



**COLETA DE PREÇOS - ESTIMATIVA
PROCESSO Nº 219/2021**

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 Analista de Compras abaixo assinada, solicitar apresentação de proposta de preços para compor a ESTIMATIVA DE PREÇOS PARA FUTURA SELEÇÃO DE FORNECEDORES para a contratação de empresa especializada na prestação de serviços de Exames de Imagem, visando o atendimento às necessidades do HOSPITAL MUNICIPAL DR. CELSO MARTINS, localizado à Rua Prefeito José da Silva, 185 - Centro, Cachoeiras de Macacu - RJ, 28680-000, conforme especificações no Termo de Referência anexo.

Data para recebimento das Propostas: até 26/11/2021 às 16:00 horas.

Ficamos à disposição para eventuais dúvidas e esclarecimentos no telefone (21) 96673-1334 e e-mail: primaqualitasaudeos@gmail.com.

Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2021.

Ivanete S. Motta
Analista de Compras



INSERIR LOGO OU PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA

COLETA DE PREÇOS - ESTIMATIVA

À Prima Qualidade Saúde.

PROCESSO Nº 219/2021.

Dados da Proponente

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

E-MAIL:

Apresentamos, cotação de preços para compor estimativa para os itens abaixo relacionados, conforme discriminado no respectivo Termo de Referência:

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QTD MÊS	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	ANGIO RESSONANCIA DE TORAX	EXAMES	2		R\$ -
2	COLANGIO RESSONANCIA	EXAMES	2		R\$ -
3	DOPPLER ARTERIAL MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	EXAMES	7		R\$ -
4	DOPPLER ARTERIAL MEMBRO INFERIOR DIREITO	EXAMES	7		R\$ -
5	DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL	EXAMES	2		R\$ -
6	DOPPLER VENOSO MEMBRO INFERIOR DIREITO	EXAMES	7		R\$ -
7	DOPPLER VENOSO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	EXAMES	7		R\$ -
8	RM BOLSA ESCROTAL	EXAMES	1		R\$ -
9	RM COLUNA CERVICAL	EXAMES	1		R\$ -
10	RM COLUNA DORSAL	EXAMES	1		R\$ -
11	RM COLUNA LOMBAR	EXAMES	1		R\$ -
12	RM COLUNA TORACICA	EXAMES	1		R\$ -
13	RM CRANIO (ENCEFALO)	EXAMES	1		R\$ -
14	RM PELVE	EXAMES	1		R\$ -
15	RM QUADRIL	EXAMES	1		R\$ -



16	RM QUADRIL DIREITO	EXAMES	1		R\$ -
17	RM QUADRIL ESQUERDO	EXAMES	1		R\$ -
18	RM TORAX	EXAMES	1		R\$ -
19	URO RESSONANCIA	EXAMES	1		R\$ -
20	USG ABDOME TOTAL	EXAMES	5		R\$ -
21	USG ABDOME TOTAL COM DOPPLER	EXAMES	1		R\$ -
22	USG APARELHO URINARIO	EXAMES	5		R\$ -
23	USG APARELHO URINARIO COM DOPPLER	EXAMES	1		R\$ -
24	USG BOLSA ESCROTAL	EXAMES	5		R\$ -
25	USG BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	EXAMES	1		R\$ -
26	USG OBSTETRICA	EXAMES	5		R\$ -
27	USG OBSTETRICA COM DOPPLER	EXAMES	1		R\$ -
28	USG PROSTATA ABDOMINAL	EXAMES	1		R\$ -
29	USG REGIAO INGUINAL	EXAMES	1		R\$ -
30	USG TESTICULOS	EXAMES	2		R\$ -
31	USG TESTICULOS COM DOPPLER	EXAMES	1		R\$ -
32	USG VIAS BILIARES	EXAMES	1		R\$ -
VALOR TOTAL MENSAL (R\$)					R\$ -
MESES					12
TOTAL GERAL (R\$)					R\$ -

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

Validade da proposta: 60 dias.

Rio de Janeiro xx de xxxxxxxx de 2021

ASSINATURA E CARIMBO DO PROPONENTE