nº 07.000.268/0001-72 Home page: www.acailandia.ma.gov.br

E-mail: saude@acailandia.ma.gov.br

Página 2/11





706

**MUNICÍPIO DE AÇAILÂNDIA (MA)**  
**PODER EXECUTIVO**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**

	(ASLO)				
49	TESTE DE VDRL P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	202031110	700	R\$ 2,83	R\$ 1.981,00
50	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	202040127	4000	R\$ 1,65	R\$ 6.600,00
52	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	202050017	6000	R\$ 3,70	R\$ 22.200,00
55	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	202060217	200	R\$ 7,85	R\$ 1.570,00
72	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	202090302	360	R\$ 1,89	R\$ 680,40
73	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	202120023	1000	R\$ 1,37	R\$ 1.370,00
74	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	202120082	1000	R\$ 1,37	R\$ 1.370,00
75	PROVA DO LACO	202020509	420	R\$ 2,73	R\$ 1.146,60
76	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	202020495	560	R\$ 2,73	R\$ 1.528,80
<b>TOTAL</b>			<b>52800</b>		R\$ 145.333,60
Cento e quarenta e cinco mil, trezentos e trinta e três reais e sessenta centavos					

**PARÁGRAFO ÚNICO** - Mediante Termo Aditivo e de acordo com a capacidade operacional do CONTRATADO e as necessidades do CONTRATANTE, os contratantes poderão, por interesse público, fazer acréscimos de até 25% (vinte e cinco por cento) nos valores limites deste Contrato, durante o período de sua vigência, incluídas as prorrogações, mediante justificativa aprovada pela Secretaria Municipal de Saúde.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DA ORIGEM**

A prestação de serviços, ora ajustada é oriunda do Edital de Chamamento Público nº 007/2015, fazendo parte do presente contrato todas as disposições lá encontradas.

**CLÁUSULA TERCEIRA - DA EXECUÇÃO**



**MUNICÍPIO DE AÇAILÂNDIA (MA)**  
**PODER EXECUTIVO**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**

Os serviços referidos na Cláusula Primeira, serão executados pelo **LABORATÓRIO DE ANÁLISE CLÍNICAS SÃO PAULO LTDA - ME**, situado na Rua Dr. Gervasio, nº 590, Bairro Centro - Açaílandia - MA, CEP: 65300-000 Inscrita no CNPJ: 03.327.659/0001-45, PARÁGRAFO ÚNICO: A eventual mudança de endereço do estabelecimento do CONTRATADO será imediatamente comunicada ao CONTRATANTE, que analisará a conveniência de manter os serviços ora contratados em outro endereço, podendo o CONTRATANTE rever as condições deste Contrato, e até mesmo rescindi-lo, se entender conveniente.

**CLÁUSULA QUARTA - DAS NORMAS GERAIS**

Os serviços ora contratados serão prestados diretamente por profissionais do estabelecimento do CONTRATADO.

§1º - O CONTRATADO não poderá cobrar do paciente, ou seu acompanhante, qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados nos termos deste Contrato.

§2º - O CONTRATADO responsabilizar-se-á por qualquer cobrança indevida, feita ao paciente ou seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste Contrato.

§3º - Sem prejuízo do acompanhamento da fiscalização e da formalidade complementar exercidos pelo CONTRATANTE sobre a execução do objeto deste Contrato, os contraentes reconhecem a prerrogativa de controle e a autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS, decorrente de Lei Orgânica da Saúde.

§4º - É de responsabilidade exclusiva e integral do CONTRATADO a utilização de pessoal para execução do objeto deste Contrato, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais, resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o CONTRATANTE.

§5º - O presente contrato segue a legislação e normatização vigentes do SUS, no que se refere a sua execução e prestação de contas.

**CLÁUSULA QUINTA - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO**

Para o cumprimento do objeto deste Contrato, o CONTRATADO se obriga a oferecer ao paciente todo recurso necessário ao seu atendimento.

PARÁGRAFO ÚNICO: O CONTRATADO se obriga, ainda, a:





**MUNICÍPIO DE AÇAILÂNDIA (MA)**  
**PODER EXECUTIVO**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**

- 1 - manter sempre atualizado o prontuário dos pacientes com os respectivos laudos dos exames ou procedimentos realizados;
- 2 - não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;
- 3 - atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação de serviços;
- 4 - cumprir e fazer cumprir as Normas Técnicas emanadas do Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Açailândia;
- 5- justificar ao paciente ou a seu responsável, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato previsto neste Contrato;
- 6- notificar o CONTRATANTE de eventual alteração de sua razão social e de mudança em sua Diretoria, Contrato ou Estatuto, enviando ao CONTRATANTE, no prazo de 45 (quarenta e cinco) dias, contados a partir da data de registro da alteração, cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro das Pessoas Jurídicas.

**CLÁUSULA SEXTA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO CONTRATADO**

O CONTRATADO é responsável pela indenização de danos causados aos pacientes, aos órgãos do SUS e a terceiros a eles vinculados, decorrentes de ato ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência, praticados por seus empregados, profissionais ou prepostos, ficando assegurado ao CONTRATADO o direito de regresso.

§1º - A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste Contrato pelos órgãos competentes do SUS não exclui nem reduz a responsabilidade do CONTRATADO, nos termos da legislação referente a Licitações e Contratos Administrativos.

§2º - A responsabilidade de que trata esta Cláusula estende-se aos casos de danos causados por defeitos relativos à prestação dos serviços.

**CLÁUSULA SÉTIMA - DO PREÇO**

O CONTRATANTE pagará, mensalmente, ao CONTRATADO a importância correspondente ao número de procedimentos mensais realizados, de acordo com a TABELA DE VALORES constante do anexo I do edital de Chamamento Público e com os limites quantitativos explicitados na Cláusula Primeira.

