

TERMO DE JUSTIFICATIVA DE CONTRATAÇÃO EMERGENCIAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ANÁLISES CLÍNICAS, ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA PARA A POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO NORDESTE - UNIDADE POSSE

CONSIDERANDO QUE:

A – Em 09 de julho de 2024 o IMED foi convidado pelo Estado de Goiás, por meio de sua Secretaria de Estado da Saúde para celebrar Termo de Colaboração por meio de Dispensa de Chamamento Público fundamentada no inc. I, art. 30 da Lei nº13.019, de 31 de julho de 2014;

B – Foi firmado em 25 de julho de 2024 e publicado em 26 de julho de 2024, o **Termo de Colaboração nº 94/2024 – SES** (Processo nº 202400010044191), entre o IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO, associação civil sem fins lucrativos de apoio à gestão de saúde, qualificado como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, e o Estado de Goiás, por meio de sua Secretaria de Estado da Saúde, por um período de 180 (cento e oitenta) dias, com vistas ao fomento, gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na Policlínica Estadual da Região Nordeste - Unidade Posse (“Policlínica de Posse”), localizada na Avenida Juscelino K de Oliveira, Setor Buenos Aires, CEP.: 73.900-000, Posse/GO;

C – Dada a exiguidade do lapso temporal entre os eventos retro indicados, não é possível nem razoável ao IMED iniciar e concluir o processo ordinário de seleção para fins de contratação de serviços e fornecimento de bens relacionados à referida unidade; e

D – Mesmo diante da exiguidade temporal já mencionada, não pode haver risco de interrupção ou mesmo suspensão, ainda que parcial, dos serviços diretos ou indiretos disponibilizados e utilizados pela população usuária da Policlínica de Posse,

justifica-se o seguinte:

1. DO PREÂMBULO:

- 1.1. O **IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO**, associação civil sem fins lucrativos de apoio à gestão de saúde, qualificado como Organização Social de Saúde no Município de São Paulo, celebrou, em 25.07.2024, o **Termo de Colaboração n° 94/2024 – SES** com o Estado de Goiás, e o Estado de Goiás, por meio de sua Secretaria de Estado da Saúde, por um período de 180 (cento e oitenta) dias, com vistas ao fomento, gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na Policlínica Estadual da Região Nordeste - Unidade Posse (“Policlínica de Posse”), localizada na Avenida Juscelino K de Oliveira, Setor Buenos Aires, CEP.: 73.900-000, Posse/GO.
- 1.2. A contratação de Ibn Laboratório Ltda visa dar início, em caráter emergencial, às atividades de serviços de análises clínicas, anatomia patológica e citopatologia junto à referida Unidade de Saúde, por força do qual lavra o presente Termo de Justificativa de Contratação Emergencial, diante das condições e dos fundamentos nele expressos.
- 1.3. Integram o presente Termo de Justificativa, como se nele estivessem transcritos, os seguintes anexos:
- a) Anexo I – Publicação realizada no dia 26.07.2024 junto ao Diário Oficial do Estado de Goiás; e
 - b) Anexo II – Proposta da Empresa Contratada, de forma emergencial.

2. DO FUNDAMENTO:

- 2.1. O presente Termo de Justificativa encontra fundamento no artigo 15, inciso VIII, do REGULAMENTO PARA OS PROCEDIMENTOS DE COMPRA, CONTRATAÇÃO DE OBRAS, CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS E ALIENAÇÕES DO IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO do Imed para a Policlínica Estadual da Região Nordeste - Unidade Posse (“Regulamento”), o qual **AUTORIZA A TOMADA DE PROVIDÊNCIAS EXCEPCIONAIS EM CASOS DE URGÊNCIA - EM ESPECIAL, COMO É O CASO**

PRESENTE, EM FACE DA GRITANTE INEXISTÊNCIA DE TEMPO HÁBIL ÀS PROVIDÊNCIAS DE ROTINA PARA A CONTRATAÇÃO DE TERCEIROS, abrindo exceção às regras de contratação ordinária nas seguintes hipóteses:

