

Jaru, RO, 19 de Novembro de 2021.

Ao,
Governo do Estado de Rondônia
Superintendência Estadual de Compras e Licitações - SUPEL
Ref.: Proposta Comercial **Pregão Eletrônico N° 279/2021/SIGMA/SUPEL/RO**
Processo Administrativo N°.: **0036.335091/2019-11**
Data Abertura: 19/11/2021
Hora: 09:00 hs (horário de Brasília)

Prezados Senhores,

Encaminhamos à essa Comissão Permanente de Licitação, referente a Licitação em epígrafe, objetivando a execução dos serviços objeto do referido certame. Nossa proposta de preços de fornecimento de materiais/bens tem preço global compostos e irrealizáveis de acordo com exigências do Edital e seus Anexos, conforme quadro abaixo:

OBJETO: Contratação de empresa especializada em Serviços Laboratoriais para realização de procedimentos com finalidade diagnóstica, inseridos nos subgrupos de Diagnóstico em Laboratório Clínico, Anátomo Patológico com a seguinte forma de organização: exames bioquímicos, hematológicos e hemostasia, sorológicos e imunológicos, coprológicos, uroanálise, hormonais, toxicológicos ou de monitorização terapêutica, microbiológicos, genética, imunohistoquímica, imunohematológicos e citologia em outros líquidos biológicos, inseridos na Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) editada pelo Ministério de Saúde, abrangendo as áreas respectivas descritas neste edital, em âmbito hospitalar 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 dias por semana, com suporte para as UTI'S, leitos clínicos e ambulatorial, para atender as necessidades do Hospital Regional de Buritis - HRB e Hospital Regional de Extrema - HRE, por um período de 12 (doze) meses, prorrogados por igual período, conforme estabelecido no Art. 57, da Lei nº 8.666/93.

HOSPITAL REGIONAL DE BURITIS

ITEM	CÓD. SUS	PROCEDIMENTO	QDE MENSAL	QDE 12 MESES	VLR. UNIT. TABELA SUS (R\$)	Percentual Desc. Ofertado (%)	Vlr. Unit. C/ Desconto (R\$)	Vlr. Mensal C/ Desconto (R\$)	Vlr. Total (12 MESES) C/ Desconto (R\$)
1	02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ACIDO URICO	120	1440	1,85	0,10	1,84	220,80	2.649,60
2	02.02.01.018-0	DOSAGEM DE AMILASE	56	672	2,25	0,10	2,24	125,44	1.505,28
3	02.02.01.020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	64	768	2,01	0,10	2,00	128,00	1.536,00
4	02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CALCIO	4	48	1,85	0,10	1,84	7,36	88,32
5	02.02.01.027-9	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	108	1296	3,51	0,10	3,50	378,00	4.536,00
6	02.02.01.028-7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	108	1296	3,51	0,10	3,50	378,00	4.536,00
7	02.02.01.029-5	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	118	1416	1,85	0,10	1,84	217,12	2.605,44
8	02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA	346	4152	1,85	0,10	1,84	636,64	7.639,68
9	02.02.01.032-5	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	86	1032	3,68	0,10	3,67	315,62	3.787,44
10	02.02.01.033-3	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	82	984	4,12	0,10	4,11	337,02	4.044,24
11	02.02.01.038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	13	156	15,59	0,10	15,57	202,41	2.428,92
12	02.02.01.039-2	DOSAGEM DE FERRO SERICO	2	24	3,51	0,10	3,50	7,00	84,00
13	02.02.01.042-2	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	6	72	2,01	0,10	2,00	12,00	144,00
14	02.02.01.046-5	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	53	636	3,51	0,10	3,50	185,50	2.226,00
15	02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	164	1968	1,85	0,10	1,84	301,76	3.621,12
16	02.02.01.050-3	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	8	96	7,86	0,10	7,85	62,80	753,60