**CLÁUSULA OITAVA - DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS**



**MUNICÍPIO DE AÇAILÂNDIA (MA)**  
**PODER EXECUTIVO**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**

As despesas dos serviços realizados decorrentes deste Contrato, correrão à conta dos recursos financeiros provenientes de dotação orçamentária da Secretaria Municipal de Saúde:

Dotação Orçamentária	Unidade Orçamentária	Elemento de Despesa	Fonte
0218 – Fundo Municipal de Saúde	10.302.0058.2.126 – Manutenção do Hospital Municipal	3.3.90.39.00 – Outros Serv. de Terc. Pessoa Jurídica	022

**CLÁUSULA NONA – DA APRESENTAÇÃO DAS CONTAS E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

O preço estipulado neste Contrato será pago da seguinte forma, sob pena de atualização monetária:

I – O CONTRATADO apresentará mensalmente ao CONTRATANTE, até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente à prestação dos serviços, as faturas em papel e meio magnético e os documentos referentes aos serviços efetivamente prestados.

II – Os pagamentos serão efetuados mensalmente mediante apresentação de boletins contendo os procedimentos realizados no mês anterior e deverá ser apresentado até o terceiro dia útil do mês subsequente ao vencido, junto à SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Após análise e aprovação do setor competente, no prazo de até 5 (cinco) dias úteis, a CONTRATADA deverá emitir a respectiva Nota Fiscal/Fatura, com prazo de vencimento de 10 (dez) dias, devendo ser atestada e aprovada no verso pelo representante da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, especialmente designado para o acompanhamento dos procedimentos E e deverá apresentar obrigatoriamente, apresentar no ato do pagamento as referidas certidões:

- a) Certidão Conjunta Negativa, ou Certidão Conjunta Positiva com efeitos de Negativa, de Tributos e Contribuições Federais e Dívida Ativa da União, emitida pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda, comprovando a regularidade para com a Fazenda Federal.
- b) Certidão Negativa de Débitos, ou Certidão Positiva com efeitos de Negativa, expedida pelo Estado do domicílio ou sede da empresa licitante, comprovando a regularidade para com a Fazenda Estadual.
- c) Certidão Negativa, ou Certidão Positiva com efeitos de Negativa, quanto





**MUNICÍPIO DE AÇAILÂNDIA (MA)**  
**PODER EXECUTIVO**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**

à Dívida Ativa do Estado, expedida pelo Estado do domicílio ou sede da empresa licitante, comprovando a regularidade para com a Fazenda Estadual.

- d) Certidão Negativa de Débitos, ou Certidão Positiva com efeitos de Negativa, relativa à atividade econômica, expedida pelo Município do domicílio ou sede da empresa licitante, comprovando a regularidade para com a Fazenda Municipal.
- e) Certidão Negativa, ou Certidão Positiva com efeitos de Negativa, quanto à Dívida Ativa do Município, expedida pelo Município do domicílio ou sede da empresa licitante, comprovando a regularidade para com a Fazenda Municipal.
- f) Certidão Negativa de Débito, expedida pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, comprovando a regularidade perante a Seguridade Social.
- g) Certificado de Regularidade de Situação do FGTS – CRF, emitido pela Caixa Econômica Federal – CEF, comprovando a regularidade perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço.
- h) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), ou Positiva com efeitos de Negativa, emitida pelo Tribunal Superior do Trabalho ou Conselho Superior da Justiça do Trabalho ou Tribunais Regionais do Trabalho, comprovando a inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho.

III – Para fins de prova da data de apresentação das contas e observância dos prazos de pagamento, será entregue ao CONTRATADO recibo assinado ou rubricado pelo servidor do CONTRATANTE, com aposição do respectivo carimbo funcional.

IV – As contas rejeitadas pelo serviço de processamento de dados contendo incorreções, serão devolvidas ao CONTRATADO para correção, no prazo de 10 (dez) dias, devendo ser reapresentadas até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente àquele em que ocorreu a devolução. O documento reapresentado deverá ser arquivado no prontuário, acompanhado do correspondente documento original devidamente inutilizado por meio de carimbo.

V – Ocorrendo erro, falha ou falta de processamento das contas, por culpa do CONTRATANTE, este garantirá ao CONTRATADO o pagamento, no prazo avençado neste



711  
T

**MUNICÍPIO DE AÇAILÂNDIA (MA)**  
**PODER EXECUTIVO**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**

Contrato, pelos valores do mês imediatamente anterior, compensando-se as diferenças que houver no pagamento seguinte, mas ficando a SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE AÇAILÂNDIA exonerada do pagamento de multas e sanções financeiras, obrigando-se, entretanto, a corrigir monetariamente os créditos de outro acréscimo porventura incidente nas diferenças apuradas em favor do CONTRATADO.

VI – O CONTRATANTE realizará revisão técnico-administrativa da fatura apresentada pelo CONTRATADO, periodicamente, podendo esta ser “in loco”. O valor financeiro da glosa resultante desta análise será descontada no pagamento do mês subsequente, após o término do processo administrativo, respeitado os prazos de recurso.

PARÁGRAFO ÚNICO: o serviço previsto neste Contrato poderá ter seus quantitativos modificados, através de alteração da Ficha de Programação Físico Orçamentária (FPO), que deverá ser previamente aprovada pelo Gestor Municipal, não ultrapassando o limite de aditamento contratual previsto na lei 8.666/93, qual seja, o de 25% do valor inicial do contrato.

**CLÁUSULA DÉCIMA – DO REAJUSTE DO PREÇO**

Os valores estipulados na cláusula sétima – Do Preço, poderão ser reajustados após cada período de 01 ano de vigência contratual, pelo índice do INPC acumulado nos últimos 12(doze) meses, garantido sempre o equilíbrio econômico-financeiro do Contrato, nos termos do art. 26, da Lei nº 8.080/90 e das normas gerais da Lei Federal de Licitações e Contratos Administrativos.