“*CAPÍTULO V*

DAS EXCEÇÕES

Art. 15 Ficam excepcionalizados da publicidade prévia disposta no artigo 6º os seguintes casos::

“(…)

VIII. Aquisição/ contratação realizada em caráter de urgência ou emergência, caracterizada pela ocorrência de fatos inesperados e imprevisíveis, cujo não atendimento imediato seja mais gravoso importando em prejuízos ou comprometendo a segurança de pessoas ou equipamentos, reconhecidos pela administração..

(…)”.

3. DAS JUSTIFICATIVAS:

- 3.1. **JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO:** Após a celebração, em 25.07.2024, **Termo de Colaboração n° 94/2024 – SES** com o Estado de Goiás, e o Estado de Goiás, por meio de sua Secretaria de Estado da Saúde, com vistas ao fomento, gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na Policlínica de Posse, o IMED iniciou suas operações junto à respectiva Unidade de Saúde.

Contudo, considerando que, consoante anteriormente informado e destacado, não há tempo suficiente para a realização de contratações pelo procedimento ordinário previsto no Regulamento, sem que disso resulte indiscutível prejuízo ao regular funcionamento da Unidade de Saúde, inclusive com risco de interromper os atendimentos à uma população que deles necessitam, é imprescindível a contratação, em caráter emergencial, dos serviços/fornecimento objeto deste Termo de Justificativa.

- 3.2. **RAZÃO DA ESCOLHA DO PRESTADOR DE SERVIÇOS:** A empresa contratada, de forma emergencial, foi escolhida por se dispor a atender, **de forma imediata e em caráter de urgência**, a solicitação da demanda das atividades pertinentes.

A empresa contratada deverá executar as atividades e cumprir com todas as obrigações dispostas no contrato emergencial de prestação/fornecimento de bens e serviços firmado até que o processo seletivo correspondente seja finalizado ou até quando os serviços ou fornecimento de bens se mostrem necessários.

- 3.3. **JUSTIFICATIVA DE PREÇO:** O preço contratado foi negociado adotando-se como premissas: (i) o escopo necessário; (ii) a melhor relação custo x benefício; (iii) a necessidade de início imediato dos serviços contratados, bem como (iv) os valores praticados no mercado.

4. DO OBJETO:

- 4.1. Constitui-se como objeto do presente Termo de Justificativa a contratação emergencial de empresa para prestação de serviços análises clínicas, anatomia patológica e citopatologia, NECESSÁRIOS AO PLENO E EFETIVO FUNCIONAMENTO DA POLICLÍNICA DE POSSE

5. PRAZO DE EXECUÇÃO E REAJUSTE:

- 5.1. Referida contratação de prestação de serviços terá vigência inicial de até 90 (noventa) dias, podendo ser prorrogada até a conclusão do processo seletivo de contratação ordinária, caso necessário.
- 5.2. Fica estabelecido que os valores contratados não sofrerão reajustes durante o período de vigência contratual e que o contrato firmado será considerado automaticamente rescindido quando da conclusão do processo de contratação ordinária ou do seu encerramento sem a renovação correspondente.

6. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

- 6.1. As despesas decorrentes da contratação correrão por conta da dotação orçamentária prevista no Termo de Colaboração n° 94/2024 - SES.

7. DO FORO:

7.1. O foro competente para dirimir possíveis dúvidas, após se esgotarem todas as tentativas de composição amigável, e/ou litígios pertinentes ao objeto do presente Termo de Justificativa, independente de outro que por mais privilegiado seja, será o da Comarca de Goiânia - GO.

8. DA DELIBERAÇÃO:

8.1. Nada mais havendo a tratar, e tendo em vista todas as condições apresentadas retro, encerra-se o presente Termo de Justificativa, sendo ratificado e assinado, na forma de aceite, pelo representante legal do IMED, para que sejam produzidos os efeitos jurídicos e legais desejados.

