

**HDT**Hospital Estadual de Doenças Tropicais  
Dr. Anuar Auad

SES

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS E ANATOMIA PATOLÓGICA Nº. 019/2022.****CONTRATO Nº 019/2022 DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS QUE ENTRE SI CELEBRAM AS PARTES BAIXO QUALIFICADAS:**

**INSTITUTO SÓCRATES GUANAES – ISG**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 03.969.808/0003-31, com endereço Avenida Olinda, S/N, Qd. H-4, Lt. 01 ao 03, Park Lozandes, CEP 74.884-120, Goiânia, Goiás, organização social gestora do Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad - HDT, Goiânia-GO, em razão do Contrato de Gestão nº 091/2012, firmado com o estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde, neste ato representado, nos termos do Regimento Interno e do Regulamento de Compras e Contratação de Serviços do ISG, aprovados pelo Conselho de Administração, por seu Diretor Financeiro, Ernesto Stangueti, inscrito no CPF/MF sob o nº 846.816.088-15 e RG sob o nº 0079945244 e seu Diretor Técnico/Operacional, Marco Aurélio de Magalhães Pereira, inscrito no CPF sob o nº 041.447.147-48 e RG sob o nº 56.098.189-2 denominada **CONTRATANTE**, e;

**SAFE DIAGNÓSTICOS LTDA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ sob o nº 13.501.096/0006-28, com sede na Alameda Contorno, nº 3.556, Jardim Bela Vista, Goiânia – Goiás, CEP: 74.863-127, neste ato representada por instrumento público de Procuração por Aloísio José Viana Brito, brasileiro, casado, biólogo, portador do documento cédula de identidade nº 01.722.602-30, SSP-BA, inscrito no CPF/MF sob o nº 218.572.705-25, residente e domiciliado na Rua Alegria do Castro Neves, nº 61, Brotas, Salvador - Bahia, doravante denominada **CONTRATADA**;

Celebram o presente contrato, conforme processo administrativo de nº 0078/2022, mediante as cláusulas e condições a seguir ajustadas.

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

1.1. O presente contrato tem por objeto a prestação de serviços médicos de diagnóstico laboratorial de Análises Clínicas e Anatomia Patológica para atender os pacientes do Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad - HDT.

Vistos	1ª Testemunha	2ª Testemunha	3ª Testemunha	4ª Testemunha	Contratada	Contratante 1 MAP DS	Contratante 2 ES DS
--------	---------------	---------------	---------------	---------------	------------	-------------------------	------------------------

**HDT**Hospital Estadual de Doenças Tropicais  
Dr. Anuar Assad

SES

**CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

2.1. São obrigações da empresa contratada:

2.1.1. A **CONTRATADA** deverá executar os exames abaixo relacionados para os pacientes atendidos no Hospital de Doenças Tropicais (HDT):

- a) Exames de Hematologia;
- b) Exames de Coagulação;
- c) Exames de Bioquímica;
- d) Exames de Sorologia;
- e) Exames de Microbiologia;
- f) Exames de Biologia Molecular;
- g) Exames de Parasitologia;
- h) Exames de Líquidos Corporais;
- i) Exames de Anatomia Patológica com Imunohistoquímica;
- j) Exames de Gasometria;
- k) Exames para pesquisa, detecção e identificação de patógenos causadores de doenças endêmicas tais como: leishmaniose, hanseníase, tuberculose e malária dentre outras;

2.1.2. A **CONTRATADA** executará os exames abaixo relacionados nos casos de urgência e emergência nas dependências do Hospital de Doenças Tropicais:

- a) Gasometria completa;
- b) Análise dos líquidos corporais tais como, líquido, lavado brônquico, líquido ascítico, líquido pleural e sinovial;
- c) Dosagem de íons, sódio, potássio, cloro, magnésio, cálcio iônico e cálcio total;

Vistos	1ª Testemunha	2ª Testemunha	3ª Testemunha	4ª Testemunha	Contratada	Contratante 1 MAP - DS	Contratante 2 ES - DS
--------	---------------	---------------	---------------	---------------	------------	---------------------------	--------------------------

HOSPITAL ESTADUAL DE DOENÇAS TROPICAIS - Avenida Celso Amorim, s/n, Jardim Bela Vista - Goiânia - CEP: 74.333-000 - Fone: (51) 62 32.0150

**HDT**Hospital Estadual de Doenças Tropicais  
Dr. Antônio Assad

SES



- d) Dosagens bioquímicas: glicose, uréia, creatinina, amilase, lipidograma e frações lipídicas, bilirrubinas, proteínas totais e frações e lactato;
- e) Hemograma completo, VHS, Contagem de Reticulócitos;
- f) Testes de coagulação: TAP, TTPA, PTTK, TC, TS, Fibrinogênio e D-Dímero;
- g) EAS (elementos anormais da urina e sedimento);
- h) Bacterioscopia (GRAM), micológico direto, baciloscopia de linfa e BAAR nos diversos materiais;
- i) Dosagens das enzimas: fosfatase alcalina, Gama-GT, AST, ALT, DHL, CK, CKMB, Troponina;
- j) VDRL;
- k) Teste Rápido para HIV, Dengue, Malária, Covid-19, Sífilis, HCV, HbsAG e Leishmaniose;
- l) Pesquisa direta para fungos e hematozoários;
- m) Teste Rápido Molecular para Tuberculose - TRM-TB;
- n) PCR para Covid-19

2.1.3. A **CONTRATADA** deverá equipar o local com uma estrutura mínima de microbiologia que o possibilite realizar as sementeiras e conservação das amostras com solicitações para culturas;

2.1.4. A **CONTRATADA** deverá possuir o Procedimento Operacional Padrão (POP) validado pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar da instituição e também pelo fiscal do contrato, adotar um Programa Interno de Qualidade, conforme determina CVS-1 de 18 de janeiro de 2000, da ANVISA e estar de acordo com a RDC 302/2005 – ANVISA;

2.1.5. A **CONTRATADA** deverá garantir o uso de perfurocortantes com dispositivo de segurança, em atendimento a NR-32 e Portaria MTE nº 1748/2011, bem como, capacitação de toda a equipe quanto ao uso dos mesmos;

2.1.6. A **CONTRATADA** deverá disponibilizar a infraestrutura de Tecnologia de Informação, incluindo a montagem da rede nas dependências do laboratórios, disponibilização e instalação de computadores, impressoras, insumos (Papel, etiqueta, tinta, ribbon, tonner, etc) e

Vistos	1ª Testemunha	2ª Testemunha	3ª Testemunha	4ª Testemunha	Contratada	Contratante 1 MAP - DS	Contratante 2 ES - DS
--------	---------------	---------------	---------------	---------------	------------	---------------------------	--------------------------



**HDT**Hospital Estadual de Doenças Tropicais  
Dr. Amador Amaral

SES



equipamentos de informática em geral, dando destino ambientalmente correto aos resíduos provenientes;

2.1.7. A **CONTRATADA** apresentar certificado de acreditação vigente (ONA, PALC ou DICQ) e comprovar pelo menos 3 anos de experiência na prestação de serviço para hospital de média e alta complexidade;

2.1.8. Participar e colaborar com a implantação dos processos de qualidade da Instituição;

2.1.9. A **CONTRATADA** deverá cumprir os Regulamentos, as Normas e Rotinas da Instituição;

2.1.10. A **CONTRATADA** deverá respeitar e fazer com que sejam respeitadas as normas atinentes ao funcionamento da **CONTRATANTE** e aquelas relativas ao objeto do presente Contrato, se aplicável;

2.1.11. Não transferir a terceiros, por qualquer forma, nem mesmo parcialmente, o objeto do presente Contrato, nem subcontratar quaisquer das prestações a que está obrigada sem prévio consentimento, por escrito, da **CONTRATANTE**;

2.1.12. Manter, durante todo o período de vigência do Contrato, todas as condições que ensejaram a contratação, particularmente no que tange à regularidade fiscal, qualificação técnica e cumprimento do processo seletivo;

2.1.13. A **CONTRATADA** deverá manter o mais absoluto sigilo e confidencialidade no tocante aos serviços, documentos, pesquisas, entrevistas e demais informações apuradas ou de que tome conhecimento durante a prestação do serviço;

2.1.14. A **CONTRATADA** deverá dar esclarecimentos para a **CONTRATANTE** e/ou as devidas diretorias sobre qualquer procedimento, o mais breve possível, a contar do recebimento de notificação;

2.1.15. A **CONTRATADA** submeter-se à fiscalização a ser realizada pelo **CONTRATANTE**, ou qualquer órgão fiscalizador, relativa à prestação dos serviços pactuados, conforme regras estabelecidas nos protocolos internos e padronização do **CONTRATANTE** e do hospital onde serão prestados os serviços;

2.1.16. A **CONTRATADA** deverá cuidar da regularidade obrigacional derivada do vínculo e fiscalizar o pessoal envolvido direta ou indiretamente na execução deste Contrato, adimplindo

Vistos	1ª Testemunha	2ª Testemunha	3ª Testemunha	4ª Testemunha	Contratada	Contratante 1 MAP - DS	Contratante 2 ES - DS
--------	---------------	---------------	---------------	---------------	------------	---------------------------	--------------------------



Hospital Estadual de Doenças Tropicais  
Dr. Anwar Assad



SES



com toda e qualquer obrigação fiscal e trabalhista decorrente da prestação de serviços dos seus cooperados/funcionários;

