



**COLETA DE PREÇOS - ESTIMATIVA  
PROCESSO 014/2020**

A instituição **PROJETO SOCIAL CRESCE COMUNIDADE – PRIMA QUALITÁ SAÚDE**, sociedade civil sem fins lucrativos, com sede à Travessa do Ouvidor, nº 21, sala 503, Centro, Rio de Janeiro/RJ, Cep: 20040-040, inscrita no CNPJ sob nº **40.289.134/0001-99**, vem, por sua por sua Analista de Compras abaixo assinada, solicitar apresentação de proposta de preços para compor a ESTIMATIVA DE PREÇOS PARA FUTURA SELEÇÃO DE FORNECEDORES para contratação de empresa especializada na prestação de serviços de Exames de Imagem de Mamografia para atendimento de demanda na Clínica da Mulher, no município de Saquarema, conforme especificações no Termo de Referência anexo.

**Data para recebimento das Propostas: até 12/03/2020 às 17:00 horas.**

Ficamos à disposição para eventuais dúvidas e esclarecimentos no telefone (21) 3559-2976 e e-mail: [primaqualitasaudeos@gmail.com](mailto:primaqualitasaudeos@gmail.com).

Rio de Janeiro, 02 de março de 2020.

**Ivanete S. Motta  
Analista de Compras**



## **INSERIR LOGO OU PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA**

### **COLETA DE PREÇOS - ESTIMATIVA**

**PROCESSO 014/2020**

À Prima Qualitá Saúde

Estamos encaminhando a esta Instituição proposta de preço para prestação de serviços de Exames de Imagem de Mamografia para atendimento de demanda na Clínica da Mulher, no município de Saquarema, conforme especificações no Termo de Referência anexo.

| ITEM | PROCEDIMENTO       | UNIDADE | QTD ESTIMADA MENSAL (A) | QTD ESTIMADA ANUAL (B) = 12 x (A) | VALOR UNITÁRIO (R\$) | VALOR MENSAL (R\$) | VALOR TOTAL (R\$) |
|------|--------------------|---------|-------------------------|-----------------------------------|----------------------|--------------------|-------------------|
| 1.   | Mamografia Digital | Exame   | 600                     | 7200                              |                      |                    |                   |

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>VALOR GLOBAL</b> |  |
|---------------------|--|

Valor Total por Extenso: \_\_\_\_\_

Declaramos estar ciente e concordar integralmente com os termos e condições contidas no Termo de Referência.

**Validade da proposta:** 60 dias.

**Dados da Proponente**

Razão Social:

CNPJ:

Endereço:

Telefone/celular:

Endereço Eletrônico:

**XXXXXXXXXX, XX de XXXXXXXXXXXX de 2020.**

**Assinatura do Responsável**

[www.primaqualitasaude.com](http://www.primaqualitasaude.com)

Prima Qualitá Saúde - CNPJ: 40.289.134/0001-99  
Travessa do Ouvidor nº 21, Sala 503 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP 20040-040