ITEM	CÓD. SUS	PROCEDIMENTO	QDE MENSAL	QDE 12 MESES	VLR. UNIT. TABELA SUS (R\$)	Percentual Desc. Ofertado (%)	Vlr. Unit. C/ Desconto (R\$)	Vlr. Mensal C/ Desconto (R\$)	Vlr. Total (12 MESES) C/ Desconto (R\$)
17	02.02.01.053-8	DOSAGEM DE LACTATO	4	48	3,68	0,10	3,67	14,68	176,16
18	02.02.01.055-4	DOSAGEM DE LIPASE	47	564	2,25	0,10	2,24	105,28	1.263,36
19	02.02.01.056-2	DOSAGEM DE MAGNÉSIO	4	48	2,01	0,10	2,00	8,00	96,00
20	02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTASSIO	4	48	1,85	0,10	1,84	7,36	88,32
21	02.02.01.062-7	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRACOES	1	12	1,85	0,10	1,84	1,84	22,08
22	02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SODIO	2	24	1,85	0,10	1,84	3,68	44,16
23	02.02.01.064-3	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	302	3624	2,01	0,10	2,00	604,00	7.248,00
24	02.02.01.065-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	303	3636	2,01	0,10	2,00	606,00	7.272,00
25	02.02.01.067-8	DOSAGEM DE TRIGLICERÍDEOS	117	1404	3,51	0,10	3,50	409,50	4.914,00
26	02.02.01.069-4	DOSAGEM DE UREIA	343	4116	1,85	0,10	1,84	631,12	7.573,44
27	02.02.01.073-2	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	60	720	15,65	0,10	15,63	937,80	11.253,60
28	02.02.02.007-0	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	28	336	2,73	0,10	2,72	76,16	913,92
29	02.02.02.009-6	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	28	336	2,73	0,10	2,72	76,16	913,92
30	02.02.02.014-2	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	29	348	2,73	0,10	2,72	78,88	946,56
31	02.02.02.015-0	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	167	2004	2,73	0,10	2,72	454,24	5.450,88

ITEM	CÓD. SUS	PROCEDIMENTO	QDE MENSAL	QDE 12 MESES	VLR. UNIT. TABELA SUS (R\$)	Percentual Desc. Ofertado (%)	Vlr. Unit. C/ Desconto (R\$)	Vlr. Mensal C/ Desconto (R\$)	Vlr. Total (12 MESES) C/ Desconto (R\$)
32	02.02.02.029-0	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	15	180	4,60	0,10	4,59	68,85	826,20
33	02.02.02.030-4	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	2	24	1,53	0,10	1,52	3,04	36,48
34	02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	561	6732	4,11	0,10	4,10	2.300,10	27.601,20
35	02.02.02.050-9	PROVA DO LACO	25	300	2,73	0,10	2,72	68,00	816,00
36	02.02.03.008-3	DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA	213	2556	9,25	0,10	9,24	1.968,12	23.617,44
37	02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	1	12	16,42	0,10	16,40	16,40	196,80
38	02.02.03.020-2	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	36	432	2,83	0,10	2,82	101,52	1.218,24
39	02.02.03.030-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	68	816	10,00	0,10	9,99	679,32	8.151,84
40	02.02.03.047-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	43	516	2,83	0,10	2,82	121,26	1.455,12
41	02.02.03.063-6	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	2	24	18,55	0,10	18,53	37,06	444,72
42	02.02.03.064-4	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	2	24	18,55	0,10	18,53	37,06	444,72
43	02.02.03.067-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	66	792	18,55	0,10	18,53	1.222,98	14.675,76
44	02.02.03.078-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-	2	24	18,55	0,10	18,53	37,06	444,72

ITEM	CÓD. SUS	PROCEDIMENTO	QDE MENSAL	QDE 12 MESES	VLR. UNIT. TABELA SUS (R\$)	Percentual Desc. Ofertado (%)	Vlr. Unit. C/ Desconto (R\$)	Vlr. Mensal C/ Desconto (R\$)	Vlr. Total (12 MESES) C/ Desconto (R\$)
		HBC-TOTAL)							
45	02.02.03.079-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS	189	2268	30,00	0,10	29,97	5.664,33	67.971,96
46	02.02.03.080-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	1	12	18,55	0,10	18,53	18,53	222,36
47	02.02.03.090-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS	189	2268	20,00	0,10	19,98	3.776,22	45.314,64
48	02.02.03.091-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	1	12	18,55	0,10	18,53	18,53	222,36
49	02.02.03.097-0	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	73	876	18,55	0,10	18,53	1.352,69	16.232,28
50	02.02.03.111-0	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	77	924	2,83	0,10	2,82	217,14	2.605,68
51	02.02.03.120-9	DOSAGEM DE TROPONINA	65	780	9,00	0,10	8,99	584,35	7.012,20
52	02.02.04.012-7	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	53	636	1,65	0,10	1,64	86,92	1.043,04
53	02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	2	24	1,65	0,10	1,64	3,28	39,36
54	02.02.05.001-7	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	424	5088	3,70	0,10	3,69	1.564,56	18.774,72