2.1.17. A **CONTRATADA** deverá assumir a responsabilidade por todos os encargos previdenciários e obrigações sociais previstos na legislação social e trabalhista em vigor, obrigando-se a saldá-los na época própria, uma vez que os seus empregados não mantem nenhum vínculo empregatício com a **CONTRATANTE**;

2.1.18. Assumir a responsabilidade por todas as providências e obrigações estabelecidas na legislação específica de acidentes de trabalho, quando, em decorrência da espécie, forem vítimas os seus empregados quando da prestação dos serviços, sendo defeso invocar este contrato para eximir-se de qualquer responsabilidade ou obrigação, bem como transferir o ônus financeiro decorrente dessas obrigações à **CONTRATANTE**;

2.1.19. Responsabilizar-se integralmente pela execução do objeto do presente contrato, nos termos do Código Civil Brasileiro, não sendo a presença ou ausência da fiscalização da **CONTRATANTE**, durante a execução do serviço, motivo de exclusão ou redução de responsabilidade;

2.1.20. A **CONTRATADA** deverá responder, integralmente, por qualquer prejuízo e/ou por perdas e danos que vier a causar a **CONTRATANTE** ou a terceiros em razão de ação ou omissão, dolosa ou culposa, sua ou dos seus funcionários, independentemente de outras cominações contratuais ou legais a que estiver sujeita;

2.1.21. A **CONTRATADA** deverá dar ciência à **CONTRATANTE**, imediatamente e por escrito, de qualquer anormalidade que verificar durante a execução dos serviços;

2.1.22. A **CONTRATADA** deverá atender a qualquer convocação da **CONTRATANTE** para esclarecimentos a respeito dos serviços prestados;

2.1.23. A **CONTRATADA** deverá substituir, sempre que exigido, qualquer profissional cuja atuação, permanência e/ou comportamento sejam julgados prejudiciais, inconvenientes ou insatisfatórios à disciplina da **CONTRATANTE**, ou ao interesse do serviço público;

2.1.24. Disponibilizar e manter quantitativo de pessoal compatível com as necessidades dos serviços;

Vistos	1ª Testemunha	2ª Testemunha	3ª Testemunha	4ª Testemunha	Contratada	Contratante 1 MAP-DS	Contratante 2 ES-DS
--------	---------------	---------------	---------------	---------------	------------	-------------------------	------------------------

15/3/23

Telex consultada em: 05/09/2023 / 12:16



**HDT**Hospital Estadual de Doenças Tropicais  
Dr. Anuar Auaá

SES



2.1.25. Os serviços ora contratados serão prestados para o Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auaá - HDT, sito à Alameda Contorno, nº 3.556, Jardim Bela Vista, Goiânia / Goiás.

### CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

3.1. São obrigações da Contratante:

3.1.1. A **CONTRATANTE** se responsabilizará durante 24 horas de segunda a domingo a coleta dos materiais biológicos e também a execução técnica dos exames, com equipamentos e materiais adequados, fornecidos pela **CONTRATADA**, com registrados no Ministério da Saúde e em conformidade com as normas da ANVISA, por profissionais devidamente habilitados/treinados, podendo sofrer alteração de acordo com a demanda da Unidade, sem ônus para a contratante;

3.1.2. A **CONTRATANTE** fornecerá o serviço de internet e telefonia nas dependências do laboratório;

3.1.3. A **CONTRATANTE** disponibilizará o sistema e gerenciará os usuários, assim como o acesso ao sistema utilizado, seja via web ou por outros meios, de forma a ser compatível com a estrutura da unidade;

3.1.4. Prestar as informações necessárias para o melhor cumprimento deste Contrato;

3.1.5. Fiscalizar e orientar quanto às medidas necessárias de biossegurança para garantir a eficiência e eficácia no serviço prestado buscando a excelência na execução das atividades em todo o processo;

3.1.6. Fiscalizar e exigir o cumprimento de todos os compromissos assumidos pela **CONTRATADA**, de acordo com as cláusulas contratuais e os termos de sua proposta;

3.1.7. Fornecer à **CONTRATADA**, em tempo hábil, todas as informações solicitadas por esta, necessárias à análise, produção e execução do objeto do contrato;

3.1.8. Exigir a observação das normas emanadas pelos órgãos de fiscalização e controle;

3.1.9. Editar normas complementares para o gerenciamento da execução do Contrato em razão de exigência dos órgãos de controle e fiscalização aos quais o Contrato de Gestão da unidade de saúde esteja vinculado ou subordinado;

Vistos	1ª Testemunha	2ª Testemunha	3ª Testemunha	4ª Testemunha	Contratada	Contratante 1 MAP - DS	Contratante 2 ES - DS
--------	---------------	---------------	---------------	---------------	------------	---------------------------	--------------------------

**HDT**Hospital Estadual de Doenças Tropicais  
Dr. Arnor Aued

SES



3.1.10. Glosar do valor do contrato eventuais prejuízos causados pela **CONTRATADA**, de qualquer natureza, bem como valores decorrentes de passivos trabalhistas e fiscais gerados e não adimplidos pela **CONTRATADA**;

3.1.11. Impedir o acesso à unidade de pessoas que não sejam membros do corpo técnico da **CONTRATADA**, com o fim de trabalhar, estagiar ou realizar qualquer atividade similar sem a autorização prévia;

#### CLÁUSULA QUARTA – DO PRAZO E DO REGIME DE EXECUÇÃO

4.1. O serviço objeto deste Contrato tem prazo de 12 (doze) meses, iniciando em 29 de junho de 2022 e finalizando em 29 de junho de 2023, podendo ser prorrogado por igual e sucessivo período, limitando-se a vigência total do prazo de 60 (sessenta) meses, condicionado à vigência do Contrato de Gestão nº 091/2012, celebrado entre a **CONTRATANTE** e a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

#### CLÁUSULA QUINTA – DO PREÇO

5.1. Pela execução dos serviços objeto do Contrato, a **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA**, mediante depósito, o valor conforme demanda de acordo com os seguintes valores unitários:

EXAME	Unitário (R\$)
17 ALFA HIDROXIPROGESTERONA	R\$ 9,27
ACETIL COLINA ANTICORPOS BLOQUEADOR	R\$ 1.008,11
ACETIL COLINA ANTICORPOS LIGADOR DO RECEPTOR	R\$ 108,71
ACIDO ASCÓRBICO (VITAMINA C)	R\$ 2,01
ACIDO DELTA AMINO LEVULINICO	R\$ 2,06
ACIDO FOLICO	R\$ 15,65
ÁCIDO HIPÚRICO	R\$ 2,23
ACIDO LACTICO	R\$ 3,68
ACIDO ÚRICO - LIQUIDO	R\$ 1,85
ÁCIDO ÚRICO - U-24	R\$ 1,85
ÁCIDO ÚRICO - URINA ISOLADA	R\$ 1,85
ACIDO URICO SORO	R\$ 1,85
ACIDO VALPROICO - VALPROATO DE SODIO	R\$ 15,65
ADENOSINA DEAMINASE (LIQUIDOS)	R\$ 24,10
ADENOSINA DEAMINASE (LIQUOR)	R\$ 24,10
ADENOVÍRUS - FEZES	R\$ 9,25
ADENOVÍRUS, ANTICORPOS IgG	R\$ 35,54

Vistos	1ª Testemunha	2ª Testemunha	3ª Testemunha	4ª Testemunha	Contratada	Contratante 1 MAP-DS	Contratante 2 ES-DS
--------	---------------	---------------	---------------	---------------	------------	-------------------------	------------------------



**HDT**Hospital Estadual de Doenças Tropicais  
Dr. Aníbal Alves

SES



ADENOVÍRUS, ANTICORPOS IgM	R\$ 48,79
AH50 COMPLEMENTO SÉRICO VIA ALTERNATIVA	R\$ 159,23
ALBUMINA LÍQUIDOS	R\$ 7,67
ALBUMINA SORO	R\$ 7,67
ALDOLASE	R\$ 3,68
ALDOSTERONA	R\$ 10,34
ALFA 1 ANTI TRIPSINA	R\$ 3,68
ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA	R\$ 3,68
ALFAFETO .PROTEÍNA	R\$ 15,06
ALUMINIO SÉRICO	R\$ 27,50
AMILASE SORO	R\$ 2,25
AMILASE U- 24	R\$ 2,25
AMONIA DOSAGEM	R\$ 3,51
ANDROSTENEDIONA	R\$ 10,03
ANGIOTENSINA - ENZIMA CONVERSORA (ECA)	R\$ 104,93
ANTI HEPARINA	R\$ 866,15
ANTIBIOGRAMA	R\$ 24,30
ANTICOAGULANTE LUPICO	R\$ 4,11
ANTIGENO CARCINOEMBRIOGENICO	R\$ 13,35
ANTIGENO HEPÁTICO SOLÚVEL ANTI	R\$ 281,34
ANTITROMBINA III	R\$ 6,48
AQUAPORINA 4 ANTI	R\$ 353,69
AQUAPORINA IGG -SANGUE	R\$ 432,26
AQUAPORINA NMO - LCR	R\$ 432,26
ASLO (ANTIESTREPTOLISINA O)	R\$ 2,83
ASPERGILLUS ANTIGENO - GALACTOMANANA	R\$ 120,00
ASPERGILLUS ANTIGENO - GALACTOMANANA (DIV)	R\$ 209,07
ASPERGILLUS SP, ANTI	R\$ 43,04
B.A.A.R - PESQUISA	R\$ 4,20
B2 GLICOPROTEINA ANTI	R\$ 203,15
BACILO DE HANSEN - PESQUISA	R\$ 4,20
BACTERIOSCOPICO	R\$ 2,80
BANDAS OLIGOCLONAIIS LIQUOR	R\$ 250,00
BARTONELLA IGG E IGM	R\$ 209,07
BARTONELLA PCR	R\$ 929,23
BETA 2 MICROGLOBULINA	R\$ 13,55
BETA HCG QUALITATIVO	R\$ 6,83
BETA HCG QUANTITATIVO	R\$ 6,83
BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2,01
BIOPSIA COM COLORACAO ESPECIAL	R\$ 83,64
BIOPSIA COM PESQUISA HELICOBACTER PYLORI	R\$ 88,40

Vistos	1ª Testemunha	2ª Testemunha	3ª Testemunha	4ª Testemunha	Contratada	Contratante 1 MAP - DS	Contratante 2 ES - DS
--------	---------------	---------------	---------------	---------------	------------	---------------------------	--------------------------

HOSPITAL ESTADUAL DE DOENÇAS TROPICAIS - Avenida Coimbra, s/n - Jardim Bela Vista - Goiânia - CEP: 74.335-130 - Telefones: +55 62 3201.3070.