Posse/GO, 29 de agosto de 2024.



IMED – Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento
André Silva Sader – Representante Legal

**ANEXO I – PUBLICAÇÃO REALIZADA NO DIA 26.07.2024 JUNTO AO DIÁRIO
OFICIAL DO ESTADO DE GOIÁS**

EXTRATO DO TERMO DE COLABORAÇÃO Nº 94/2024-SES/GO. Processo nº 202400010044191. Parceiro Público: Estado de Goiás - Secretaria de Estado da Saúde. Parceiro Privado: Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento - IMED. Objeto: Gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de no mínimo 12 horas/dia, na Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse, localizada na Avenida Juscelino K. de Oliveira, Setor Buenos Aires, Posse - Goiás. Valor: R\$ 18.292.179,00, Vigência: 180 (cento e oitenta) dias ou até a conclusão do chamamento público, contados a partir da publicação deste extrato no Diário Oficial do Estado de Goiás. Dotação Orçamentária: 2850.10.302.1043. 2516.03. 25000100. 50. Signatários: Rasível dos Reis Santos Júnior - Secretário de Estado da Saúde. André Fonseca Leme - IMED.

Protocolo 476159



ANEXO II – PROPOSTA DA EMPRESA CONTRATADA, DE FORMA EMERGENCIAL.

Proposta Comercial Policlínica Regional de Posse – GO(IMED-Instituto de Medicina Estudos e Desenvolvimento).

O IBN Laboratório LTDA, vem respeitosamente, apresentar a proposta comercial descritiva abaixo:

| | | | | | |
|------------------------------|---|-------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|
| Objeto | Contratação de empresa especializada para prestação de serviços Diagnósticos Laboratoriais de Análises Clínicas, com disponibilização de equipamentos, materiais e insumos, na Policlínica Regional de Posse – GO, localizada à Avenida Juscelino Kubitscheck de Oliveira, Setor Buenos Aires, Posse-GO, CEP: 73.900-000, conforme solicitação verbal, por intermédio da SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. | | | | |
| Fornecedor | IBN LABORATÓRIO LTDA | | CNPJ | 02.383.297/0001-47 | |
| Endereço | AV. GOIAS Nº903 CENTRO CERES-GO | Cidade | CERES | UF | GO |
| Contato | FERNANDO/TÚLIO | Telefone | 62- 33231945 OU 62-33077200 | Celular | 62-999553491 62-999642085 |
| e-mail | administracao@institutobrandaonaves.com.br | | | | |
| Validade da proposta | 30 (trinta) dias contados da data de início da avaliação e julgamento da proposta. | Prazo de Entrega | | IMEDIATO APÓS ASSINATURA DO CONTRATO. | |
| | | Website | | www.ibnlaboratorio.com.br | |
| Condição de Pagamento | O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias contados do aceite da Nota Fiscal e fatura correspondentes, mediante crédito em conta corrente, condicionado ao cumprimento integral do serviço pactuado, fornecimento das certidões negativas, relatório do serviço prestado e memória de cálculo com o detalhamento do faturamento. | | | | |
| Dados bancários | DADOS BANCÁRIOS IBN LABORATÓRIO CNPJ: 02.383.297/0001-47 CAIXA ECONOMICA FEDERAL AGENCIA 1298 OP 003 CONTA 00001960-6 | | | | |
| Responsável técnico | Thalita Luiz Ribeiro CRBM sob o n.º 11179 | | | | |