PARÁGRAFO ÚNICO: Os reajustes dependerão de Termo Aditivo, sendo necessário constar no processo administrativo do CONTRATADO a origem e autorização do reajuste, bem como os respectivos cálculos.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA**

A execução do presente Contrato será avaliada pelos órgãos competentes do SUS, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste Contrato, e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.

§1º - As regras de controle, avaliação e auditoria utilizada para o presente contrato são as vigentes no Sistema Único de Saúde;

§2º - Sob critérios definidos em normatização complementar, poderá, em casos específicos, ser realizada auditoria especializada.





**MUNICÍPIO DE AÇAILÂNDIA (MA)**  
**PODER EXECUTIVO**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**

§3º - Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa do CONTRATADO poderá ensejar a não prorrogação deste Contrato ou a revisão das condições ora estipuladas.

§4º - A fiscalização exercida pelo CONTRATANTE sobre os serviços ora contratados não eximirá o CONTRATADO da sua plena responsabilidade perante o CONTRATANTE, ou para com os pacientes e terceiros, decorrentes de culpa ou dolo na execução do Contrato.

§5º - O CONTRATADO facilitará ao CONTRATANTE o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores do CONTRATANTE, designados para tal fim.

§6º - Em qualquer hipótese é assegurado ao CONTRATADO amplo direito de defesa.

§7º - O CONTRATADO deverá disponibilizar local para o trabalho dos auditores, quando a auditoria for realizada "in loco".

§8º - O CONTRATADO deverá apresentar cópia dos laudos dos resultados dos exames sempre que solicitados pela auditoria.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS PENALIDADES**

A inobservância, pelo CONTRATADO, de cláusula ou obrigação constante deste Contrato, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará o CONTRATANTE a aplicar, em cada caso, as seguintes penalidades contratuais:

- a) multa;
- b) suspensão temporária dos serviços.
- c) suspensão do pagamento de qualquer forma de atendimento do SUS previsto neste contrato;
- d) suspensão temporária ou definitiva de contratação, junto ao Município de Açailândia.
- e) suspensão do atendimento ou exclusão do Sistema Único de Saúde.

PARÁGRAFO ÚNICO: A imposição de quaisquer das sanções estipuladas nesta Cláusula não ilidirá o direito do CONTRATANTE de exigir o ressarcimento integral dos prejuízos e das perdas e danos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente da responsabilidade criminal e/ou ética do autor do fato.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA RECONSIDERAÇÃO DE DECISÃO**



713  
T

**MUNICÍPIO DE AÇAILÂNDIA (MA)**  
**PODER EXECUTIVO**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**

Dos atos de aplicação de penalidade previstos neste Contrato, ou de sua rescisão, praticados pelo CONTRATANTE, cabe pedido de reconsideração no prazo de 10 (dez) dias úteis, a contar da intimação do ato.

§1º - Da decisão do(a) Secretário(a) da Saúde que imputar penalidade ou rescindir o presente Contrato caberá pedido de reconsideração, no prazo de 10 (dez) dias úteis, a contar da intimação do ato.

§2º - Sobre o pedido de reconsideração formulado nos termos do parágrafo 1º, o Secretário de Saúde deverá manifestar-se no prazo de 15 (quinze) dias e poderá, ao recebê-lo, atribuir-lhe eficácia suspensiva, desde que o faça motivadamente diante de razões de interesse público.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA RESCISÃO**

Constituem motivos para a rescisão do presente Contrato o não cumprimento de quaisquer de suas cláusulas e condições, bem como os motivos previstos na legislação referente a Licitações e Contratos Administrativos, sem prejuízo das multas previstas na Cláusula Décima Segunda.

§1º - O CONTRATADO reconhece desde já os direitos do CONTRATANTE em caso de rescisão administrativa prevista na legislação referente a Licitações e Contratos Administrativos.

§2º - Em caso de rescisão contratual, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, será observado o prazo de 30 (trinta) dias para ocorrer a rescisão. Se neste prazo o CONTRATADO negligenciar a prestação dos serviços ora contratados a multa cabível poderá ser duplicada.

§3º - O presente Contrato rescinde todos os demais Contratos e Convênios anteriormente celebrados entre o CONTRATANTE e o CONTRATADO, que tenham como objeto a prestação de serviços de assistência à saúde.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO**

O Prazo de duração do presente contrato é até **doze meses** a se iniciar na data da assinatura, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos, respeitado o limite legal de 60 (sessenta) meses, com vistas à obtenção de preços e condições mais vantajosas para a administração.

§1º - Se o CONTRATADO não tiver interesse na prorrogação contratual deverá comunicar a sua intenção, por escrito, ao CONTRATANTE com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.





**MUNICÍPIO DE AÇAILÂNDIA (MA)**  
**PODER EXECUTIVO**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**

**CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DAS ALTERAÇÕES**

Qualquer das alterações do presente Contrato será objeto de Termo Aditivo, na forma da legislação referente à Licitação e Contratos Administrativos, excetuando-se o disposto na Cláusula Décima.

**CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA PUBLICAÇÃO**

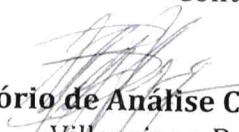
O presente Contrato terá sua eficácia condicionada à publicação da respectiva súmula na Imprensa Oficial do Município, nos termos do art. 61, Parágrafo Único, da Lei Federal nº 8.666/93.

**CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DO FORO**

As partes elegem o Foro de Açailândia, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir questões oriundas do presente Contrato, que não puderem ser resolvidas pelas partes e pelo Conselho Municipal de Saúde. E, por estarem as partes justas e contratadas, firmam o presente Contrato em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, para um único efeito, na presença de 02 (duas) testemunhas abaixo.

Açailândia, 04 de janeiro de 2016.