**HDT**Hospital Estadual de Doenças Tropicais  
Dr. Anuar Azevedo

SES



BIOPSIA EM PEÇA CIRURGICA	R\$ 113,90
BIOPSIA SIMPLES	R\$ 71,40
BLASTOMICOSE SULAMERICANA SOROLOGIA	R\$ 4,10
BORDETELLA PERTUSSIS E B. PARAPERTUSSIS - PCR	R\$ 370,37
BRUCELOSE IGG	R\$ 3,70
BRUCELOSE IGM	R\$ 3,70
BRUCELOSE AGLUTINAÇÃO	R\$ 5,40
BRUCELOSE, PCR	R\$ 1.060,92
C282Y- MUTAÇÃO P HEMOCROMAT . HEREDIT	R\$ 222,00
CA 125 MARCADORES TUMORAIS	R\$ 63,72
CA 15.3 MARCADORES TUMORAIS	R\$ 63,72
CA 19-9	R\$ 63,72
CA 72.4 MARCADORES TUMORAIS	R\$ 63,72
CADEIA KAPPA/LAMBDA LEVE LIVRE - RELAÇÃO	R\$ 449,98
CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA- PESQUISA	R\$ 2,40
CALCIO IONIZAVEL	R\$ 3,51
CALCIO - U-24	R\$ 1,85
CÁLCIO - URINA ISOLADA	R\$ 1,85
CALCIO SORO	R\$ 1,85
CAMPYLOBACTER JEJUNI IGG	R\$ 96,38
CAMPYLOBACTER JEJUNI IGM	R\$ 94,40
CANAIS DE POTÁSSIO NO LIQUOR (VGKC) ANTI	R\$ 958,46
CAPACIDADE LIVRE DE LIGAÇÃO DO FERRO	R\$ 6,43
CAPACIDADE TOTAL DE FIXAÇÃO DO FERRO	R\$ 2,01
CARACTERES FÍSICOS - LÍQUIDOS	R\$ 1,89
CARACTERES FÍSICOS - LIQUOR	R\$ 1,89
CARBAMAZEPINA	R\$ 17,53
CARDIOLIPINA IGA	R\$ 48,79
CARDIOLIPINA IGG	R\$ 10,00
CARDIOLIPINA IGM	R\$ 10,00
CARGA VIRAL PARA HEPATITE B	R\$ 144,69
CARGA VIRAL PARA HEPATITE C	R\$ 184,88
CARGA VIRAL PARA HIV	R\$ 584,56
CARIOTIPO BANDA G - MEDULA OSSEA	R\$ 540,05
CARIOTIPO BANDA G - SANGUE	R\$ 422,65
CAXUMBA IGG	R\$ 94,61
CAXUMBA IGM	R\$ 100,36
CAXUMBA PCR	R\$ 1.938,46
CCP (ANTI-CITRULINA)	R\$ 95,38
CD19	R\$ 46,37
CD20	R\$ 274,57

Vistos	1ª Testemunha	2ª Testemunha	3ª Testemunha	4ª Testemunha	Contratada	Contratante 1 MAP - ds	Contratante 2 ES - ds
--------	---------------	---------------	---------------	---------------	------------	---------------------------	--------------------------

HOSPITAL ESTADUAL DE DOENÇAS TROPICAIS - Av. das Centoanas, s/n, Jardim Bela Vista - Goiânia - CEP: 74.335-117 - Telefones: +55 62 3201.3519

**HDT**Hospital Estadual de Doenças Tropicais  
Dr. Antônio Assis

SES



CD3	RS 41,80
CD4	RS 71,43
CD8	RS 71,43
CELULA PARIETAL ANTI	RS 11,00
CELULAS HERPETICAS (TZANCK) - PESQUISA	RS 4,33
CELULAS NEOPLASICAS - PESQUISA	RS 44,35
CÉLULAS NK - NATURAL KILLER	RS 62,69
CENTROMERO ANTI	RS 21,50
CERULOPLASMINA	RS 3,68
CHAGAS IGG	RS 9,25
CHAGAS IGM	RS 9,25
CHAGAS IMUNOFLUORESCENCIA - PESQUISA	RS 10,00
CHAGAS PCR	RS 1.920,00
CHIKUNGUNYA IGG E IGM	RS 241,23
CHIKUNGUNYA PCR	RS 398,71
CHUMBO	RS 8,83
CISTICERCOSE (ELISA) LIQUOR	RS 5,83
CISTICERCOSE (ELISA) SORO	RS 5,83
CITOMEGALOVIRUS IGG SORO	RS 11,00
CITOMEGALOVIRUS IGM SORO	RS 11,61
CITOMEGALOVIRUS PCR QUALITATIVO	RS 266,42
CITOMEGALOVIRUS QUANTITATIVO POR PCR	RS 493,09
CITOMEGALOVIRUS AVIDEZ	RS 65,51
CITOMEGALOVIRUS IgG, LCR	RS 11,00
CITOMEGALOVIRUS IgM, LCR	RS 11,61
CKMB SORO	RS 4,12
CLAMYDIA TRACHOMATIS IGG SOROLOGIA	RS 17,16
CLAMYDIA TRACHOMATIS IGM SOROLOGIA	RS 10,00
CLEARANCE DE CREATININA	RS 3,51
CLONAZEPAM	RS 67,50
CORO SORO	RS 1,85
CORO URINA (24H)	RS 1,85
CORO URINA (ISOLADA)	RS 1,85
CLOSTRIDIUM DIFFICILE, TOXINA A E B	RS 35,00
CLOSTRIDIUM BOTULINUM — DETECÇÃO DA TOXINA	RS 463,85
CLOSTRIDIUM PCR	RS 353,32
COBRE - U-24 [COBRE]	RS 3,51
COBRE - URINA ISOLADA	RS 3,51
COBRE SERICO	RS 3,51
COLESTEROL HDL	RS 3,51
COLESTEROL LDL	RS 3,51

Vistos	1ª Testemunha	2ª Testemunha	3ª Testemunha	4ª Testemunha	Contratada	Contratante 1 MAP - DS	Contratante 2 ES - DS
--------	---------------	---------------	---------------	---------------	------------	---------------------------	--------------------------

HOSPITAL ESTADUAL DE DOENÇAS TROPICAIS - Avenida Centenário, s/n, UZ-31m Bela Vista - Goiânia - CEP: 74.836-111 - Telefones: +55 62 5201.3019



**HDT**Hospital Estadual de Doenças Tropicais  
Dr. Amemar Araújo

SES



COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85
COLESTEROL VLDL	R\$ 14,11
COMPLEMENTO C3	R\$ 17,16
COMPLEMENTO C4	R\$ 17,16
COMPLEMENTO TOTAL (CHSO)	R\$ 9,25
COMPLEMENTO C1Q	R\$ 65,51
COMPLEMENTO C5	R\$ 65,51
CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS - LIQUIDO	R\$ 1,89
CONTAGEM ESPECIFICA DE CÉLULAS - LIQUOR	R\$1,89
CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS - LIQUIDO	R\$ 1,89
CONTAGEM GLOBAL DE CÉLULAS - LIQUOR	R\$ 1,89
CONTAGEM DE PLAQUETA	R\$ 2,73
COOMBS DIRETO	R\$ 2,73
COOMBS INDIRETO	R\$ 2,73
COPROCULTURA	R\$ 17,00
COPROPORFIRINA URINA	R\$ 2,04
COPROPORFIRINAS - FEZES	R\$ 88,42
CORPUSCULO DO DONOVANI - PESQUISA DIRETA	R\$ 5,00
CORTISOL LIVRE	R\$ 45,28
CORTISOL SERICO	R\$ 8,57
COVID 19 PCR	R\$ 230,77
COVID IGG SOROLOGIA	R\$ 123,08
COVID IGG e IGA SOROLOGIA	R\$ 184,62
COVID IGG e IGM SOROLOGIA	R\$ 184,62
COXIELA BURNETTI IGG	R\$ 215,38
COXIELA BURNETTI IGM	R\$ 247,69
CREATININA SORO	R\$ 1,85
CREATININA URINA 24H	R\$ 1,85
CREATININA URINA AM ISOLADA	R\$ 1,85
CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68
CRIOAGLUTININA	R\$ 2,83
CRIOGLOBULINAS, PESQ	R\$ 2,83
CRUPTOCOCOSE, IFI OU AGLUTINACAO PELO	R\$ 94,75
CRUPTOSOPORIDIUM , PESQUISA DE	R\$ 13,50
CROMO SÉRICO	R\$ 64,99
CROMO URINARO	R\$ 64,99
CULTURA DE PONTA DE CATETER (QUANTITATIVA)	R\$ 35,10
CULTURA AUTOMATIZADA	R\$ 26,34
CULTURA ANAEROBIA	R\$ 26,34
CULTURA DE CAMPYLOBACTER	R\$ 17,66
CULTURA DE FUNGOS	R\$ 26,34

Vistos	1ª Testemunha	2ª Testemunha	3ª Testemunha	4ª Testemunha	Contratada	Contratante 1 MAP DS	Contratante 2 ES DS
--------	---------------	---------------	---------------	---------------	------------	-------------------------	------------------------

HOSPITAL ESTADUAL DE DOENÇAS TROPICIS - Avenida Centenário, s/nº Jardim Bela Vista - Goiânia - CEP: 74.389-112 - Telefones: +55 62 5201.3619.