PROPOSTA

| Item | EXAMES | Quantidade Média Mensal (POR DEMANDA) | VALOR UNITARIO |
|------|-----------------------------|---------------------------------------|----------------|
| 1 | ACIDO URICO NO SANGUE | POR DEMANDA | R\$ 5,92 |
| 2 | ANTI-HBC | POR DEMANDA | R\$ 59,32 |
| 3 | ANTI-HBS | POR DEMANDA | R\$ 59,32 |
| 4 | ANTI-HCV | POR DEMANDA | R\$ 59,32 |
| 5 | ANTIBIOGRAMA | POR DEMANDA | R\$ 15,93 |
| 6 | PSA TOTAL E LIVRE | POR DEMANDA | R\$ 52,51 |
| 7 | BILIRRUBINAS | POR DEMANDA | R\$ 6,43 |
| 8 | CALCIO TOTAL | POR DEMANDA | R\$ 5,92 |
| 9 | CEA | POR DEMANDA | R\$ 42,69 |
| 10 | COAGULOGRAMA | POR DEMANDA | R\$ 8,73 |
| 11 | COLESTEROL LDL | POR DEMANDA | R\$ 11,22 |
| 12 | COLESTEROL TOTAL | POR DEMANDA | R\$ 5,92 |
| 13 | CREATINA- FOSFOQUINASE | POR DEMANDA | R\$ 13,18 |
| 14 | CREATININA | POR DEMANDA | R\$ 5,92 |
| 15 | CURVA GLICEMICA | POR DEMANDA | R\$ 11,61 |
| 16 | DEHIDROGENASE LACTICA (DHL) | POR DEMANDA | R\$ 11,77 |
| 17 | CK-MB | POR DEMANDA | R\$ 11,77 |
| 18 | ELETROFORESE DE PROTEINAS | POR DEMANDA | R\$ 14,14 |
| 19 | EAS | POR DEMANDA | R\$ 11,83 |
| 20 | FATOR REMATOIDE | POR DEMANDA | R\$ 24,18 |
| 21 | FATOR RH | POR DEMANDA | R\$ 4,38 |
| 22 | FERRITINA | POR DEMANDA | R\$ 49,86 |
| 23 | FERRO | POR DEMANDA | R\$ 11,22 |
| 24 | FOSFATASE ALCALINA | POR DEMANDA | R\$ 6,43 |
| 25 | FOSFORO | POR DEMANDA | R\$ 6,43 |
| 26 | FSH | POR DEMANDA | R\$ 25,23 |
| 27 | GAMA-GT | POR DEMANDA | R\$ 11,22 |
| 28 | GLICEMIA EM JEJUM | POR DEMANDA | R\$ 5,92 |
| 29 | HBSAG AUSTRALIA | POR DEMANDA | R\$ 59,32 |
| 30 | COLESTEROL HDL | POR DEMANDA | R\$ 11,22 |
| 31 | HEMOGLOBINA GLICADA | POR DEMANDA | R\$ 8,73 |
| 32 | HEMOGRAMA | POR DEMANDA | R\$ 13,14 |
| 33 | HEPATITE -C (HCV) | POR DEMANDA | R\$ 59,32 |
| 34 | HIV | POR DEMANDA | R\$ 31,98 |
| 35 | LH | POR DEMANDA | R\$ 28,69 |