ITEM	CÓD. SUS	PROCEDIMENTO	QDE MENSAL	QDE 12 MESES	VLR. UNIT. TABELA SUS (R\$)	Percentual Desc. Ofertado (%)	Vlr. Unit. C/ Desconto (R\$)	Vlr. Mensal C/ Desconto (R\$)	Vlr. Total (12 MESES) C/ Desconto (R\$)
55	02.02.05.011-4	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	4	48	2,04	0,10	2,03	8,12	97,44
56	02.02.06.016-0	DOSAGEM DE ESTRADIOL	2	24	10,15	0,10	10,13	20,26	243,12
57	02.02.06.021-7	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	26	312	7,85	0,10	7,84	203,84	2.446,08
58	02.02.06.023-3	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	1	12	7,89	0,10	7,88	7,88	94,56
59	02.02.06.024-1	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	1	12	8,97	0,10	8,96	8,96	107,52
60	02.02.06.025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	1	12	8,96	0,10	8,95	8,95	107,40
61	02.02.06.029-2	DOSAGEM DE PROGESTERONA	1	12	10,22	0,10	10,20	10,20	122,40
62	02.02.06.030-6	DOSAGEM DE PROLACTINA	1	12	10,15	0,10	10,13	10,13	121,56
63	02.02.06.037-3	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	1	12	8,76	0,10	8,75	8,75	105,00
64	02.02.06.038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	1	12	11,60	0,10	11,58	11,58	138,96
65	02.02.06.039-0	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	1	12	8,71	0,10	8,70	8,70	104,40
66	02.02.08.001-3	ANTIBIOGRAMA	2	24	4,98	0,10	4,97	9,94	119,28
67	02.02.08.003-0	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	2	24	13,33	0,10	13,31	26,62	319,44
68	02.02.08.004-8	BACIOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	2	24	4,20	0,10	4,19	8,38	100,56

ITEM	CÓD. SUS	PROCEDIMENTO	QDE MENSAL	QDE 12 MESES	VLR. UNIT. TABELA SUS (R\$)	Percentual Desc. Ofertado (%)	Vlr. Unit. C/ Desconto (R\$)	Vlr. Mensal C/ Desconto (R\$)	Vlr. Total (12 MESES) C/ Desconto (R\$)
69	02.02.08.005-6	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSEIASE)	2	24	4,20	0,10	4,19	8,38	100,56
70	02.02.08.006-4	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	4	48	4,20	0,10	4,19	16,76	201,12
71	02.02.08.007-2	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	2	24	2,80	0,10	2,79	5,58	66,96
72	02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	2	24	5,62	0,10	5,61	11,22	134,64
73	02.02.08.015-3	HEMOCULTURA	2	24	11,49	0,10	11,47	22,94	275,28
74	02.02.09.030-2	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	32	384	1,89	0,10	1,88	60,16	721,92
75	02.02.12.002-3	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	20	240	1,37	0,10	1,36	27,20	326,40
VALOR TOTAL DA PROPOSTA BURITIS (R\$):								27.982,04	335.784,48
VALOR TOTAL MENSAL DA PROPOSTA BURITIS POR EXTENSO (R\$):VINTE E SETE MIL, NOVECENTOS E OITENTA E DOIS REAIS E QUATRO CENTAVOS									
VALOR TOTAL ANUAL DA PROPOSTA BURITIS POR EXTENSO (R\$):TREZENTOS E TRINTA E CINCO MIL, SETECENTOS E OITENTA E QUATRO REAIS E QUARENTA E OITO CENTAVOS									

DECLARAMOS que estamos de pleno acordo com todas as condições estabelecidas no Edital e seus Anexos, bem como aceitamos todas as obrigações e responsabilidades especificadas no Termo de Referência;

DECLARAMOS que nos preços cotados estão incluídas todas as despesas que, direta ou indiretamente, fazem parte do presente objeto, tais como gastos da empresa com suporte técnico e administrativo, impostos, seguros, taxas, ou quaisquer outros que possam incidir sobre gastos da empresa, sem quaisquer acréscimos em virtude de expectativa inflacionária e deduzidos os descontos eventualmente concedidos;

DECLARAMOS AINDA:

- ✓ Caso, seja realizada a subcontratação para os exames de anatomopatologia (Subitem 14.2), **DECLARAMOS** ter ciência quanto à **responsabilidade de fornecer a prestação dos exames (Subitem 14.2)**, não sendo aceito quaisquer questionamento futuro referente a dificuldade na realização destes

DETALHAMENTO:

- A empresa vencedora deverá realizar os serviços contratados nas dependências da Contratante, devendo a empresa fornecer a mão de obra técnica que lhe é inerente, sem qualquer ônus às Unidades de Saúde Hospitalar e Ambulatorial, inclusive com o custeio de todos os encargos sociais, os quais deverão ser mensalmente comprovados à Contratante, de acordo com as especificações a seguir:
- **2.1.1** Atendimento Ambulatorial e Hospitalar 24 (vinte e quatro) horas por dia, 07 (sete) dias da semana conforme o fluxo diário de pacientes daquela unidade, com profissionais da área laboratorial com capacitação técnica específica e em número suficiente considerando a demanda de atendimentos da respectiva unidade. Ressalta-se que a EMPRESA VENCEDORA deverá garantir ampla assistência ao fluxo demandado pela mesma em análises clínica, bem como, garantindo a entrega dos resultados dentro dos prazos exigíveis e necessários, não causando prejuízo a continuidade dos atendimentos médicos.
- **2.1.2** Prestação de serviços de saúde para atender a demanda do Hospital, e ter as amostras processadas dentro da unidade citada, considerando o espaço físico daquela unidade, em **Procedimentos com finalidade diagnóstica** inseridos nos subgrupos de **Diagnóstico em Laboratório Clínico**, com a seguinte forma de organização:
 - Exames bioquímicos, hematológicos e hemostasia, sorológicos e imunológicos, coprológicos, uroanálise, hormonais, toxicológicos ou de monitorização terapêutica, microbiológicos, genética, imunohistoquímica, imunohematológicos e citologia em outros líquidos biológicos (conforme ANEXO I). Inseridos na Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde (SIGTAP) editada pelo Ministério da Saúde.

