



**SEGUNDO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº. 015/2023, CREDENCIAMENTO DAS EMPRESAS QUE TENHAM INTERESSE NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES LABORATORIAIS ATENDENDO AS NECESSIDADES DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO USUÁRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), E NOS TERMOS E CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NESTE EDITAL E TERMO DE REFERÊNCIA ANEXO I DESTE INSTRUMENTO. CREDENCIAMENTO Nº 002/2023 - INEXIGIBILIDADE Nº 002/2023.**

**O MUNICÍPIO DE NOVA BRASILÂNDIA – MT**, pessoa jurídica de Direito Público, CNPJ/MF nº 15.023.963/0001-88, neste ato representado pela Prefeita Municipal, **Srª MAURIZA AUGUSTA DE OLIVEIRA** brasileira, divorciada, portadora do RG nº. 1260492-5 - SSP/MT e inscrita no CPF sob o nº. 535.090.561-91, residente e domiciliada à Rua Agripino Antônio das Neves, s/nº, Bairro Centro, neste município, doravante denominado **“CONTRATANTE”**, e do outro lado a empresa **LABORATÓRIO DE ANÁLISES FREITAS LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº 02.237.735/0001-69, estabelecida na Av. João Ponce de Arruda, nº 2196, bairro Centro, município de Rondonópolis/MT, CEP 78.700-260, neste ato representado pelo seu representante o Srº **THIAGO DE OLIVEIRA REBONATO**, nacionalidade brasileira, solteiro, portador do RG nº 18119590030 TEM/MT e CPF nº 040.712.831-06, doravante denominado **“CONTRATADA”**, considerando o disposto na Lei nº 8.666/93, resolvem firmar o presente **2º TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 015/2023**, mediante cláusulas e condições a seguir especificadas:

#### **CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

1.1. Os objetos do presente aditivo são os seguintes:

1.1.1. **O Valor a ser pago a contratada é de R\$ 16.504,13 (dezesesseis mil quinhentos e quatro reais e treze centavos)**, aproximadamente 25% do valor total do Contrato.

ITEM	DESCRIÇÃO	UN	QTª	VALOR UN. R\$	VALOR TOTAL R\$
38113	SERVICO DE EXAME - DO TIPO SOROLOGIA LEISHIMANIOSE IGG	UN	10	R\$ 34,65	R\$ 346,50
38114	SERVICO DE EXAME - DO TIPO SOROLOGIA LEISHIMANIOSE IGM	UN	10	R\$ 35,76	R\$ 357,60
38115	SERVICO DE EXAME - DO TIPO PESQUISA DE LEISHIMANIOSE VISCERAL	UN	10	R\$ 27,51	R\$ 275,10
38116	SERVICO DE EXAME - DO TIPO PROLACTINA	UN	7	R\$ 23,56	R\$ 164,92
38117	SERVICO DE EXAME - DO TIPO DE PSA TOTAL E LIVRE	UN	150	R\$ 19,21	R\$ 2.881,50
38118	SERVICO DE EXAME - DO TIPO SOROLOGIA RUBEOLA IGG	UN	25	R\$ 20,91	R\$ 522,75



ESTADO MATO GROSSO  
**PREFEITURA DE NOVA BRASILÂNDIA**  
DEPARTAMENTO DE LICITAÇÃO

[www.novabrasilandia.mt.gov.br](http://www.novabrasilandia.mt.gov.br)

[novabrasilandia@outlook.com.br](mailto:novabrasilandia@outlook.com.br)