  
**Município de Açailândia-MA**  
Prefeitura Municipal de Açailândia  
Marco Aurélio de Oliveira  
Secretário Municipal de saúde  
Contratante

  
**Laboratório de Análise Clínicas São Paulo Ltda - ME**  
Villegainon Braz Morais Costa  
Contratada

**Testemunhas:**

Nome: Serana Pereira Corralho CPF nº 040.618.003-29

Nome: Villegainon do Rez Rodrigues CPF nº 033.867.393-85

**Prefeitura Municipal de Açailândia**  
Av. Santa Luzia, s/nº, Parque das Nações, Cep 65.930-000, Açailândia, Maranhão, Brasil  
CNPJ nº 07.000.268/0001-72 Home page: www.acailandia.ma.gov.br  
E-mail: saude@acailandia.ma.gov.br




Estado do Maranhão  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE AÇAILÂNDIA**  
AV. Santa Luzia, S/N - Parque das Nações  
**COMISSÃO CENTRAL DE LICITAÇÃO**

**PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 20130815-04/2013-CCL, QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA MUNICIPAL DE AÇAILÂNDIA ATRAVÉS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E A EMPRESA LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS SÃO PAULO LTDA. - ME**

Pelo presente instrumento, a **PREFEITURA MUNICIPAL DE AÇAILÂNDIA** através da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, inscrita no CNPJ sob o nº 07.000.268/0001-72, com sede na Av. Santa Luzia, S/N - Parque das Nações, Açailândia/MA, neste ato representada por seu Secretário, a Sr. **DENISON LIMA SANTOS GIGANTE**, brasileiro, casado, residente e domiciliado na cidade de Açailândia/MA, portador da Carteira de Identidade nº 944.470.98-0 SSP/MA e do CPF nº 968.435.273-53, doravante denominada **CONTRATANTE**, e a empresa **LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS SÃO PAULO LTDA. - ME**, inscrita no CNPJ sob o nº 03.327.659/0001-45, com sede na Rua Dr. Gervásio, nº 590, Centro, Açailândia (MA); neste ato representada por **Villegaignon Braz Morais Costa**, RG nº 38292895-4 SSP/MA e CPF nº 562.501.853-72, doravante denominada **CONTRATADA**, e em observância ao Processo Administrativo nº 3903/2013, decorrente do CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO Nº 003/2013-CCL, cujo objeto é a prestação de serviços de apoio ao diagnóstico na área de análises clínicas laboratoriais para atender as necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde, de interesse da Secretaria Municipal de Saúde, firmam o **PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 20130815-04**, tendo em vista o que consta no **Processo Administrativo nº 16028/2013**, e nos termos da Lei n.º 8.666/93 e nas demais normas legais aplicáveis, conforme abaixo:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO DO TERMO ADITIVO**

1.1. O objeto do presente Termo Aditivo consiste na Prorrogação do Contrato sob nº 20130815-04/2013 CCL.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DA VIGÊNCIA DO CONTRATO**

2.1. O presente Termo Aditivo prorroga a vigência do contrato por mais 05 (cinco) meses contados a partir do dia **15 de janeiro de 2014**, podendo ser prorrogado, desde que haja interesse da Administração e aceite da parte, conforme dispõe o inciso II do art. 57 da Lei 8.666/93, e observados os requisitos da Lei.

**CLÁUSULA TERCEIRA - DO VALOR DO TERMO ADITIVO**

3.1. O valor total deste termo aditivo para cobrir as despesas relativas à prorrogação do contrato pelo período de 05 (cinco) meses será de R\$ 210.000,00 (duzentos e dez mil reais).

**CLÁUSULA QUARTA - DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS**

4.1. As despesas decorrentes do presente Aditivo ocorrerão por conta das seguintes dotações orçamentárias:

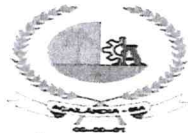
AÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	RUBRICA DA DESPESA	DESCRICAÇÃO	FONTE DE RECURSOS
10 122 0012 2.120	Manutenção da Secretaria Municipal de Saúde	3.3.90.39.00	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	Fundo Municipal de Saúde

**CLÁUSULA QUINTA - DA RATIFICAÇÃO**

Ficam ratificadas todas as demais Cláusulas e condições do contrato original, não alteradas pelo presente Termo Aditivo.

E, por se acharem justas e contratadas, e depois de lido e achado conforme, as partes assinam o presente instrumento em 02 (duas) vias, sem rasuras, perante 02 (duas) testemunhas, que também o subscrevem, para maior validade jurídica.





716  
T

Estado do Maranhão  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE AÇAILÂNDIA**  
AV. Santa Luzia, S/N - Parque das Nações  
**COMISSÃO CENTRAL DE LICITAÇÃO**

Açailândia (MA), 15 de janeiro de 2014.

*Dr. Denison Lima Santos Gigante*  
Secretaria Municipal de Saúde  
*Portaria 10/2013*

P/ CONTRATANTE:

**SR. DENISON LIMA SANTOS GIGANTE**  
Secretário Municipal de Saúde

P/ CONTRATADO:

  
**SR. VILLEGaignON BRAZ MORAIS COSTA**  
Representante Legal

**TESTEMUNHAS:**

NOME : \_\_\_\_\_ RG N.º: \_\_\_\_\_

NOME : \_\_\_\_\_ RG N.º: \_\_\_\_\_

*[Handwritten marks and signatures on the right margin]*

*27*



Estado do Maranhão  
PREFEITURA MUNICIPAL DE AÇAILÂNDIA  
AV. Santa Luzia, S/N - Parque das Nações  
COMISSÃO CENTRAL DE LICITAÇÃO

717  
T

**SEGUNDO TERMO ADITIVO AO  
CONTRATO N° 20130815-04/2013 CCL,  
QUE ENTRE SI CELEBRAM A  
PREFEITURA MUNICIPAL DE  
AÇAILÂNDIA ATRAVÉS DA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
E A EMPRESA LABORATÓRIO DE  
ANÁLISES CLÍNICAS SÃO PAULO  
LTDA.**