| | | | | |
|----|---------------------------------------|-------------|-----|--------|
| 36 | MAGNESIO | POR DEMANDA | R\$ | 6,43 |
| 37 | EPF (PARASITOLOGICO) | POR DEMANDA | R\$ | 5,28 |
| 38 | CONTAGEM PLAQUETAS | POR DEMANDA | R\$ | 11,22 |
| 39 | POTASSIO | POR DEMANDA | R\$ | 5,92 |
| 40 | SODIO | POR DEMANDA | R\$ | 5,92 |
| 41 | TTPA | POR DEMANDA | R\$ | 8,73 |
| 42 | TEMPO DE PROTROMBINA - TAP | POR DEMANDA | R\$ | 18,45 |
| 43 | BETA HCG | POR DEMANDA | R\$ | 25,10 |
| 44 | TGO | POR DEMANDA | R\$ | 6,72 |
| 45 | TGP | POR DEMANDA | R\$ | 6,72 |
| 46 | TIPAGEM ABO | POR DEMANDA | R\$ | 4,38 |
| 47 | TRIGLICERIDEOS | POR DEMANDA | R\$ | 11,22 |
| 48 | TSH | POR DEMANDA | R\$ | 28,65 |
| 49 | UREIA | POR DEMANDA | R\$ | 5,92 |
| 50 | UROCULTURA | POR DEMANDA | R\$ | 15,93 |
| 51 | VDRL | POR DEMANDA | R\$ | 9,05 |
| 52 | LIPASE | POR DEMANDA | R\$ | 7,20 |
| 53 | T4 LIVRE | POR DEMANDA | R\$ | 37,10 |
| 54 | VITAMINA B12 | POR DEMANDA | R\$ | 48,74 |
| 55 | VITAMINA D25 | POR DEMANDA | R\$ | 48,74 |
| 56 | PROTEINA C REATIVA - PCR | POR DEMANDA | R\$ | 9,05 |
| 57 | PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES | POR DEMANDA | R\$ | 5,92 |
| 58 | VELOCIDADE DE HEMOSSIDIMENTAÇÃO - VHS | POR DEMANDA | R\$ | 8,73 |
| 59 | DENGUE IGG | POR DEMANDA | R\$ | 95,94 |
| 60 | DENGUE IGM | POR DEMANDA | R\$ | 63,96 |
| 61 | TROPONINA | POR DEMANDA | R\$ | 28,78 |
| 62 | SANGUE OCULTO NAS FEZES | POR DEMANDA | R\$ | 5,28 |
| 63 | PAPANICOLAU (COLPOCITOLOGIA) | POR DEMANDA | R\$ | 22,26 |
| 64 | BIOPSIA | POR DEMANDA | R\$ | 111,93 |
| 65 | CHAGAS IGG | POR DEMANDA | R\$ | 29,58 |
| 66 | CHAGAS IGM | POR DEMANDA | R\$ | 29,58 |
| 67 | COLESTEROL VLDL | POR DEMANDA | R\$ | 11,23 |
| 68 | ALBUMINA | POR DEMANDA | R\$ | 25,97 |
| 69 | DOSAGEM DE ALUMINIO | POR DEMANDA | R\$ | 87,95 |
| 70 | HEMOCULTURA | POR DEMANDA | R\$ | 36,74 |
| 71 | INDICE DE SATURAÇÃO DA TRANSFERRINA | POR DEMANDA | R\$ | 13,17 |
| 72 | PARATORMONIO PTH | POR DEMANDA | R\$ | 137,93 |
| 73 | PERFIL LIPIDICO | POR DEMANDA | R\$ | 50,81 |
| 74 | ÁCIDO FÓLICO | POR DEMANDA | R\$ | 50,05 |
| 75 | SOROLOGIA TOXOPLASMOSE IGG | POR DEMANDA | R\$ | 54,27 |