- **2.1.3** Em caso de procedimentos que não esteja dentro da rotina Hospitalar e Ambulatorial que seja necessária terceirização, o mesmo deverá ser comunicado previamente a Coordenadoria de Controle, Avaliação de Serviço de Saúde - CRECSS/SESAU/RO.
- **2.4 A Contratante deverá oferecer as condições a empresa contratada nos seguintes itens:**
 - **2.4.1** Espaço físico destinado à implantação de sala de coleta com as adequações necessárias a instalação da mesma dentro dos padrões legais e exigíveis para a referida prestação de serviços de saúde laboratoriais
- **LOCAL DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:**
 - ✓ **Os serviços deverão ser realizados na seguinte Unidade de Saúde:**
 - **Hospital Regional de Buritis:** sito a Rua Vale do Paraíso, 2340 - Setor 03 - CEP: 76.880-970 - Buritis/RO;
 - **Hospital Regional de Extrema:** sito a Rua Abunã, nº 308, Centro - CEP: 76.847-000, Extrema/RO.
 - ✓ A empresa contratada deverá instalar-se nas dependências da Unidade de Saúde com posto de suporte para coletas ao leito, uma vez que o hospital não possui a estrutura necessária à realização dos exames in loco, realizando os exames em estrutura particular, porém mantendo colaborador para coleta de material 24h em regime de plantão na estrutura da Unidade Hospitalar.
- **ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS:**

Serviços de saúde com finalidade diagnóstica na área de Análises Clínicas, e Anatomopatológico nas respectivas especialidades citadas abaixo:

a) Hematologia	b) Bioquímica	c) Sorologia	d) Microbiologia
e) Urinálise	f) Parasitologia	g) Imunologia	h) Anatomopatológico
i) Imunohistoquímica	j) Genética	l) Toxicologia	m) Hormônio

n) Citologia em líquidos biológicos

 - **Prazo de Validade da Proposta:** 60 (Sessenta) dias corridos, a contar da data apresentação da sua proposta de preços;
 - **Prazo de Entrega:** **IMEDIATO**, após a confirmação do recebimento da **Nota de Empenho**, que será encaminhada no e-mail apresentado na proposta de preços da licitante;

- **Prazo para Início de Execução do Serviço:** O prazo para início dos serviços será de até **30 (trinta) dias** contados a partir da última assinatura contratual
- **Garantia:** Conforme art. 24, do CDC;
- **Outras Garantias:** Conforme contrato;
- **Dados Bancários:** SICOOB; Agência: 3325; C/C: 116.207-1;

Caso nos seja adjudicado o objeto da licitação, comprometemo-nos em assinar o Contrato no prazo determinado no documento de convocação, e para esse fim fornecemos os seguintes dados:

Razão Social: **BIOVIDA LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS LTDA - ME**

CNPJ/MF: 25.531.346/0001-47

Endereço: Rua Rio de Janeiro, 3216, Setor 02, Cidade: Jarú- RO. CEP: 76.890-000

Dados Bancários: Banco: SICOOB, Agência: 3325 , C/C: 116.207-1


Dados do Representante Legal da Empresa para assinatura do Contrato:

Nome: MAURÍCIO FRANCISCO DE SOUZA

Endereço: RUA MIGUEL DE CERVANTE, 151, BAIRRO AERoclUBE, CONDOMINIO TOTAL VILLE I. PORTO VELHO/RO. CEP:76.811-003

CPF/MF:636.152.402-78 RG nº.: 541.948 / SSP-RO Cargo/Função: SÓCIO/ADMINISTRATIVO

Naturalidade: RIO NEGRO-PR Nacionalidade: BRASILEIRO


Maurício Francisco de Souza
Sócio | Administrador
CPF: 636.152.402-78
RG: 541.948 SSP/RO

25.531.346/0001-47
BIOVIDA LABORATÓRIO DE
ANÁLISES CLÍNICAS LTDA-ME
Av. Rio Branco nº 1535
Setor 02
Cep: 76890-000
Jarú - RO