Pelo presente instrumento, a **PREFEITURA MUNICIPAL DE AÇAILÂNDIA** através da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, inscrita no CNPJ sob o n° 07.000.268/0001-72, com sede na Av. Santa Luzia, S/N - Parque das Nações, Açailândia/MA, neste ato representado por seu Secretário, a Sr. **MARCOS SANTOS GIGANTE**, brasileiro, casado, residente e domiciliado na cidade de Açailândia/MA, portador da Carteira de Identidade n° 0497451581 SSP/BA e do CPF n° 634.126.245-00, doravante denominada **CONTRATANTE**, e a empresa **LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS SÃO PAULO LTDA.**, inscrita no CNPJ sob o n° 03.327.659/0001-45, com sede na Rua Dr. Gervásio, 590, Centro, Açailândia-MA; neste ato representada por **Villegaignon Braz Morais Costa**, brasileiro, casado, bioquímico, portador do documento de identidade (RG) de n° 38292895-4 SSP/MA, inscrito no CPF de n° 562.501.853-72, inscrito no CRF/MA sob o n° 1.414, residente e domiciliado à Rua Dr. Gervásio, 688, Centro, nesta cidade, doravante denominada **CONTRATADA**, e em observância ao Processo Administrativo n° 3903/2013, decorrente do **CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO N° 003/2013**, cujo objeto é a **contratação de empresa especializada para prestação de serviços de apoio ao diagnóstico e terapia nas áreas de exames gerais e citologia com base na tabela SUS**, para atender as necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde, de interesse da Secretaria Municipal de Saúde, firmam o **SEGUNDO TERMO ADITIVO AO CONTRATO N° 20130815-04/2013-CCL**, nos termos da Lei n° 8.666/93 e nas demais normas legais aplicáveis, conforme abaixo:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO DO TERMO ADITIVO**

1.1. O objeto do presente Termo Aditivo consiste na Prorrogação do Contrato sob n° 20130815-04/2013 CCL.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DA VIGÊNCIA DO CONTRATO**

2.1. O presente Termo Aditivo prorroga a vigência do contrato por mais 05 (cinco) meses contados a partir do dia **15 de junho de 2014**, podendo ser prorrogado, desde que haja interesse da Administração e aceite da parte, conforme dispõe o inciso II do art. 57 da Lei 8.666/93, e observados os requisitos da Lei.

**CLÁUSULA TERCEIRA - DO VALOR DO TERMO ADITIVO**

3.1. O valor total deste termo aditivo para cobrir as despesas relativas à prorrogação do contrato pelo período de 05 (cinco) meses será de R\$ 210.000,00 (duzentos e dez mil



Estado do Maranhão  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE AÇAILÂNDIA**  
AV. Santa Luzia, S/N - Parque das Nações  
**COMISSÃO CENTRAL DE LICITAÇÃO**

reais) mantendo-se o valor mensal contratado de R\$ 42.000,00 (quarenta e dois mil reais).

**CLÁUSULA QUARTA - DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS**

4.1. As despesas decorrentes do presente Aditivo ocorrerão por conta das seguintes dotações orçamentárias:

AÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	RUBRICA DA DESPESA	DESCRIÇÃO	FONTE DE RECURSOS	VALOR
02.18- 10.122.0012.2.12 0	Manutenção da Secretaria Municipal de Saúde	3.3.90.39.00	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	Fundo Municipal de Saúde	R\$ 210.000,00

**CLÁUSULA QUINTA - DA RATIFICAÇÃO**

Ficam ratificadas todas as demais Cláusulas e condições do contrato original, não alteradas pelo presente Termo Aditivo.

E, por se acharem justas e contratadas, e depois de lido e achado conforme, as partes assinam o presente instrumento em 02 (duas) vias, sem rasuras, perante 02 (duas) testemunhas, que também o subscrevem, para maior validade jurídica.

Açailândia (MA), 13 de junho de 2014.

P/ CONTRATANTE:

**SR. MARCOS SANTOS GIGANTE**  
Secretário Municipal de Saúde

*Marcos Santos Gigante*  
MARCOS SANTOS GIGANTE  
Portfólio  
Secretaria Municipal de Saúde

P/ CONTRATADO:

*Villegaignon Braz Moraes Costa*  
**SR. VILLEGIGNON BRAZ MORAIS COSTA**  
Representante Legal



TESTEMUNHAS:

NOME: \_\_\_\_\_ RG N.º: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_ RG N.º: \_\_\_\_\_