| | | | | |
|-----|---|-------------|-----|-------|
| 76 | SOROLOGIA TOXOPLASMOSE IGM | POR DEMANDA | R\$ | 59,32 |
| 77 | SOROLOGIA CITOMEGALOVÍRUS IGG | POR DEMANDA | R\$ | 35,18 |
| 78 | SOROLOGIA CITOMEGALOVÍRUS IGM | POR DEMANDA | R\$ | 37,13 |
| 79 | FAN | POR DEMANDA | R\$ | 54,88 |
| 80 | FTABS | POR DEMANDA | R\$ | 16,12 |
| 81 | HTLV L E LL | POR DEMANDA | R\$ | 59,32 |
| 82 | CONTAGEM DE RETICULÓCITOS | POR DEMANDA | R\$ | 8,73 |
| 83 | T3 | POR DEMANDA | R\$ | 27,85 |
| 84 | ASLO | POR DEMANDA | R\$ | 9,05 |
| 85 | TESTOSTERONA TOTAL | POR DEMANDA | R\$ | 33,36 |
| 86 | TESTOSTERONA LIVRE | POR DEMANDA | R\$ | 41,93 |
| 87 | CA 125 | POR DEMANDA | R\$ | 42,69 |
| 88 | CA19-9 | POR DEMANDA | R\$ | 42,69 |
| 89 | COMPLEMENTO C3 | POR DEMANDA | R\$ | 54,88 |
| 90 | COMPLEMENTO C4 | POR DEMANDA | R\$ | 54,88 |
| 91 | COMPLEMENTO CH50 | POR DEMANDA | R\$ | 29,58 |
| 92 | ESTRADIOL | POR DEMANDA | R\$ | 32,46 |
| 93 | DOSAGEM DE INSULINA | POR DEMANDA | R\$ | 32,52 |
| 94 | EPSTEIN BARR VIRUS | POR DEMANDA | R\$ | 13,43 |
| 95 | PROTEINURIA 24 HR | POR DEMANDA | R\$ | 6,52 |
| 96 | CLEARANCE DE CREATININA URINA 24 HR | POR DEMANDA | R\$ | 11,22 |
| 97 | AMILASE | POR DEMANDA | R\$ | 7,20 |
| 98 | RELAÇÃO ALBUMINA/CREATININA EM AMOSTRA DE URINA ISOLADA | POR DEMANDA | R\$ | 25,97 |
| 99 | PROGESTERONA | POR DEMANDA | R\$ | 32,68 |
| 100 | ZINCO | POR DEMANDA | R\$ | 50,05 |
| 101 | CITOMETRIA DE LÍQUIDOS ORGÂNICO | POR DEMANDA | R\$ | 54,6 |
| 102 | CULTURA PARA BACTÉRIAS | POR DEMANDA | R\$ | 19,92 |
| 103 | CULTURA PARA FUNGOS | POR DEMANDA | R\$ | 16,39 |
| 104 | BACTERIOSCOPIA | POR DEMANDA | R\$ | 10,12 |
| 105 | PESQUISA DE FUNGOS | POR DEMANDA | R\$ | 13,12 |

O IBN Laboratório, através desta PROPOSTA, atesta que mediante assinatura de contrato de prestação de serviços, assumirá as seguintes responsabilidades:

Para compensação da disponibilização dos itens constantes nesta proposta em favor da Policlínica Regional de POSSE-GO, fica assegurado à contratada, o pagamento do valor mensal mínimo estipulado em: R\$ 95.000,00 (noventa e cinco mil reais).

Esta proposta contempla todas as despesas necessárias para o bom andamento do objeto pleiteado, bem como impostos, encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, taxas, fretes, seguros e quaisquer outros custos ou despesas que incidam ou venham a incidir direta ou indiretamente para a execução do objeto contratado.

- Dar esclarecimentos sobre qualquer procedimento, o mais brevemente possível;
- Manter -se parte do programa de controle de qualidade da SBAC (Sociedade Brasileira de Análises Clínicas);
- Manter o Sistema de Gestão de Qualidade ativo, através da implementação de Procedimentos Operacionais Padrão, fluxogramas de processos e registros de temperatura, limpeza, manuais operacionais, treinamentos de pessoal e toda documentação técnica aplicável para adequação do serviço junto aos órgãos de Acreditação que certificam a qualidade do serviço de saúde.
- Cumprir rigorosamente os termos desta PROPOSTA, bem como respeitar horários e prazos previstos;
- Permitir e facilitar a inspeção dos serviços, prestando todas as informações requeridas e apresentando todos os documentos solicitados;
- Disponibilizar profissionais devidamente qualificados, treinados e identificados para suas funções e perfeita execução dos serviços;
- Realizar os registros necessários à execução dos serviços perante os órgãos competentes;
- Manter todos os colaboradores uniformizados, identificados e imunizados, segundo normas regulamentadoras do Ministério do Trabalho e CCIH da Policlínica;
- Comunicar imediatamente ao Contratante sobre eventual existência de problemas que possam interferir no bom andamento do serviço contratado;
- Observar e cumprir todas as normas legais relativas à atividade desenvolvida, respondendo integralmente por quaisquer prejuízos ocasionados a pacientes e ao Contratante por inobservância dessas obrigações;
- Responder, exclusivamente, pelas ações e omissões de seus empregados e prepostos, indenizando os pacientes e o contratante por eventuais prejuízos que lhe forem ocasionados durante a vigência do contrato;

