

# Anexo I

## TERMO DE REFERENCIA

**OBJETO: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA REALIZAÇÃO DE CONTROLE DE QUALIDADE INTERNO E EXTERNO DOS EXAMES REALIZADOS NO SETOR DO LABORATÓRIO DO HOSPITAL REGIONAL DE NOVA ANDRADINA FUNSAU-NA, CONFORME RDC 302/2005.**

Itens	Discriminação dos produtos	Unid.	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	<p>CONTROLE DE QUALIDADE INTERNO E EXTERNO EXAMES REALIZADOS LABORATÓRIO-</p> <p>Bioquímica básica: Consiste na avaliação de amostras-controle de Ácido úrico, Albumina, Amilase, Bilirrubina direta, Bilirrubina total, Calcio Iônico, CK, Colesterol total, Creatinina, LDH, Fosfatase alcalina, Gama glutamil transferase (GGT), Glicose, HDL Colesterol, LDL Colesterol, Magnésio, Potássio, Proteínas totais, Sódio, Transaminase glutâmica oxalacética/Aspartato aminotransferase (TGO/AST), Transaminase glutâmica pirúvica/Alanina aminotransferase (TGP/ALT), Triglicerídeos e Ureia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hematologia (hemograma completo);</li> <li>- Imunologia Básica - B-HCG Qualitativo;</li> <li>- Imunologia Básica - Sífilis VDRL (não treponêmico);</li> <li>- Urinálise básica: Pesquisa de Elementos Anormais; Sedimento;</li> <li>-Coagulação: Tempo e atividade protrombínica (TAP); Tempo de tromboplastina parcial (PTT);</li> <li>-Gasometria: Consiste na avaliação de amostras-controle para dosagens de Cálcio iônico, Cloreto, CO2 Total, Glicose, HCO3-, Lactato, PCO2, pH, PO2, Potássio e Sódio;</li> <li>- Imuno-Hematologia: Consiste na avaliação de amostras-controle de Coombs direto e indireto, Fator Rh e Grupo sanguíneo;</li> <li>- Imunologia I - Provas Reumáticas: Consiste na avaliação de amostras-controle para Proteína C Reativa e Fator Reumatóide (LATEX);</li> <li>- Marcadores Cardíacos: Consiste na avaliação de amostras-controle para CK Total, CK-MB, Troponina Qualitativa (teste rápido);</li> <li>- Sangue Oculto: Amostra-controle representando o material biológico;</li> </ul> <p>FORNECIMENTO DOS CONTROLES INTERNOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bioquímica Liofilizado-Normal-5,0 mL (02 Frascos/mês);</li> <li>- Bioquímica Liofilizado-Elevado-5,0 mL (02 Frascos/mês);</li> <li>- Coagulograma-Liofilizado-Normal-1,0 mL (04 Frascos/mês);</li> <li>- Coagulograma-Liofilizado-Elevado-1,0 mL (04 Frascos/mês);</li> <li>-Gasometria Líquida-Nível 1-2,0 mL (01 Frascos/mês);</li> <li>- Gasometria Líquida-Nível 2-2,0 mL (01 Frascos/mês);</li> <li>- Gasometria Líquida-Nível 3-2,0 mL (01 Frascos/mês);</li> <li>- Hormônio Gonadotrófico Coriônico - HCG-Liofilizado-Reagente-0,5 mL (01 Frasco/mês);</li> <li>- Hormônio Gonadotrófico Coriônico - HCG-Liofilizado-Não Reagente-0,5 mL (01 Frasco/mês);</li> <li>- Imuno-hematologia (01 frasco sangue</li> </ul>	MES	12,00	1.156,19	13.874,28

# Anexo I

## TERMO DE REFERENCIA

Itens	- Imuno-nematologia (01 frasco coombs direto+01 frasco grupo sanguíneo e 02 frascos coombs indireto nível positivo e negativo) - Líquida-4,0 mL (04 Frascos/mês); - Marcadores Cardíacos Liofilizado-Nível 1-1,0 mL (04 Frascos/mês); - Marcadores Cardíacos Liofilizado-Nível 2-1,0 mL (04 Frascos/mês); - Proteína C Reativa - PCR-Liofilizado-Nível 1-0,5 mL (04 Frascos/mês); - Proteína C Reativa - PCR-Liofilizado-Nível 2-0,5 mL (04 Frascos/mês); - Sífilis - VDRL-Liofilizado-Reagente-0,5 mL (02 Frascos/mês); - Sífilis - VDRL-Liofilizado-Não Reagente-0,5 mL (02 Frascos/mês); - Urinálise - Tira Reagente-Líquida-Normal-10,0 mL (02 Frascos/mês); - Urinálise - Tira Reagente-Líquida-Elevado-10,0 mL (02 Frascos/mês). OBS: Os equipamentos que são realizados os exames nesta instituição são: AVL 9180 Electrolyte Analyzer marca Roche/ - Cobas C111 marca Roche/ - XN 550 Marca: Sysmex/ - Crono Quest marca Labtest/ e GEM 3500.		Unid.	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
-------	---	--	-------	--------	-------------	-------------

Total da Coleta: 13.874,28

**Valor Total estimado da aquisição: 13.874,28 (treze mil oitocentos e setenta e quatro reais e vinte e oito centavos).**

**Justificativa : CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA REALIZAÇÃO DE CONTROLE DE QUALIDADE INTERNO E EXTERNO DOS EXAMES REALIZADOS NO SETOR DO LABORATÓRIO DO HOSPITAL REGIONAL DE NOVA ANDRADINA FUNSAU-NA, CONFORME RDC 302/2005.**

**Prazo de entrega: IMEDIATO**

**Condições de Pagamento: A PRAZO**

**Local de entrega: HOSPITAL REGIONAL NOVA ANDRADINA**

**Unidade Fiscalizadora: HOSPITAL REGIONAL NOVA ANDRADINA**

**Nova Andradina(MS), 25 de Janeiro de 2023**