**HDT**Hospital Estadual de Doenças Tropicais  
Dr. Amílcar Avaid

SES



CULTURA DE VIGILÂNCIA - SECREÇÃO ANAL	R\$ 14,22
CULTURA DE VIGILÂNCIA - SECREÇÃO AXILAR	R\$ 14,22
CULTURA DE VIGILÂNCIA - SECREÇÃO INGUINAL	R\$ 18,37
CULTURA DE VIGILÂNCIA - SECREÇÃO NASAL	R\$ 14,22
CULTURA LAVADO BRONCOALVEOLAR (QUANTITATIVA)	R\$ 35,10
CULTURA LÍQUIDOS	R\$ 26,34
CULTURA LIQUOR	R\$ 26,34
CULTURA PARA MICOBACTERIAS	R\$ 20,00
CULTURA QUANTITATIVA AUTOMATIZADA	R\$ 35,10
CURVA GLICEMICA 2 DOSAGENS	R\$ 3,63
CURVA GLICEMICA DE 3 PONTOS (0' 60' 120')	R\$ 35,89
DENGUE IGG	R\$ 30,00
DENGUE IGM	R\$ 20,00
DENGUE PCR	R\$ 378,95
DENGUE TESTE RAPIDO	R\$ 28,00
DENGUE, TESTE RÁPIDO NS1	R\$ 56,26
DESIDROGENASE LACTICA LIQUIDOS	R\$ 3,68
DESIDROGENASE LACTICA SORO	R\$ 3,68
DHEA	R\$ 9,78
DIFTERIA - SOROLOGIA	R\$ 118,23
DIMERO D	R\$ 79,19
DISMORFISMO ERITROCITARIO	R\$ 5,40
DNA ANTI	R\$ 8,67
DNA DUPLA HELICE ANTI	R\$ 9,48
ECHOVIRUS, ANTICORPOS IGM e IGG	R\$ 102,00
ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 5,41
ELETROFORESE DE PROTEINASSORO	R\$ 4,42
ELETROFORESE DE PROTEÍNAS - LCR	R\$ 5,23
ELETROFORESE DE PROTEÍNAS URINARIAS	R\$ 13,50
ENA (HA) ANTI	R\$ 27,00
ENDOMISIO - IGM, IGA, IGG	R\$ 190,00
ENTAMOEBA HISTOLYTICA, ANTICORPOS IGG	R\$ 119,48
ENTAMOEBA HISTOLYTICA, ANTICORPOS IGM	R\$ 115,51
ENTEROVIRUS PCR LCR	R\$ 96,46
ENTEROVIRUS SOROLOGIA (COXSACKIE IGG)	R\$ 115,84
ENTEROVIRUS SOROLOGIA (COXSACKIE IGM)	R\$ 115,84
EOSINÓFILOS PESQUISA - LIQUOR	R\$ 1,65
EPIDERMICOS ANTI	R\$ 110,77
EPSTEIN BARR IGG SORO	R\$ 17,16
EPSTEIN BARR IGM SORO	R\$ 17,16
EPSTEIN BARR, IGG LCR	R\$ 17,16

Vistos	1ª Testemunha	2ª Testemunha	3ª Testemunha	4ª Testemunha	Contratada	Contratante 1 MAP - DS	Contratante 2 ES - DS
--------	---------------	---------------	---------------	---------------	------------	---------------------------	--------------------------

HOSPITAL ESTADUAL DE DOENÇAS TROPICAIS - Avenida Contorno, s/nº Jardim Bela Vista - Goiânia - CEP: 74.650-150 - Fone: (62) 3201.3519.

**HDT**Hospital Estadual de Doenças Tropicais  
Dr. Anuar Aued

SES



EPSTEIN BARR, IGM LCR	R\$ 17,16
EPSTEIN BARR, PCR NO LCR	R\$ 216,00
EPSTEIN BARR, PCR SANGUE	R\$ 216,00
ESPOROTRICOSE SOROLOGIA	R\$ 22,83
ESQUISTOSSOMOSE IGG SOROLOGIA	R\$ 22,83
ESQUISTOSSOMOSE IGM SOROLOGIA	R\$ 28,05
ESQUISTOSSOMOSE IMUNOFLUORESCENCIA PESQUISA	R\$ 8,50
ESTRADIOL	R\$ 8,83
ESTUDO MOLECULAR DE ATROFIA ESPINHAL MUSCULAR	R\$ 2.583,08
EXAME ANATOMO PATOLOGICO- REVISÃO DE LÂMINA	R\$ 84,00
FAN - FATOR ANTI NUCLEO	R\$ 17,16
FATOR ANTI XA	R\$ 318,46
FATOR DE VON WILLEBRAND	R\$ 18,91
FATOR INTRINSECO ANTI	R\$ 78,77
FATOR IX DA COAGULAÇÃO	R\$ 7,61
FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,83
FATOR RH	R\$ 1,37
FATORV - LEIDEN	R\$ 195,00
FATOR VII DA COAGULAÇÃO	R\$ 8,09
FATOR VIII DA COAGULAÇÃO	R\$ 6,63
FEBRE AMARELA IGG	R\$ 30,00
FEBRE AMARELA IGM	R\$ 20,00
FENILOCTONURIA- PESQUISA	R\$ 5,00
FENITOINA (HIDANTAL / HIDANTOINA)	R\$ 35,22
FENOBARBITAL- GARDENAL	R\$ 13,13
FERRITINA	R\$ 15,59
FERRITINA GLICOSILADA	R\$ 2.006,57
FERRO	R\$ 3,51
FIBRINOGENIO	R\$ 4,60
FILARIA - PESQUISA SANGUE PERIFÉRICO	R\$ 2,73
FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01
FOSFORO (URINA)	R\$ 1,85
FOSFORO (URINA24 H)	R\$ 1,85
FOSFORO SORO	R\$ 1,85
FRAGILIDADE OSMOTICA	R\$ 21,54
FRUTOSAMINA	R\$ 13,50
FTAABS IGG LIQUOR	R\$ 10,00
FTAABS IGM	R\$ 10,00
FTA ABS IGM LIQUOR	R\$ 10,00
FTAABS IGG	R\$ 10,00
FUNGIGRAMA AUTOMATIZADO PARA CANDIDA	R\$ 46,00

Vistos	1ª Testemunha	2ª Testemunha	3ª Testemunha	4ª Testemunha	Contratada	Contratante 1 MAP DS	Contratante 2 ES DS
--------	---------------	---------------	---------------	---------------	------------	-------------------------	------------------------

HOSPITAL ESTADUAL DE DOENÇAS TROPICAIS - Avenida Contorno, s/n - Jardim Bela Vista - Goiânia - CEP: 74.805-110 - Fone: +55 62 3261.3619



**HDT**Hospital Estadual de Doenças Tropicais  
Dr. Aníbal Araújo

SES



FUNGOS - MICOLOGICO DIRETO	R\$ 2,80
FUNGOS - PESQUISA	R\$ 2,80
FUNGOS NO SANGUE - PESQUISA	R\$ 2,80
FUNGOS, EXAME DIRETO LIQUOR (TINTA CHINA)	R\$ 2,80
GAD, AUTO ANTICORPOS ANTI	R\$ 60,00
GAMA GT	R\$ 3,51
GANGLIOSIDEOS IGG	R\$ 403,17
GANGLIOSIDEOS IGM	R\$ 724,83
GASOMETRIA ARTERIAL	R\$ 19,15
GASOMETRIA COMPLEMENTAR	R\$ 19,15
GASOMETRIA VENOSA	R\$ 19,15
GASTRINA	R\$ 12,30
GLIADINA IGA, ANTICORPOS ANTI	R\$ 17,16
GLIADINA IGG, ANTICORPOS ANTI	R\$ 17,16
GLICEMIA	R\$ 1,85
GLICEMIA POS PRANDIAL	R\$ 1,85
GLICOSE POS DEXTROSOL	R\$ 7,50
GLICOSE LIQUIDOS	R\$ 1,89
GLICOSE LIQUOR	R\$ 1,89
GLICOSE URINARIA	R\$ 1,85
GLICOSE-6-FOSFATO	R\$ 3,68
GORDURA, PESQUISA NAS FEZES	R\$ 3,04
GRUPO SANGUINEO	R\$ 1,37
HALOPERIDOL	R\$ 474,26
HANTAVIRUS IGG E IGM	R\$ 482,31
HAPTOGLOBINA	R\$ 3,68
HEMATOCRITO	R\$ 1,53
HEMOCULTURA AUTOMATIZADA	R\$ 42,85
HEMOGLOBINA	R\$ 1,53
HEMOGLOBINA GLICADA	R\$ 7,86
HEMOGLOBINURIA PAROXISTICA NOTURNA	R\$ 420,59
HEMOGRAMA	R\$ 4,11
HEMOSEDIMENTACAO	R\$ 2,73
HEMOSSIDERINA	R\$ 2,73
HEP B - ANTI HBE	R\$ 18,55
HEP B - ANTI HBS	R\$ 18,55
HEP B - ANTI HBC IGG	R\$ 18,55
HEP B - ANTI HBC IGM	R\$ 18,55
HEP B - HBC TOTAL	R\$ 18,55
HEP B - HBE-AG	R\$ 18,55
HEP B - HBS-AG	R\$ 18,55