- Atender com presteza quaisquer reclamações sobre o serviço, providenciando sua tratativa e correção, sem ônus ao Contratante;
- Respeitar e fazer com que os colaboradores respeitem as normas de segurança do trabalho, disciplina e demais regulamentos vigentes do contratante, bem como atentar para as regras de cortesia do local de execução do serviço;
- Adequar-se às especificações e normativas requeridas pelo IMED para o melhor desenvolvimento da Tecnologia de Informação da unidade;
- Arcar com todo e qualquer dano ou prejuízo de qualquer natureza causado ao Contratante e terceiros, por sua culpa, ou em consequência de erros, imperícia própria ou de auxiliares que estejam sob sua responsabilidade, bem como ressarcir o equivalente a todos os danos decorrentes de paralisação ou interrupção do serviço, exceto quando isto ocorrer por exigência do Contratante ou ainda por caso fortuito ou força maior, circunstâncias que deverão ser comunicadas imediatamente após sua ocorrência;
- Garantir a confidencialidade e confiabilidade dos dados e informações dos pacientes;
- Seguir as normas e regulamentos internos do CONTRATANTE;
- Prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias para assegurar a continuidade do serviço;
- Executar e/ou entregar e/ou disponibilizar o objeto contratado conforme as exigências legais, normativas técnicas, condições e especificações previstas neste Termo de Referência, condições e especificações previstas na sua Proposta e no Contrato celebrado com o CONTRATANTE;
- Manter, durante todo o período de vigência do Contrato, todas as condições que ensejaram a contratação, particularmente no que tange à regularidade fiscal, previdenciária, trabalhista, qualificação técnica (CONTRATADO e colaboradores) e cumprimento da Proposta;
- Cuidar da regularidade obrigacional derivada do vínculo e subordinação com o pessoal envolvido direta ou indiretamente na execução deste Contrato, adimplindo com toda e qualquer obrigação fiscal e trabalhista decorrente da prestação de serviços dos seus colaboradores;
- Manter todas as condições mínimas exigidas pelos órgãos competentes para a consecução do objeto contratado;
- Atender tempestivamente a todas as solicitações feitas pelo CONTRATANTE;
- Manter sigilo e confidencialidade no tocante à execução do objeto contratado, bem como de documentos e informações a que venha a tomar conhecimento durante a vigência do Contrato avençado.
- Colaborar com fiscalização a ser realizada pelo CONTRATANTE, ou qualquer órgão fiscalizador, relativa à

prestação do objeto pactuado, conforme regras estabelecidas nos protocolos internos e padronização do CONTRATANTE;

- Disponibilizar mensalmente relatório de serviços prestados, e/ou materiais/produtos/equipamentos fornecidos, juntamente com a Nota Fiscal, até o dia 5 (cinco) do mês subsequente, com informações detalhadas sobre o período considerado, o número do atendimento, a data do atendimento, o nome completo do paciente, a descrição do exame realizado, o código interno do exame realizado, o valor individual de cada exame em reais e valor total do relatório:

Ceres, 25 de Julho de 2024.

TULIO NAVES TORRES
BORGES:03064023608

Assinado de forma digital por
TULIO NAVES TORRES
BORGES:03064023608
Dados: 2024.07.25 08:08:44 -03'00'

IBN LABORATÓRIO LTDA

CNPJ: 02.383.297/0001-47