*[Handwritten signatures and marks]*



 <p><b>PREFEITURA MUNICIPAL DE AÇAILÂNDIA</b></p> <p><b>SECRETARIA DE ECONOMIA E FINANÇAS</b></p> <p><b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e</b></p>	Número da Nota <b>0000117</b>	CERTIFICADA 10201500953455029 							
	Data e Hora da Emissão <b>21/07/2015 09:50:21</b>								
	Código de Verificação <small>P35D.AZ80.78C1.74FE.4E7D.8F5C.0DDC.1E5A</small>								
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>									
Nome / Razão Social: <b>LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS SÃO PAULO LTDA</b> CPF / CNPJ: <b>03.327.659/0001-45</b> Inscrição Municipal: <b>64130</b> Endereço: <b>R RUA DR. GERVASIO 590 - BAIRRO CENTRO - CEP: 65930000</b> Município: <b>ACAÍLANDIA</b> UF: <b>MA</b> Email: <b>mvanderlim@hotmail.com.br</b> Telefone: <b>(99) 35381659</b>									
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>									
Nome / Razão Social: <b>MUNICÍPIO DE ACAÍLANDIA - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE</b> CPF/CNPJ: <b>11.816.419/0001-32</b> Inscrição Municipal: <b>23389</b> Endereço: <b>R MARANHÃO 1.555 CASA; - BAIRRO GETAT - CEP: 65930000</b> Município: <b>ACAÍLANDIA</b> UF: <b>MA</b> Email: Telefone:									
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>									
Descrição: <b>PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE APOIO AO DIAGNÓSTICO ANÁLISES CLÍNICAS REFERENTE AO MÊS DE ABRIL 2015</b>									
<b>Tipo do Item</b>	<b>Item</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor Unitário (R\$)</b>	<b>Valor Total (R\$)</b>					
TRIBUTÁVEL	REFERENTE EXAMES LABORATORIAS REALIZADO MES DE ABRIL 2015	1	53.960,68	53.960,68					
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>PIS (0,0000%): R\$ 0,00</td> <td>COFINS (0,0000%): R\$ 0,00</td> <td>INSS (0,0000%): R\$ 0,00</td> <td>IR (0,0000%): R\$ 0,00</td> <td>CSLL (0,0000%): R\$ 0,00</td> </tr> </table>					PIS (0,0000%): R\$ 0,00	COFINS (0,0000%): R\$ 0,00	INSS (0,0000%): R\$ 0,00	IR (0,0000%): R\$ 0,00	CSLL (0,0000%): R\$ 0,00
PIS (0,0000%): R\$ 0,00	COFINS (0,0000%): R\$ 0,00	INSS (0,0000%): R\$ 0,00	IR (0,0000%): R\$ 0,00	CSLL (0,0000%): R\$ 0,00					
<b>VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 53.960,68</b>									
Valor Total das Deduções: R\$ 0,00		Base de Cálculo: R\$ 53.960,68	Alíquota: 2,79%	Valor do ISS: R\$ 1.505,50					
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>									
Descrição NBS: Local da Prestação do Serv.: <b>ACAÍLANDIA / MA</b> Tributação: <b>ISS SIMPLES NACIONAL</b> Mês de competência: <b>07/2015</b> Recolhimento: <b>ISS A RECOLHER</b> Atividade: <b>864020200 - LABORATORIOS CLINICOS</b> Serviço: <b>0402 - ANÁLISES CLÍNICAS, PATOLOGIA, ELETRICIDADE MÉDICA, RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA, ULTRA-SONOGRAFIA.</b>									


  
 30



DADOS OPERACIONAIS INCLUSÃO  ALTERAÇÃO  EXCLUSÃO

**IDENTIFICAÇÃO**

Identificador da Situação do Estabelecimento:  Individual  Mantido  Terceiros

PF  CNES  2463083  
 Tipo de Estabelecimento: 39 - UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)  
 Sub-Tipo de Estabelecimento: \_\_\_\_\_

Nome Empresarial: LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS SAO PAULO LTDA

Nome Fantasia: LABORATORIO SAO PAULO

Logradouro: RUA DR GERVASIO Número: 590

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: CENTRO

Nome do Município: ACAILANDIA CEP: 65930000

Cód Município: 210005 LF: M R. Saúde: 10 Microregião: \_\_\_\_\_ D. Sanit.: \_\_\_\_\_ Mód Assist.: \_\_\_\_\_ Telefone: (98)5381659

FAX: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO: 03.327.659/0001-45 CNPJ DA MANTENEDORA: \_\_\_\_\_ Possui Internet:  Sim  Não

**CARACTERIZAÇÃO**

Natureza Jurídica: 206-2 - SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA

Atividade de Ensino/Pesquisa: 04-UNIDADE DE SEM A TIVIDADE DE

Atendimento Prestado	SUS	Particular	Plano de Saúde Público	Plano de Saúde Privado
Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento Ambulatorial	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SADT	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urgência/Emergência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vigilância em Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regulação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gestão: Estadual Municipal

Atenção Básica:  Estadual  Municipal

Média Complexidade:  Estadual  Municipal

Internação:  Estadual  Municipal

Alta Complexidade:  Estadual  Municipal

Fluxo de Clientela: 03-A TENDIMENTO DE DEMANDA

**TURNO DE ATENDIMENTO**: 03-A TENDIMENTOS NOS TURNOS DA MANHA E A TARDE

**VÍNCULO COM O SUS**

No. Contratual/Convênio - Municipal: \_\_\_\_\_ Data de Publicação: \_\_\_\_\_

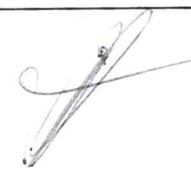
No. Contratual/Convênio - Estadual: \_\_\_\_\_ Data de Publicação: \_\_\_\_\_

Conta-corrente: Banco: 001 Agência: 13110 Número: 00000000070009

**VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

No. do Alvará: 30550 Data de Expedição: 19/03/2001 Órgão Expeditor:  SES  SMS

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)	Data	Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade	Data
Assinatura e Carimbo do(a) Gestor Municipal do SUS	Data	Assinatura e Carimbo do(a) Gestor Estadual do SUS	Data

 31

**IDENTIFICAÇÃO**

CNES	Nome Fantasia do Estabelecimento
2463083	LABORATORIO SAO PAULO
TIPO DO ESTABELECIMENTO	
39-UNIDADE DE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	

**INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA ASSISTÊNCIA**

Urgência/Emergência	Quantidade	Leitos/Equipos
Ambulatório	Quantidade	Leitos/Equipos
Hospitalar - Centro Cirúrgico	Quantidade	Leitos/Equipos
Hospitalar - Centro Obstétrico	Quantidade	Leitos/Equipos

**SERVIÇOS DE APOIO**

04-CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	Próprio
09-SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	Terceirizado