38119	SERVICO DE EXAME - DO TIPO SOROLOGIA RUBEOLA IGM	UN	25	R\$ 21,32	R\$ 533,00
38120	SERVICO DE EXAME - DOSAGEM DE SÓDIO	UN	12	R\$ 10,54	R\$ 126,48
38121	SERVICO DE EXAME - DO TIPO T3 TOTAL	UN	12	R\$ 11,54	R\$ 138,48
38122	SERVICO DE EXAME - DO TIPO T4 LIVRE	UN	12	R\$ 9,16	R\$ 109,92
38123	SERVICO DE EXAME - DO TIPO T4 TOTAL	UN	12	R\$ 11,54	R\$ 138,48
38124	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOXOPLASMOSE IGG	UN	25	R\$ 23,15	R\$ 578,75
38125	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOXOPLASMOSE IGM	UN	25	R\$ 23,15	R\$ 578,75
38128	SERVICO DE EXAME - DO TIPO SOROLOGIA HEPATITE B (HBSAG)	UN	25	R\$ 31,66	R\$ 791,50
38129	SERVICO DE EXAME - DO TIPO SOROLOGIA HEPATITE C - HCV	UN	25	R\$ 33,79	R\$ 844,75
38130	SERVICO DE EXAME - DO TIPO PESQUISA DE ANTICORPOS HIV 1 + HIV 2 (ELISA)	UN	37	R\$ 26,26	R\$ 971,62
38098	SERVICO DE EXAME - DO TIPO DOSAGEM DE VITAMINA D	UN	12	R\$ 33,14	R\$ 397,68
38099	SERVICO DE EXAME - DO TIPO I MARCADORES TUMORAIS CEA	UN	07	R\$ 25,24	R\$ 176,68
38100	SERVICO DE EXAME - DO TIPO MARCADORES TUMORAIS - CA 125	UN	7	R\$ 27,17	R\$ 190,19
38101	SERVICO DE EXAME - CITOMEGALOVIRUS IGG	UN	25	R\$ 22,06	R\$ 551,50
38102	SERVICO DE EXAME - CITOMEGALOVIRUS IGM	UN	25	R\$ 22,06	R\$ 551,50
30103	SERVICO DE EXAME - DO TIPO CLEARANCE DE CREATININA	UN	7	R\$ 19,23	R\$ 134,61
38104	SERVICO DE EXAME - DO TIPO COOMBS DIRETO	UN	12	R\$ 28,92	R\$ 347,04
38105	SERVICO DE EXAME - DO TIPO COOMBS INDIRETO	UN	12	R\$ 26,12	R\$ 313,44
38106	SERVICO DE EXAME - DO TIPO DOSAGEM DO HORMONIO CORTISOL	UN	7	R\$ 34,01	R\$ 238,07
38107	SERVICO DE EXAME - DO TIPO CULTURA DE BK (BAAR)	UN	7	R\$ 19,48	R\$ 136,36
38108	SERVICO DE EXAME - DO TIPO CULTURA DE URINA (UROCULTURA)	UN	20	R\$ 32,20	R\$ 644,00
38109	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ESTRADIOL	UN	7	R\$ 25,73	R\$ 180,11
38110	SERVICO DE EXAME - DO TIPO FERRITINA	UN	15	R\$ 10,10	R\$ 151,50
38111	SERVICO DE EXAME - DO TIPO FERRO SÉRICO	UN	15	R\$ 17,35	R\$ 260,25
38112	SERVICO DE EXAME - DO TIPO HEMOGLOBINA GLICOSILADA	UN	125	R\$ 17,63	R\$ 2.203,75



38126	SERVICO DE EXAME - DO TIPO HORMONIO TIREOESTIMULANTE - TSH	UN	25	R\$ 9,83	R\$ 245,75
38127	SERVICO DE EXAME - DO TIPO DOSAGEM DA VITAMINA B12	UN	20	R\$ 21,08	R\$ 421,60
<b>VALOR TOTAL R\$ 16.504,13 (DEZESSEIS MIL QUINHENTOS E QUATRO REAIS E TREZE CENTAVOS).</b>					

## CLÁUSULA SEGUNDA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

COD	ORGÃO	UN	FUNÇÃO	SUB FUNÇÃO	PROGRAMA	PROJ/ ATIV	ELEMENTO DESPESA	FONTE DE RECURSO
71	05	02	10	302	0022	2028	33.90.39	102

**CLÁUSULA TERCEIRA** – O presente termo entra em vigor na data da sua assinatura.

**CLÁUSULA QUARTA – DA RATIFICAÇÃO:** Assim ajustados, o Contratante e o Contratado, declarando não haver ânimo de novar às demais obrigações assumido no contrato originário, ora aditado, e ratificando o que não foi aqui expressamente alterado, tudo o que nele contém, assinam este Termo de Aditivo, que passará a fazer parte integrante do referido Contrato, para todos os efeitos.

**Parágrafo Único** – As demais cláusulas do contrato em referência permanecem inalteradas e, ratificadas por meio do presente Termo Aditivo.

E assim, para firmeza e validade do que aqui foi acordado, lavrou-se o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, que vai devidamente assinado pelas partes Contratantes e pelas testemunhas indicadas.



ESTADO MATO GROSSO  
**PREFEITURA DE NOVA BRASILÂNDIA**  
DEPARTAMENTO DE LICITAÇÃO

[www.novabrasilandia.mt.gov.br](http://www.novabrasilandia.mt.gov.br)

[novabrasilandia@outlook.com.br](mailto:novabrasilandia@outlook.com.br)

Nova Brasilândia (MT), 01 de novembro de 2024.

---

**MAURIZA AUGUSTA DE OLIVEIRA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL**  
**CONTRATANTE**

---

**JOÃO PAULO FANINI DOURADINHO**  
**CNPJ: 24.613.818/0001-48**  
**CONTRATADA**

**Testemunhas:**

**Nome:** \_\_\_\_\_  
**CPF:** \_\_\_\_\_

**Nome:** \_\_\_\_\_  
**CPF:** \_\_\_\_\_