Vistos	1ª Testemunha	2ª Testemunha	3ª Testemunha	4ª Testemunha	Contratada	Contratante 1 MAP - DS	Contratante 2 ES - DS
--------	---------------	---------------	---------------	---------------	------------	---------------------------	--------------------------



**HDT**Hospital Estadual de Doenças Tropicais  
Dr. Anuar Aued

SES



HEPATITE D - ANTICORPOS TOTAIS	R\$ 18,55
HEPATITE A IGG	R\$ 18,55
HEPATITE A IGM	R\$ 18,55
HEPATITE C	R\$ 18,55
HEPATITE C - TESTE RAPIDO	R\$ 18,55
HERPES PCR	R\$ 170,00
HERPES PCR LIQUOR	R\$ 170,00
HERPES PCR SANGUE	R\$ 170,00
HERPES SIMPLEX 1 E 2 - ANTICORPOS IGG	R\$ 17,16
HERPES SIMPLEX 1 E 2 - ANTICORPOS IGG LIQUOR	R\$ 17,16
HERPES SIMPLEX 1 E 2 - ANTICORPOS IGM	R\$ 17,16
HERPES SIMPLEX 1 E 2 - ANTICORPOS IGM LIQUOR	R\$ 17,16
HERPES VIRUS TIPO VI - DETECCAO	R\$ 104,49
HERPESVIRUS SIMPLEX VI, ANTICORPOS IgG	R\$ 172,46
HERPESVIRUS SIMPLEX VI, ANTICORPOS IGG - LIQUOR	R\$ 102,92
HERPESVIRUS SIMPLEX VI, ANTICORPOS IgM	R\$ 113,85
HERPESVIRUS SIMPLEX VI, ANTICORPOS IGM - LIQUOR	R\$ 102,92
HISTONA, ANTI	R\$ 21,60
HISTOPATOLOGICO PELE	R\$ 88,40
HISTOPLASMOSE, ANTIGENO NO LIQUOR	R\$ 1.713,84
HISTOPLASMOSE, LIQUOR	R\$ 115,35
HISTOPLASMOSE, PCR URINARIO	R\$ 1.099,66
HISTOPLASMOSE, SORO	R\$ 35,54
HIV	R\$ 10,00
HIV - WESTERN BLOT	R\$ 85,00
HIV, PCR QUALITATIVO	R\$ 65,00
HLA B 27	R\$ 40,45
HLA B 51	R\$ 667,12
HLA b5701	R\$ 280,60
HOMOCISTEÍNA	R\$ 64,99
HORMONIO ADRENOCORTICOTROFICO	R\$ 12,28
HORMÔNIO DE CRESCIMENTO	R\$ 8,88
HORMONIO FOLICULO ESTIMULANTE - FSH	R\$ 6,86
HORMONIO LUTEINIZANTE - LH	R\$ 7,80
HORMONIO TIREOESTIMULANTE - TSH	R\$ 7,79
HTLV - I, PCR	R\$ 165,00
HTLV I E II POR WESTERN BLOT	R\$ 233,22
HTLV-1 + HTLV-11 PESQUISA DE ANTI	R\$ 18,55
IGA - IMUNOGLOBULINA IgA SALIVAR	R\$ 28,05
IGA -IMUNOGLOBULINA A	R\$ 17,16
IGD - IMUNOGLOBULINA D	R\$ 48,79

Vistos	1ª Testemunha	2ª Testemunha	3ª Testemunha	4ª Testemunha	Contratada	Contratante 1 MAP - DS	Contratante 2 ES - DS
--------	---------------	---------------	---------------	---------------	------------	---------------------------	--------------------------

HOSPITAL ESTADUAL DE DOENÇAS TROPICAIS - Avenida Celso de Melo, s/nº, Jardim Bela Vista - Goiânia - CEP: 74.333-900 - Fones: (51) 62-3201-3019.

**HDT**Hospital Estadual de Doenças Tropicais  
Dr. Anuar Assad

SES



IGE TOTAL	R\$ 9,25
IGG - 1 - SUBCLASSE DE IGG	R\$ 40,00
IGG - 2 - SUBCLASSE DE IGG	R\$ 40,00
IGG - 3 - SUBCLASSE DE IGG	R\$ 40,00
IGG - 4 - SUBCLASSE DE IGG	R\$ 40,00
IGG - IMUNOGLOBULINA G	R\$ 27,00
IGG - IMUNOGLOBULINA G LIQUOR	R\$ 27,00
IGG - INDICE DE IGG	R\$ 110,77
IGM - IMUNOGLOBULINA M	R\$ 17,16
IMUNOFENOTIPAGEM MEDULA OSSEA	R\$ 400,00
IMUNOFENOTIPAGEM SANGUE PERIFÉRICO	R\$ 400,00
IMUNOFIXAÇÃO - LIQUOR	R\$ 114,14
IMUNOFIXAÇÃO , SORO	R\$ 64,99
IMUNOFIXAÇÃO DE PROTEÍNAS URINARIAS (24H)	R\$ 134,15
IMUNOFIXAÇÃO DE PROTEÍNAS URINARIAS (ISOLADA)	R\$ 233,85
IMUNOFLUORESCENCIA DIRETA DE PELE	R\$ 771,08
IMUNOHISTOQUIMICO (11 MARCADORES)	R\$ 880,00
IMUNOHISTOQUIMICO (2 MARCADORES)	R\$ 160,00
IMUNOHISTOQUIMICO (3 MARCADORES)	R\$ 240,00
IMUNOHISTOQUIMICO (5 MARCADORES)	R\$ 400,00
IMUNOHISTOQUIMICO (POR MARCADOR)	R\$ 80,00
INFLUENZA A - H1N1 PCR	R\$ 126,45
INSULINA	R\$ 8,84
INTERLEUCINA 6	R\$ 91,37
ISOAGLUTININAS PESQUISA	R\$ 10,80
ISOSPORA BELLI PESQUISA	R\$ 14,11
JO-1, ANTI	R\$ 24,30
LACTATO ARTERIAL	R\$ 7,18
LACTATO ARTERIAL SEPSE	R\$ 7,18
LAMOTRIGINA	R\$ 549,00
LATEX N. MENINGITIDES B	R\$ 1,89
LATEX PARA H. INFLUENZAE	R\$ 1,89
LATEX PARA N. MENINGITIDES A	R\$ 1,89
LATEX PARA N. MENINGITIDES C	R\$ 1,89
LATEX PARA S.PNEUMONIAE	R\$ 1,89
LATEX STREPTO BETA HEMOLITICO	R\$ 1,89
LEGIONELLA , ANTIGENO URINARIO	R\$ 75,60
LEGIONELLA , SOROLOGIA	R\$ 75,60
LEGIONELLA AC IGG	R\$ 100,36
LEGIONELLA AC IGM	R\$ 100,36
LEISHMANIA PCR	R\$ 84,61

Vistos	1ª Testemunha	2ª Testemunha	3ª Testemunha	4ª Testemunha	Contratada	Contratante 1 MAP - DS	Contratante 2 ES - DS
--------	---------------	---------------	---------------	---------------	------------	---------------------------	--------------------------

HOSPITAL ESTADUAL DE DOENÇAS TROPICAIS - Avenida Contorno, 9, no Jardim Bela Vista - Goiânia - CEP: 74.353-001 - Telefones: +55 62 32013619.