**SERVIÇOS ESPECIALIZADOS**

- 145-SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO / 001-EXAMES BIOQUIMICOS  
Ambulatorial SUS / Tipo : Próprio  
Endereço no qual o serviço próprio é realizado : 0-PROPRIO
- 145-SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO / 002-EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA  
Ambulatorial SUS / Tipo : Próprio  
Endereço no qual o serviço próprio é realizado : 0-PROPRIO
- 145-SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO / 003-EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS  
Ambulatorial SUS / Tipo : Próprio  
Endereço no qual o serviço próprio é realizado : 0-PROPRIO
- 145-SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO / 004-EXAMES COPROLOGICOS  
Ambulatorial SUS / Tipo : Próprio  
Endereço no qual o serviço próprio é realizado : 0-PROPRIO
- 145-SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO / 005-EXAMES DE UROANALISE  
Ambulatorial SUS / Tipo : Próprio  
Endereço no qual o serviço próprio é realizado : 0-PROPRIO
- 145-SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO / 006-EXAMES HORMONAIAS  
Ambulatorial SUS / Tipo : Próprio  
Endereço no qual o serviço próprio é realizado : 0-PROPRIO
- 145-SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO / 008-EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO  
Ambulatorial SUS / Tipo : Próprio  
Endereço no qual o serviço próprio é realizado : 0-PROPRIO
- 145-SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO / 009-EXAMES MICROBIOLOGICOS  
Ambulatorial SUS / Tipo : Próprio  
Endereço no qual o serviço próprio é realizado : 0-PROPRIO

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)	Data	Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade	Data
Assinatura e Carimbo do(a) Gestor Municipal do SUS	Data	Assinatura e Carimbo do(a) Gestor Estadual do SUS	Data

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

32

MS / SAS - SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

SCNES

Página: 2

DRAC - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle

Data: 12/02/2021

DATASUS

Módulo Conjunto - Ambulatorial / Hospitalar

Hora: 16:02

Competência: 01/2021

Estab : 2463083 - LABORATORIO SAO PAULO

Versão: 4.2.60

145-SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO / 010-EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS

Ambulatorial SUS / Tipo : Próprio

Endereço no qual o serviço próprio é realizado : 0-PROPRIO

145-SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO / 011-EXAMES DE GENETICA

Ambulatorial SUS / Tipo : Próprio

Endereço no qual o serviço próprio é realizado : 0-PROPRIO

145-SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO / 012-EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL

Ambulatorial SUS / Tipo : Próprio

Endereço no qual o serviço próprio é realizado : 0-PROPRIO

145-SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO / 013-EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS

Ambulatorial SUS / Tipo : Próprio

Endereço no qual o serviço próprio é realizado : 0-PROPRIO

Comissões e Outros

Turno de Atendimento: 03-ATENDIMENTOS NOS TURNOS DA MANHA E A TARDE

<i>Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)</i>	<i>Data</i>	<i>Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade</i>	<i>Data</i>
<i>Assinatura e Carimbo do(a) Gestor Municipal do SUS</i>	<i>Data</i>	<i>Assinatura e Carimbo do(a) Gestor Estadual do SUS</i>	<i>Data</i>




33



<b>IDENTIFICAÇÃO</b>	
<i>CNES</i>	<i>Nome Fantasia do Estabelecimento</i>
2463083	LABORATORIO SAO PAULO

**INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA ASSISTÊNCIA**

<i>1-Equipamentos de Diagnóstico por Imagem</i>	<i>Quantidade Existente</i>	<i>Quantidade em uso</i>	
<i>2-Equipamentos de Infra-Estrutura</i>	<i>Quantidade Existente</i>	<i>Quantidade em uso</i>	
21-CONTROLE AMBIENTAL/ARCONDICIONADO CENTRAL	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="1"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="1"/>	SUS
<i>3-Equipamentos por Método dos Ópticos</i>	<i>Quantidade Existente</i>	<i>Quantidade em uso</i>	
<i>4-Equipamentos por Método dos Gráficos</i>	<i>Quantidade Existente</i>	<i>Quantidade em uso</i>	
<i>5-Equipamentos para Manutenção da Vida</i>	<i>Quantidade Existente</i>	<i>Quantidade em uso</i>	
<i>6-Outros Equipamentos</i>	<i>Quantidade Existente</i>	<i>Quantidade em uso</i>	
<i>7-Equipamentos de Obstetologia</i>	<i>Quantidade Existente</i>	<i>Quantidade em uso</i>	
<i>8-Equipamentos de Audiologia</i>	<i>Quantidade Existente</i>	<i>Quantidade em uso</i>	
<i>Coleta Seletiva de Resíduos/ Resíduos</i>			
05-NENHUM			

<i>Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)</i>	<i>Data</i>	<i>Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade</i>	<i>Data</i>
<i>Assinatura e Carimbo do(a) Gestor Municipal do SUS</i>	<i>Data</i>	<i>Assinatura e Carimbo do(a) Gestor Estadual do SUS</i>	<i>Data</i>

34

MUNICÍPIO : IBGE : 210005 - ACAILANDIA

CNES : 2463083 - LABORATORIO SAO PAULO

<u>CPF</u>	<u>CNS</u>	<u>NOME</u>	<u>CBO</u>
97989762315	700002179762504	ANA PAULA GOMES DE SOUSA	515215 - AUXILIAR DE LABORATORIO DE
01454435313	702006386093985	GILDNEY PEREIRA DO NASCIMENTO COSTA	515215 - AUXILIAR DE LABORATORIO DE
14097141449	101171201270018	PAULO LINS DE OLIVEIRA	223415 - FARMACEUTICO ANALISTA CLINICO
00932055389	702000829080784	PEDRO EMANNUEL HENRIQUE MENDES LINS	131210 - GERENTE DE SERVICOS DE SAUDE
60592000362	705000237857354	RICHARD MENDES LINS	515215 - AUXILIAR DE LABORATORIO DE
65585011391	700002232426305	SULETES NASCIMENTO DE ARAUJO	515215 - AUXILIAR DE LABORATORIO DE
56250185372	127852243710006	VILLEGAINON BRAZ MORAIS COSTA	223415 - FARMACEUTICO ANALISTA CLINICO

**Total de Profissionais/Vínculos: 7/7**

**Total Geral de Profissionais/Vínculos: 7/7**

Handwritten marks and signature:

6.

