



PREFEITURA MUNICIPAL DA BARRA DO QUARAÍ
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
SETOR DE COMPRAS E LICITAÇÕES

MODELO DE PROPOSTA

Proposta para fins de CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA REALIZAR EXAMES LABORATORIAIS Favor encaminhar a proposta até o dia **06/02/2025**, para o e-mail licitacao@barradoquarai.rs.gov.br, ou entregar no Setor de Compras e Licitações, situada na sede da Prefeitura de Barra do Quaraí. Se entregue após essa data a proposta será desconsiderada.

DADOS DO FORNECEDOR

Nome Empresarial: _____

CNPJ N°: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

E-mail: _____

DETALHAMENTO DO OBJETO

Aquisição referente ao **Processo Administrativo nº 154/2025**.

Item	Quant.	Unid.	Especificação	Valor Unit.	Valor Total
01	50	Unid.	Dosagem de ácido úrico		
02	50	Unid.	Dosagem de bilirrubina total e frações		
03	50	Unid.	Dosagem de cálcio		
04	300	Unid.	Dosagem de colesterol HDL		
05	300	Unid.	Dosagem de colesterol LDL		
06	300	Unid.	Dosagem de colesterol total		
07	100	Unid.	Dosagem de creatinina		
08	40	Unid.	Dosagem de desidrogenase láctica		
09	40	Unid.	Dosagem de ferritina		
10	40	Unid.	Dosagem de ferro sérico		
11	40	Unid.	Dosagem de fosfatase alcalina		
12	20	Unid.	Dosagem de gama-glutamyl-transferase (gama GT)		
13	400	Unid.	Dosagem de glicose		
14	150	Unid.	Dosagem de hemoglobina glicosilada		
15	50	Unid.	Dosagem de potássio		
16	50	Unid.	Dosagem de sódio		
17	150	Unid.	Dosagem de transaminase glutâmico-oxalacética (TGO)		



PREFEITURA MUNICIPAL DA BARRA DO QUARAÍ
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
SETOR DE COMPRAS E LICITAÇÕES

18	100	Unid.	Dosagem de ureia		
19	50	Unid.	Dosagem de vitamina B12		
20	50	Unid.	Dosagem de 25 hidroxivitamina D		
21	150	Unid.	Determinação de tempo de coagulação		
22	150	Unid.	Determinação de tempo de trombina KTTT		
23	50	Unid.	Determinação de tempo e atividade da protrombina (TAP)		
24	50	Unid.	Determinação de velocidade de hemossedimentação		
25	400	Unid.	Hemograma completo		
26	25	Unid.	Teste indireto de antiglobulina humana (TIA)		
27	50	Unid.	Determinação do fator reumatoide		
28	150	Unid.	Dosagem de antígeno específico prostático (PSA)		
29	50	Unid.	Dosagem de proteína creativa		
30	60	Unid.	Prova do látex p/ hamemophilus influenza e Streptococcus PNE		
31	60	Unid.	Pesquisa de anticorpos anti-hiv 2 (elisa)		
32	40	Unid.	Pesquisa de anticorpos contra o vírus da hepatite C (anti-HCV)		
33	100	Unid.	Pesquisa de anticorpos IGM antitoxoplasma		
34	100	Unid.	Pesquisa de anticorpos IGG antitoxoplasma		
35	100	Unid.	Dosagem de transaminase glutâmico-piruvica (TGP)		
36	20	Unid.	Pesquisa de ovos e cistos de parasitas		
37	20	Unid.	Pesquisa de sangue oculto nas fezes		
38	50	Unid.	Análise de caracteres físicos elementos e sedimentos da urina		
39	200	Unid.	Dosagem de gonadotrofina coriônica humana (HCG, BETA HCG)		
40	30	Unid.	Dosagem de hormônio folículo-estimulante (FSH)		
41	150	Unid.	Dosagem de hormônio tireoestimulante (TSH)		



PREFEITURA MUNICIPAL DA BARRA DO QUARAÍ
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
SETOR DE COMPRAS E LICITAÇÕES

42	20	Unid.	Dosagem de insulina		
43	150	Unid.	Dosagem de tiroxina livre (T4 livre)		
44	150	Unid.	Dosagem de triiodotironina (T3)		
45	20	Unid.	Exame parasitológico direto p/ leishmania chagas I (leishmaniose visceral humana)		
46	40	Unid.	Determinação de tempo de tromboplastina parcial ativada (TTP ativada)		
47	40	Unid.	Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da		
48	300	Unid.	Dosagem de triglicerídeos		
49	20	Unid.	Fenotipagem de sistema RH - HR		
50	20	Unid.	Dosagem de amilase		
51	40	Unid.	Teste de VDRL p/ detecção de sífilis		
52	20	Unid.	Dosagem de lipase		
53	300	Unid.	Equ + cultura		
54	30	Unid.	Dosagem de estradiol		
55	20	Unid.	Dosagem do antígeno CA 125		
TOTAL R\$					

– **DO PRAZO DE ENTREGA:** Os exames devem ser realizados em até 10 (dez) dias corridos, contados da data do recebimento da ordem do pedido e do material coletado, e a Secretaria Municipal de Saúde se responsabiliza pela coleta do material e o encaminhamento até a sede da empresa contratada.

– **DO LOCAL DE ENTREGA:** Os exames serão coletados em local e horário conforme cronograma da Secretaria Municipal de Saúde.

– **DAS FORMAS DE PAGAMENTO:** – Após o recebimento da nota a Prefeitura tem o prazo de até 10 (dez) dias úteis para efetuar o pagamento; após a entrega da Nota Fiscal e contra nota de empenho na Tesouraria.

– **DA VALIDADE DA PROPOSTA:** A presente proposta tem validade de, no mínimo, 60 dias.

_____, ____ de _____ de 2025.

Assinatura do representante legal
RG