**HDT**Hospital Estadual de Doenças Tropicais  
Dr. Aníbal Araújo

SES



LEISHMANIOSE (IGM) SOROLOGIA PARA	R\$ 10,00
LEISHMANIOSE - PESQUISA DIRETA	R\$ 7,38
LEISHMANIOSE (IGG) SOROLOGIA PARA	R\$ 9,25
LEPTOSPIRA PESQUISA - URINA	R\$ 4,10
LEUCÓCITOS FECAIS, PESQUISA	R\$ 1,65
LEVETIRACETAM	R\$ 346,15
LIPASE	R\$ 2,25
LISTERIOSE SOROLOGIA	R\$ 5,50
LITIO	R\$ 2,25
LKM 1 ANTI	R\$ 10,00
LYME - BORRELIA BURGDORFERI - LYME IGG ANTI	R\$ 65,51
LYME - BORRELIA BURGDORFERI - LYME IGM ANTI	R\$ 65,51
LYME, SOROLOGIA	R\$ 48,60
MAGNESIO	R\$ 2,01
MAGNESIO URINA (24H)	R\$ 2,01
MAGNÉSIO URINA I(SOLADA)	R\$ 2,01
MALÁRIA - ANTICORPOS (IGG e IGM)	R\$ 82,30
MERCÚRIO	R\$ 2,04
META-HEMOGLOBINA - DETERMINAÇÃO	R\$ 4,11
MI 2 (ANTISINTETASE) ANTI	R\$ 770,55
MICOPLASMA PNEUMONIAE (PPLO)- ELISA IGG	R\$ 80,15
MICOPLASMA PNEUMONIAE (PPLO)- ELISA IGM	R\$ 97,21
MICROALBUMINURIA - URINA ISOLADA	R\$ 8,12
MICROALBUMINURIA - URINA 24 HORAS	R\$ 8,12
MICROSPORIDIUM - PESQUISA	R\$ 14,11
MIELOGRAMA	R\$ 136,39
MIOGLOBINA - DOSAGEM SANGUE	R\$ 18,90
MIOGLOBINURIA - DOSAGEM URINA 24H	R\$ 92,31
MIOGLOBINURIA - PESQUISA URINA ISOLADA	R\$ 8,10
MITOCONDRIA ANTI	R\$ 17,16
MUCOPROTEÍNA	R\$ 2,01
MÚSCULO LISO -IFI ANTI	R\$ 17,16
MUTACAO V617F NO GENE JAK2, DETECCAO QUANTITATIVA	R\$ 200,95
NEUTROFILO ( P-ANCA, C - ANCA) ANTI	R\$ 27,00
NMDA RECEPTORES (NR1 E NR2] ANTICORPOS NEURONAI	R\$ 2.411,54
NUCLEOTIDASE	R\$ 3,51
OSMOLARIDADE SÉRICA	R\$ 3,51
OSMOLARIDADE URINARIA	R\$ 3,51
PARASITOLÓGICO	R\$ 1,65
PARASITOLÓGICO 2	R\$ 1,65
PARASITOLÓGICO 3	R\$ 1,65

Vistos	1ª Testemunha	2ª Testemunha	3ª Testemunha	4ª Testemunha	Contratada	Contratante 1 MAP - DS	Contratante 2 ES - DS
--------	---------------	---------------	---------------	---------------	------------	---------------------------	--------------------------

HOSPITAL ESTADUAL DE DOENÇAS TROPICAIS - Avenida Cantarino, s/n, Jardim Bela Vista - Goiânia - CEP: 74.355-110 - Telefones: +55 62 3201.3510.



**HDT**Hospital Estadual de Doenças Tropicais  
Dr. Anwar Assad

SES



PARATORMONIO	R\$ 37,50
PARVOVIRUS , PCR DETECÇÃO QUALITATIVA	R\$ 714,88
PARVOVIRUS B19 IGG	R\$ 112,37
PARVOVIRUS B19 IGM	R\$ 112,37
PCR PARA DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	R\$ 200,00
PCR PARA NEISSERIA E CHLAMYDIA (COMBO)	R\$ 71,89
PEPTIDEO C	R\$ 13,35
PEPTIDEO NATRIURETICO CEREBRAL	R\$ 158,38
PESQ DE HEMATOZOÁRIO	R\$ 3,75
PH - LÍQUIDOS CAVITÁRIOS	R\$ 2,70
PLASMODIO , PESQUISA DE	R\$ 10,00
PNEUMOCISTI JIROVECII PCR DIVERSOS	R\$ 393,38
PNEUMOCISTI JIROVECII PCR SANGUE	R\$ 321,70
PNEUMOCYSTI JIROVECII , PESQ.	R\$ 4,33
POLIOMAVIRUS BK E JC DETEC QUALI	R\$ 304,00
PORFIRINAS, DOSAGEM /URINA	R\$ 3,51
PORFOBILINOGENIO DEAMINASE PBDG	R\$ 1.260,68
PORFOBILINOGENIO QUANTITATIVO	R\$ 221,54
PORFOBILINOGENIO, PESQUISA (URINA)	R\$ 2,04
POTASSIO	R\$ 1,85
POTASSIO - U-24	R\$ 1,85
POTASSIO URINA ISOLADA	R\$ 1,85
PRE- ALBUMINA	R\$ 42,34
PROCALCITONINA	R\$ 289,38
PROGESTERONA	R\$ 8,89
PROLACTINA - PRL	R\$ 8,83
PROTEÍNA 14.3.3	R\$ 1.181,82
PROTEINA C FUNCIONAL	R\$ 109,07
PROTEINA C REATIVA	R\$ 9,25
PROTEINA S FUNCIONAL	R\$ 158,38
PROTEINA S LIVRE	R\$ 294,10
PROTEINA TOTAL LIQUIDO CAVITARIO	R\$ 1,89
PROTEÍNA TOTAL NO LIQUOR	R\$ 1,40
PROTEINA TOTAL SORO	R\$ 1,40
PROTEINA URINA 24 HS	R\$ 2,04
PROTEINA URINA ISOLADA	R\$ 2,04
PROTEÍNAS DE BENCE JONES	R\$ 5,40
PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES	R\$ 1,85
PROTOPORFIRINAS	R\$ 8,10
PROTROMBINA - MUTAÇÃO NO GENE	R\$ 198,06
PSA -ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO	R\$ 16,42

Vistos	1ª Testemunha	2ª Testemunha	3ª Testemunha	4ª Testemunha	Contratada	Contratante 1 MAP - DS	Contratante 2 ES - DS
--------	---------------	---------------	---------------	---------------	------------	---------------------------	--------------------------

HOSPITAL ESTADUAL DE DOENÇAS TROPICAIS - Avenida Contorno, s/nº, Jardim Bela Vista - Goiás - CEP: 74.335-030 - Telefones: +55 62 5201.3619.

**HDT**Hospital Estadual de Doenças Tropicais  
Dr. Antuar Avud

SES



PSA LIVRE	R\$ 62,00
RENINA - ATIVIDADE PLASMÁTICA	R\$ 11,47
RETICULOCITOS	R\$ 2,73
RISPERIDONA	R\$ 643,08
RISTOCETINA - ATIVIDADE DO COFATOR	R\$ 25,00
RNP ANTI	R\$ 17,16
ROTAVIRUS PESQUISA	R\$ 10,25
RUBEOLA IGG	R\$ 17,16
RUBEOLA IGM	R\$ 17,16
SANGUE OCULTO	R\$ 1,65
SARAMPO IGG	R\$ 62,00
SARAMPO IGM	R\$ 62,00
SCHISTOSSOMA MANSONI - PESQUISA QUANTITATIVA DE OVOS	R\$ 8,35
SCL 70, AUTO ANTICOR	R\$ 10,00
SDHEA- SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA	R\$ 11,40
SELÊNIO SÉRICO	R\$ 150,00
SHBG (GLOBULINA TRANSPORTADORA DE	R\$ 62,50
SIFILIS IMUNOFUORESCENCIA	R\$ 35,02
SM ANTI	R\$ 17,16
SODIO	R\$ 1,85
SODIO NA URINA DE 24HS	R\$ 1,85
SODIO URINAAM ISOLADA	R\$ 1,85
SOMATOMEDINA C (IGF-1)	R\$ 15,35
SOROLOGIA PARA CHLAMYDIA PNEUMONIAE IGG	R\$ 76,92
SOROLOGIA PARA CHLAMYDIA PNEUMONIAE IGM	R\$ 106,15
SOROLOGIA PARA CHLAMYDIA PSITTACI IGG	R\$ 81,54
SOROLOGIA PARA CHLAMYDIA PSITTACI IGM	R\$ 81,54
SRP (ANTI SINTETASE) ANTI	R\$ 770,58
SSA - RO ANTI	R\$ 18,55
SSB - LA ANTI	R\$ 18,55
T3 - TRIIODOTIRONINA - T3	R\$ 7,57
T3 LIVRE	R\$ 22,95
T3 REVERSO	R\$ 13,35
T4 TIROXINA	R\$ 7,62
T4 LIVRE	R\$ 10,09
TACROLIMUS	R\$ 310,47
TEMPO DE COAGULAÇÃO ( LEE WHITE )	R\$ 2,73
TEMPO DE PROTROMBINA - TP	R\$ 2,73
TEMPO DE SANGRAMENTO ( DUKE )	R\$ 2,73
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTPA	R\$ 5,77
TESTE RÁPIDO PARA COVID	R\$ 215,38

Vistos	1ª Testemunha	2ª Testemunha	3ª Testemunha	4ª Testemunha	Contratada	Contratante 1 MAP DS	Contratante 2 ES DS
--------	---------------	---------------	---------------	---------------	------------	-------------------------	------------------------

HOSPITAL ESTADUAL DE DOENÇAS TROPICAIS - Avenida Contorno, s/n, Jardim Bela Vista - Goiânia - CEP: 74.285-120 - Telefones: +55 62 3201.3519.