M

35



# CERTIDÃO DE REGULARIDADE 2020

Consulte via leitor de QRCode



Consulte pelo Código de Autenticação para Validar a CRT em [www.crfma.org.br](http://www.crfma.org.br)

CADASTRO NO CRF SOB O Nº 4060	VALIDADE 31/03/2021	CODIGO DE AUTENTICAÇÃO 608128B956CE0E861C540844F90CC7FC
----------------------------------	------------------------	--

RAZÃO/DENOMINAÇÃO SOCIAL  
**LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS S. PAULO LTDA**

NOME FANTASIA  
**LABORATÓRIO SÃO PAULO**

TIPO DE ESTABELECIMENTO <b>LABORATÓRIO ANÁLISE CLÍNICAS - PROP.</b>	NATUREZA DE ATIVIDADE <b>LAB.ANAL.CLINICAS</b>
--	---

ENDEREÇO <b>RUA DR. GERVÁSIO 590</b>	CNPJ <b>03.327.659/0001-45</b>
---	-----------------------------------

LOCALIDADE <b>CENTRO</b>	CIDADE - UF <b>ACAILANDIA-MA</b>
-----------------------------	-------------------------------------

### HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

Domingo *****	Segunda 06:00 às 18:00	Terça 06:00 às 18:00	Quarta 06:00 às 18:00	Quinta 06:00 às 18:00	Sexta 06:00 às 18:00	Sábado *****
------------------	---------------------------	-------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------	-----------------

### RESPONSÁVEIS TÉCNICOS

TIPO	INSCRIÇÃO	NOME	FUNÇÃO	SITUAÇÃO		
F	1414	VILLEGIGNON BRAZ MORAIS COSTA	DIRETOR TÉCNICO	SÓCIO 50.00 %		
Domingo *****	Segunda 07:00 às 12:00	Terça 07:00 às 12:00	Quarta 07:00 às 12:00	Quinta 07:00 às 12:00	Sexta 07:00 às 12:00	Sábado *****

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO MARANHÃO - CRF-MA  
São Luís, 13 de Outubro de 2020

*Gizelli Santos Lourenço Coutinho*

Dra. Gizelli Santos Lourenço Coutinho  
Diretora-Presidente do CRF/MA  
CRF-MA 2246

#### ESTA CERTIDÃO DEVE SER AFIKADA EM UM LUGAR BEM VISÍVEL AO PÚBLICO

- Certificamos que o estabelecimento a que se refere esta Certidão de Regularidade está inscrito neste Conselho Regional de Farmácia, atendendo o que dispõe os artigos 22, parágrafo único e 24, da Lei nº 3.820/60 e do Título IX da Lei nº 6.360/76. Tratando-se de Farmácia e Drogeria, certificamos que está regularizada em sua atividade durante os horários estabelecidos pelos Farmacêuticos Responsáveis Técnicos, de acordo com os artigos 15, parágrafos 1º e 2º e 23, alínea "c" da Lei nº 5.991/73 e artigos 2º e 3º Caput 5º e 6º Inciso I, todos da Lei 13.021/14.
- Por ocasião de mudanças no quadro de assistência farmacêutica, este documento deverá ser retirado pelo Responsável Técnico interessando e encaminhando por respectivo CRF para as devidas alterações.
- A autenticidade e/ou validade jurídica dessa CERTIDÃO poderá ser comprovada acessando o site institucional e digitando o código de autenticidade ou mesmo através de leitor de QR-Code.

36





# Declaração

DECLARAMOS, para efeito de qualificação de prestação de serviços farmacêuticos, segue o perfil de assistência farmacêutica do Profissional:

Nome:	VILLEGAINON BRAZ MORAIS COSTA
Tipo / Inscrição:	FARMACÊUTICO / 1414
CPF:	56250185372
RG:	382928954

Sendo Responsável Técnico no(s) seguinte(s) estabelecimentos abaixo com respectivo percentual de presença (Perfil de Assistência Farmacêutica) no período de 17/03/2019 à 17/03/2021:

Inscrição	Razão Social	Tipo Contrato	Total de Fiscalizações	Percentual de Presença	Perfil
4546	V. B. MORAES	DIRETOR TÉCNICO	4	75 %	1
4060	LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS S. PAULO LTDA	DIRETOR TÉCNICO	1	100 %	4

São Luis, 17 de Março de 2021.

*Gizelli Santos Lourenço Coutinho*

Farm. GIZELLI SANTOS LOURENÇO COUTINHO  
Presidente CRF-MA

*Handwritten signatures and initials on the right side of the page.*



Código de Autenticação: 8581512676AAA29F5AED1FC8CC895333

Rua Faveiros, Quadra B, nº 7 - São Francisco, CEP: 65076-140 - São Luís/MA  
Fone: (98) 2107-3850/ (98) 2107-3851. Atendimento ao público: Segunda à sexta das 9h às 17h  
email: atendimento@crfma.org.br | Whatsapp: (98) 984578600

*Handwritten number 37*



PREFEITURA MUNICIPAL DE AÇAILÂNDIA

ESTADO DO MARANHÃO

ÓRGÃO: PROTOCOLO CENTRAL

Processo protocolado sob nº 4344 / 2021

Encaminhe-se à LICITAÇÃO

Em, 25 / 03 / 2021

Maçan  
PROTOCOLO

RECEBIDO

DATA: 21 03 2021

HORA: 10 : 36

[Signature]



[www.acailandia.ma.gov.br](http://www.acailandia.ma.gov.br)  
Fone: (99) 3538-5848 | Av. Santa Luzia, S/N | Km 04  
Pq. das Nações | CEP 65.930-000 | Açailândia - Maranhão