

**LOGO MARCA DA EMPRESA**  
**NOME COMERCIAL DA EMPRESA**  
**CNPJ Nº**

Ao  
Governo do Estado de Roraima  
Secretaria de Estado da Saúde – SESAU  
Gerencia Especial de Cotação – GEC

**CARIMBO CNPJ Nº**

**MODELO DA PROPOSTA DE PREÇOS**

**PROCESSO Nº. 20101.046854/2023.14**

**Eventual Aquisição de reagentes com fornecimento de Equipamentos com sistema totalmente automatizado em regime de comodato, para atender as necessidades do Setor de Sorologia do Centro de Hemoterapia e Hematologia de Roraima – HEMORAIMA.**

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	UND	QTD.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
01	<b>HBSAG</b> – teste para detecção qualitativa do antígeno de superfície do vírus da hepatite B, em soro ou plasma, utilizando anticorpos monoclonais e/ou policlonais permitindo detecção de mutantes HBsAg com 100% de sensibilidade e especificidade maior que 99%. O teste deve ser capaz de detectar mutantes da região S do vírus da hepatite B;	UND	21.600		
02	<b>ANTI - HBC:</b> teste para detecção qualitativa de anticorpos de classe IgG e IgM contra o antígeno do core do vírus da hepatite B, em soro ou plasma, com 100% de sensibilidade e especificidade maior que 99%. Este teste deve ser da mesma marca que o HbsAg;	UND	21.600		
03	<b>ANTI – HCV:</b> teste para detecção de anticorpos de classe IgG e IgM, dirigidos contra o vírus HCV contendo antígenos recombinantes e/ou peptídeos sintéticos das regiões do core e não estruturais, com 100% de sensibilidade e especificidade maior que 99%.	UND	21.600		
04	<b>ANTI-HBS:</b> teste para detecção de anticorpos contra o antígeno de superfície do vírus da hepatite B, em soro ou plasma, com 100% de sensibilidade e especificidade maior que 99%.	UND	1.200		
05	<b>HIV I/II AG/AB</b> – teste combinado anti HIV + Ag p24 com detecção do sub tipo 1, 2 e O, em soro ou plasma humano, com 100% de sensibilidade e especificidade maior que 99%.	UND	21.600		
06	<b>Anti-HTLV I/II</b> – teste para a determinação qualitativa de anticorpos contra o HTLV-I e HTLV-II em soro e plasma humano, com 100% de sensibilidade e especificidade maior que 99%.	UND	21.600		
07	<b>CHAGAS:</b> teste para determinação qualitativa de anticorpos IgG contra o <i>T. cruzi</i> (Doença de Chagas), em soro e plasma humano, com 100% de sensibilidade e especificidade maior que 99%.	UND	21.600		

08	<b>SÍFILIS:</b> teste para a determinação qualitativa de anticorpos IgG e IgM contra o <i>Treponema pallidum</i> em soro e plasma humano.	UND	21.600		
09	<b>CITOMEGALOVÍRUS IgG :</b> teste para determinação qualitativa e semi-quantitativa de anticorpos IgG para o Citomegalovírus humano no soro e plasma.	UND	21.600		
10	<b>CITOMEGALOVÍRUS IgM:</b> teste para determinação qualitativa de anticorpos IgM para o Citomegalovírus humano no soro e plasma.	UND	21.600		
11	<b>FERRITINA:</b> teste para a determinação de Ferritina em soro e plasma humano.	UND	2.400		
<b>VALOR TOTAL</b>					

**VALIDADE DE 180 DIAS.**

**Favor mencionar os dados abaixo na proposta:**

- a) Dados cadastrais;**
- b) Marca do equipamento;**
- c) Prazo de entrega;**
- d) Demais impostos e custos, deverão ser inclusos;**
- e) Assinatura, data e endereço;**
- f) E-mail e número de telefone (válidos)**

---

Local e Data

---

(Assinatura e Carimbo do Representante Legal)

**OBS: RESPONDER PARA O E-MAIL – cotacao.cgplan@saude.rr.gov.br**

**Telefone: (95) 98404-1642 (também é WhatsApp)**

**INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 65, DE 7 DE JULHO DE 2021**

*Art. 5º A pesquisa de preços para fins de determinação do preço estimado em processo licitatório para a aquisição e contratação de serviços em geral será realizada mediante a utilização dos seguintes parâmetros, empregados de forma combinada ou não:*

*[...]*

*IV - Pesquisa direta com, no mínimo, 3 (três) fornecedores, mediante solicitação formal de cotação, por meio de ofício ou e-mail, desde que seja apresentada justificativa da escolha desses fornecedores e que não tenham sido obtidos os orçamentos com mais de 6 (seis) meses de antecedência da data de divulgação do edital;*

## INFORMAÇÕES ADICIONAIS

### EQUIPAMENTO EM COMODATO:

ITEM	ESPECIFICAÇÃO TIPO DE EQUIPAMENTO EM COMODATO	QTD. DE EQUIPAMENTO	QTD. DE MESES POR ANO
01	Equipamento com <b>sistema totalmente automatizado</b> para Reações de <b>Quimioluminescência por micropartículas (CMIA) de última geração com fornecimento de reagentes para os parâmetros de HBSAG, Anti-HBC, Anti-HCV, Anti-HBS, HIV AG/AB e Anti-HTLV I/II conforme características mínimas exigidas pela Portaria de consolidação nº 005/2017 do Ministério da Saúde</b> , acompanhado de todos os insumos necessários ao seu funcionamento, incluindo tampão, soluções, controles (do kit e externo) e calibradores necessários para todos os testes, impressora para impressão de resultados, incluindo abastecimento de papel A4 e <i>tonner</i> , estação de água reagentes para uso do equipamento, com análise de água a cada 06 (seis) meses. A validade deverá ser igual ou superior a 06 meses a partir da data da entrega; deverão conter data de validade e o número do lote na embalagem e em cada frasco de reagente, individualmente e ser pronto para uso.	01	12
02	Equipamento com <b>sistema totalmente automatizado</b> para Reações de <b>Quimioluminescência por micropartículas de última geração com fornecimento de reagentes para os parâmetros de CHAGAS, SÍFILIS TP, CITOMEGALOVÍRUS IgG, CITOMEGALOVÍRUS IgM e FERRITINA</b> , conforme <b>características mínimas exigidas pela Portaria de consolidação nº 005/2017 do Ministério da Saúde</b> , acompanhado de todos os insumos necessários ao seu funcionamento, incluindo tampão, soluções, controles (do kit e externo) e calibradores necessários para todos os testes, impressora para impressão de resultados, incluindo abastecimento de papel A4 e <i>tonner</i> , estação de água reagentes para uso do equipamento, com análise de água a cada 6 (seis) meses. A validade deverá ser igual ou superior a 06 meses a partir da data da entrega; deverão conter data de validade e o número do lote na embalagem e em cada frasco de reagente, individualmente e ser pronto para uso.	01	12

### DO LOCAL E ENDEREÇO DE ENTREGA:

Os kits e equipamentos sob comodato, **devem ser entregues, no Hemoraima - Hemocentro de Roraima, Avenida Brigadeiro Eduardo Gomes, 3418 - Aeroporto, na Cidade de Boa Vista- Roraima, CEP: 69.310-005, em dia e horário de expediente (segunda a sexta - 8h00 às 12h00 e das 14h00 às 18h00, horário local)**, sem ônus de frete para o Estado.