**HDT**Hospital Estadual de Doenças Tropicais  
Dr. Anuar Aued

SES



TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11
TESTOSTERONA TOTAL	R\$ 9,07
TETANO - SOROLOGIA	R\$ 66,26
TGO	R\$ 2,01
TGP	R\$ 2,01
TIREOGLOBULINA ANTI	R\$ 17,16
TOXOCARA CANNIS (ANTICORPO TOTAL)	R\$ 22,00
TOXOCARA CANNIS IGG	R\$ 35,54
TOXOCARA CANNIS IGM	R\$ 43,04
TOXOPLASMOSE IGG	R\$ 16,97
TOXOPLASMOSE IGM	R\$ 18,55
TOXOPLASMOSE PCR DIVERSOS	R\$ 135,00
TOXOPLASMOSE PCR SANGUE	R\$ 135,00
TOXOPLASMOSE - TESTE DE AVIDEZ IgG	R\$ 65,51
TOXOPLASMOSE IGA	R\$ 27,00
TOXOPLASMOSE IGG NO LIQUOR	R\$ 16,97
TOXOPLASMOSE IGM NO LIQUOR	R\$ 18,55
TPO (MICROSSOMAL) ANTI	R\$ 17,16
TRAB - ANTICORPO ANTI RECEPTOR DE TSH	R\$ 67,50
TRANSFERRINA	R\$ 4,12
TRANSFERRINA - INDICE DA SATURACAO	R\$ 6,31
TRANSGLUTAMINASE IGA ANTI	R\$ 18,55
TRANSLOCACAO BCR-ABL (CROMOSSOMA PHILADELFA)	R\$ 265,00
TRIAGEM PARA IMUNODEFICIENCIA COMBINADA GRAVE- SCID	R\$ 353,85
TRIGLICERIDES	R\$ 3,51
TRIPTASE - SOROLOGIA	R\$ 177,00
TROPONINA	R\$ 9,00
TUBERCULOSE DETECÇÃO POR PCR (SANGUE)	R\$ 150,00
TUBERCULOSE DETECÇÃO POR PCR (DIVERSOS)	R\$ 150,00
TUBERCULOSE DETECÇÃO POR PCR (URINA)	R\$ 150,00
UREIA	R\$ 1,85
UREIA URINA (24H)	R\$ 1,85
UREIA URINA (ISOLADA)	R\$ 1,85
URINA ROTINA	R\$ 3,70
UROBILINOGÊNIO	R\$ 2,70
UROCULTURA AUTOMATIZADA	R\$ 16,20
UROPORFIRINAS - DOSAGEM	R\$ 58,00
VANCOMICINA, DOSAGEM	R\$ 27,00
VARICELA ZOSTER IGG	R\$ 17,16
VARICELA ZOSTER IGG LIQUOR	R\$ 17,16
VARICELA ZOSTER IGM	R\$ 17,16

Vistos	1ª Testemunha	2ª Testemunha	3ª Testemunha	4ª Testemunha	Contratada	Contratante 1 MAP - DS	Contratante 2 ES - DS
--------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------	---------------------------	--------------------------

HOSPITAL ESTADUAL DE DOENÇAS TROPICAIS - Avenida Contorno, s/n - Vila Bela Vista - Goiânia - CEP: 74.813-110 - Fone: (51) 42-3201 3619.

**HDT**Hospital Estadual de Doenças Tropicais  
Dr. Amemar Azevedo

SES



VARICELA ZOSTER IGM LIQUOR	R\$ 17,16
VARICELA ZOSTER PCR	R\$ 514,46
VDRL	R\$ 2,83
VDRL (LIQUOR)	R\$ 2,83
VIRUS RESPIRATORIO - PAINEL MOLECULAR	R\$ 887,54
VITAMINA A	R\$ 174,24
VITAMINA B1/ TIAMINA	R\$ 430,74
VITAMINA B12	R\$ 15,24
VITAMINA B3	R\$ 651,06
VITAMINA B6	R\$ 192,63
VITAMINA D (1.25 DI)	R\$ 52,50
VITAMINA D (25 HIDR)	R\$ 15,24
WIDAL (FEBRE TIFOIDE)	R\$ 8,10
ZIKA IGG SOROLOGIA	R\$ 176,05
ZIKA IGM SOROLOGIA	R\$ 154,14
ZIKA VRUS PCR	R\$ 305,46
ZINCO SERICO	R\$ 15,65

5.2. Já estão incluídos no preço todos os custos diretos e indiretos decorrentes da execução destes, das responsabilidades e obrigações da **CONTRATADA**, inclusive, sem a isto se limitar, os seguintes:

- a) Todos os tributos, contribuições fiscais e parafiscais, ônus e encargos de qualquer natureza incidentes sobre os serviços;
- b) Despesas e encargos financeiros;

5.3. Todos os custos decorrentes de tributos federais, estaduais e municipais que incidam ou venham a incidir sobre o presente Contrato, amortização dos equipamentos, materiais de uso e consumo nas atividades auxiliares, equipamentos de proteção individual (EPI), juros, lucros e riscos, improdutividade dos equipamentos e perdas de qualquer natureza;

#### CLÁUSULA SEXTA – DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

6.1. Os preços são fixos e irrevogáveis durante o transcurso de 12 meses, decorrido este prazo a concessão de reajustamento será feita, mediante negociação, e será utilizado preferencialmente o índice IGP-M/FGV, acumulado dos últimos 12 meses, através de aditivo contratual.

Vistos	1ª Testemunha	2ª Testemunha	3ª Testemunha	4ª Testemunha	Contratada	Contratante 1 MAP DS	Contratante 2 ES DS
--------	---------------	---------------	---------------	---------------	------------	-------------------------	------------------------



**HDT**Hospital Estadual de Doenças Tropicais  
Dr. Anuar Aquad

SES



6.2. A Nota Fiscal deverá ser atestada pela **CONTRATANTE** e, no caso de ocorrer a não aceitação dos serviços faturados, o fato será de imediato comunicado à **CONTRATADA**, para retificação das causas de seu indeferimento;

6.3. As notas deverão vir sem rasuras e estar no período de validade de emissão e estar no período de validade de emissão bem como da competência da prestação do serviço, contendo, no campo "descrição dos serviços", o seguinte texto: "Serviço prestado em consonância com o Contrato de Gestão 091/2012", contrato de prestação de serviços nº 019/2022 e competência da prestação do serviço;

6.4. As notas fiscais serão encaminhadas via e-mail para: [processoscontratos.hdt@isgsaude.org](mailto:processoscontratos.hdt@isgsaude.org) ou ao seguinte endereço: Avenida Olinda, Qd. H4, It. 01 ao 03, Park Lozandes, CEP 74.884-120 Goiânia - GO, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 03.969.808/0003-31.

6.5. A **CONTRATADA** deverá obrigatoriamente acostar junto às Notas Fiscais:

- a) Certidão de Regularidade junto ao FGTS;
- b) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT;
- c) Certidão Negativa de Débitos junto à Secretaria da Fazenda Municipal;
- d) Certidão Negativa de Débitos junto à Secretaria da Fazenda Estadual;
- e) Certidão Negativa de Débitos junto à Secretaria da Fazenda Federal;
- f) Relatório das atividades desenvolvidas;
- g) Relação dos funcionários;
- h) Folha de frequência assinada pelo funcionário;
- i) Guia de FGTS, referente ao mês anterior da competência da prestação de serviços;
- j) Guia de INSS, referente ao mês anterior da competência da prestação de serviços;
- k) Guia de Gefip/Sefip, referente ao mês anterior da competência da prestação de serviços;

Vistos	1ª Testemunha	2ª Testemunha	3ª Testemunha	4ª Testemunha	Contratada	Contratante 1 MAP - DS	Contratante 2 ES - DS
--------	---------------	---------------	---------------	---------------	------------	---------------------------	--------------------------

**HDT**Hospital Estadual de Doenças Tropicais  
Dr. Anuar Assad

SES



l) Comprovante de pagamento da Guia FGTS;

m) Comprovante de pagamento da Guia INSS;

6.6. Todos os documentos relativos exigidos contratualmente deverão estar em poder da **CONTRATANTE** na efetiva entrega da Nota Fiscal, sob pena de não efetivação dos pagamentos;

6.7. Qualquer pagamento devido pela **CONTRATANTE** somente será efetuado mediante apresentação, pela **CONTRATADA**, de cópias legíveis e sem rasuras dos documentos previstos no item 6.5 e seus sub itens, de forma a demonstrar a regularidade do mês anterior, devendo tais documentos vir anexados às faturas;

6.8. O não cumprimento das obrigações descritas no "caput" deste item implicará na suspensão imediata do pagamento das faturas, que somente serão processadas após o cumprimento, pela **CONTRATADA**, das obrigações pendentes;

6.9. Caso os documentos discriminados na cláusula 6.5 e sub itens não sejam apresentados no prazo de 30 (trinta) dias, a **CONTRATANTE** se reserva o direito de ingressar em juízo para depositar os valores devidos, sendo retido nas faturas não recebidas por culpa do inadimplemento da **CONTRATADA**, o percentual de 20% (vinte por cento) a título de honorários advocatícios;

6.10. Caso a **CONTRATADA** não tenha efetuado quaisquer dos pagamentos de encargos e tributos devidos, a **CONTRATANTE** se reserva no direito de reter os pagamentos das notas fiscais até que esses compromissos sejam satisfeitos, sem prejuízo de quaisquer medidas legais cabíveis;

6.11. As despesas oriundas do presente estão integralmente vinculadas ao Contrato de Gestão n.º 091/2012, celebrado entre a **CONTRATANTE** e o Estado de Goiás.

#### CLÁUSULA SÉTIMA – EXTINÇÃO DO CONTRATO

7.1. A **CONTRATANTE** poderá rescindir unilateralmente o Contrato, de imediato, sem prejuízo de pleitear por perdas e danos, bem como aplicar penalidades mediante simples notificação por escrito, nas seguintes hipóteses:

- a) O não cumprimento das obrigações previstas neste Contrato;
- b) Cumprimento irregular das obrigações contratuais pela **CONTRATADA** e sua não correção dentro do período de 02 (dois) dias da comunicação da irregularidade pela **CONTRATANTE**;

Vistos	1ª Testemunha	2ª Testemunha	3ª Testemunha	4ª Testemunha	Contratada	Contratante 1 MAP-DS	Contratante 2 ES-DS
--------	---------------	---------------	---------------	---------------	------------	-------------------------	------------------------



**HDT**Hospital Estadual de Doenças Tropicais  
Dr. Amador Amador

SES



- c) Paralisação dos serviços sem justa causa e sem prévia comunicação;
- d) Desatendimento das determinações da **CONTRATANTE**, da Secretaria de Estado da Saúde, ou de qualquer outra autoridade;
- e) Dissolução, falência, concordata ou recuperação judicial ou extrajudicial da **CONTRATADA**;
- f) Alteração do objeto social da **CONTRATADA** que a impeça de executar os serviços objeto deste Contrato;

7.2. A extinção do Contrato de Gestão n.º 091/2012, celebrado entre a **CONTRATANTE** e a Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, enseja a imediata rescisão do presente contrato, sem qualquer necessidade de notificação prévia nem qualquer direito à indenização de qualquer espécie, sobretudo por perdas e danos;

7.3. As partes poderão rescindir unilateralmente este contrato, sem justo motivo, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias;

#### CLÁUSULA OITAVA – PENALIDADES

8.1. Sem prejuízo do quanto exposto na Cláusula Sétima, nem da responsabilização pelo pagamento de indenização por perdas e danos sofridos pela **CONTRATANTE**, a **CONTRATADA** incorrerá no pagamento das seguintes multas:

- a) Por qualquer descumprimento ou cumprimento irregular de quaisquer obrigações, multa de 2% do valor total do contrato; e;
- b) Pelo atraso no cumprimento das obrigações previstas neste Contrato, multa de 2% do valor total do contrato;
- c) A mera aplicação de multa não gerará a extinção deste Contrato;

8.2. Fica ajustado que a **CONTRATADA** comete Infração administrativa se:

- a) Inexecutar total ou parcialmente qualquer das obrigações assumidas em decorrência da contratação;
- b) Ensejar o retardamento da execução do objeto;
- c) Fraudar na execução do contrato;
- d) Comportar-se de modo inidôneo;
- e) Cometer fraude fiscal;
- f) Não manter a proposta.

Vistos	1ª Testemunha	2ª Testemunha	3ª Testemunha	4ª Testemunha	Contratada	Contratante 1 MAP-DS	Contratante 2 ES-DS
--------	---------------	---------------	---------------	---------------	------------	-------------------------	------------------------

**HDT**Hospital Estadual de Doenças Tropicais  
Dr. Anuar Assad

SES



8.3. Caso a **CONTRATADA** cometa qualquer das infrações discriminadas no subitem acima, ficará sujeita, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal, às seguintes sanções:

- a) Advertência por faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretem prejuízos significativos para a **CONTRATANTE**;
- b) Multa, conforme descrito nos itens 8.1;
- c) Multa compensatória de até 20% (vinte por cento) do valor total contratado, em caso de reincidência, o que poderá ensejar a rescisão contratual.

8.4. Em caso de inexecução parcial por quaisquer outras condutas não elencadas, constantes em Termo de Referência e devidamente avaliadas pelo fiscal do contrato, a multa compensatória, no mesmo percentual do subitem acima, será aplicada de forma proporcional à obrigação inadimplida;

8.5. A aplicação de qualquer das penalidades previstas, realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à **CONTRATADA**;

8.6. A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator e o caráter educativo da pena.

#### CLÁUSULA NONA – RECURSOS FINANCEIROS

9.1. Para atender aos compromissos decorrentes deste Contrato, os recursos são provenientes do Contrato de Gestão 091/2012, celebrado entre a **CONTRATANTE** e a Secretaria de Saúde do Estado de Goiás.

#### CLÁUSULA DÉCIMA – DO CONTROLE DE QUALIDADE E DO FISCAL DO CONTRATO.

10.1. O acompanhamento e a fiscalização da execução do contrato consistem na verificação da conformidade da prestação dos serviços e da alocação dos recursos necessários, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do contrato;

10.2. A **CONTRATADA** obriga-se a iniciar qualquer correção exigida pela fiscalização do **CONTRATANTE** no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, a contar do recebimento da exigência, correndo por exclusiva conta da **CONTRATADA** as despesas decorrentes desta;

10.3. À fiscalização da **CONTRATANTE** é assegurado o direito de ordenar a suspensão do serviço, no caso de não ser atendida dentro das 24 (vinte e quatro) horas ajustadas no subitem anterior, a contar da entrega da notificação correspondente, sem prejuízo das penalidades a que ficar sujeita a **CONTRATADA** e sem que esta tenha direito a qualquer indenização;

Vistos	1ª Testemunha	2ª Testemunha	3ª Testemunha	4ª Testemunha	Contratada	Contratante 1 MAP DS	Contratante 2 ES DS
--------	---------------	---------------	---------------	---------------	------------	-------------------------	------------------------



**HDT**Hospital Estadual de Doenças Tropicais  
Dr. Amador Azevedo

SES



10.4. A presença da fiscalização da **CONTRATANTE** não diminui ou exclui qualquer obrigação/responsabilidade da **CONTRATADA**;

0.5. Ficará nomeado por ato do Diretor Geral, o fiscal do presente contrato.

#### CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO SIGILO E CONFIDENCIALIDADE

11.1. A **CONTRATADA** obriga-se, pelo presente Contrato, a manter em sigilo toda e qualquer informação confidencial, não podendo divulgá-las, cedê-las, doá-las, repassá-las, vendê-las, reproduzi-las por quaisquer meios ou transferi-las, a qualquer título, em qualquer tempo e circunstância, ainda que após a rescisão deste contrato, tampouco usá-las, bem como a não permitir que nenhum de seus diretores, colaboradores e/ou prepostos faça uso destas para finalidade diversa da ora ajustada, salvo mediante autorização expressa, sob pena de multa de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), sem prejuízo das indenizações cabíveis;

11.2. A expressão "Informação Confidencial" para fins do presente Contrato significará toda e qualquer informação revelada, transmitida ou comunicada (verbalmente, por escrito, em linguagem de máquina, texto, desenhos, fotografias, gráficos, projetos, teses, estudos, anotações, análises, compilações, documentos físicos ou digitais ou qualquer outra forma), entre as **PARTES**;

11.3. As partes tomarão todas as providências possíveis para minimizar o risco de revelação ou fuga de Informações Confidenciais recebidas, cedidas ou compartilhadas entre si, certificando-se de que somente pessoas cujas funções exijam a posse de Informações Confidenciais tenham acesso a elas, na estrita medida de tal necessidade.

11.4. Não será considerada quebra de sigilo e/ou confidencialidade a divulgação de informações ordenadas pela legislação ou por autoridade judiciária ou administrativa competente.

PARÁGRAFO ÚNICO. Neste caso, a **CONTRATADA** deverá imediatamente comunicar à **CONTRATANTE**, apresentando-lhe a legislação referente ou a devida intimação judicial ou administrativa, para que esta se sirva dos melhores recursos disponíveis para impedir a divulgação das informações reveladas.

#### CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Todas as cláusulas previstas neste Contrato estão de acordo e devem ser cumpridas em conformidade com o Termo de Referência, o qual faz parte integrante deste contrato.

Vistos	1ª Testemunha	2ª Testemunha	3ª Testemunha	4ª Testemunha	Contratada	Contratante 1 MAP	Contratante 2 ES
--------	---------------	---------------	---------------	---------------	------------	----------------------	---------------------



Hospital Estadual de Doenças Tropicais  
Dr. Anuar Amad



SES



**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DO FORO**

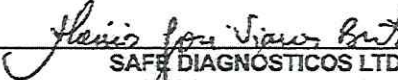
13.1. As partes elegem o foro da Comarca de Goiânia/GO para dirimir quaisquer conflitos oriundos deste Contrato, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

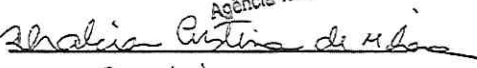
E por estarem justos e acordados, assinam as Partes o presente instrumento em 02 (duas) vias, de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

Goiânia, 27 de junho de 2022.

DocuSigned by:  
  
 1. \_\_\_\_\_  
 INSTITUTO SÓCRATES GUANAES-ISG  
 CNPJ: 03.969.808/0003-31  
 Ernesto Stanguet  
 Diretor Financeiro

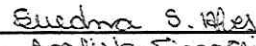
DocuSigned by:  
  
 2. \_\_\_\_\_  
 INSTITUTO SÓCRATES GUANAES-ISG  
 CNPJ: 03.969.808/0003-31  
 Marco Aurélio de Magalhães Pereira  
 Diretor Técnico/Operacional

1.   
 SAFE DIAGNÓSTICOS LTDA  
 CNPJ: 13.501.096/0006-28  
 Aloísio José Viana Brito  
 CPF: 218.572.705-25

Testemunhas:  
  
 Nome: Rhalcia Cristina de Melo Lima  
 CPF: 656.263.972-91

  
 Nome: Bruno Almeida  
 Diretor Geral  
 HDT/ISG  
 CPF:

  
 Nome: Camila Costa  
 Gerente Administrativa  
 HDT/ISG  
 CPF:

  
 Nome: Suedma S. Alves  
 Analista Financeira - HDT/ISG  
 CPF:

Vistos	1ª Testemunha	2ª Testemunha	3ª Testemunha	4ª Testemunha	Contratada	Contratante 1 MAP - DS	Contratante 2 ES - DS
--------	---------------	---------------	---------------	---------------	------------	---------------------------	--------------------------