



PRORROGAÇÃO DE PRAZO
COLETA DE PREÇOS - ESTIMATIVA
PROCESSO Nº 014/2023

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 27/03/2023 às 17:00 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 Fevereiro de 2023.

Ivanete S. Motta
Analista de Compras

INSERIR LOGO OU PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA

COLETA DE PREÇOS - ESTIMATIVA

À Prima Qualidade Saúde.

PROCESSO Nº 014/2023.

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	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	EXAME	10		R\$
2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	EXAME	10		R\$
3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	EXAME	10		R\$
4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	EXAME	10		R\$
5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO	EXAME	10		R\$
6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	EXAME	50		R\$
7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	EXAME	10		R\$
8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	EXAME	10		R\$
9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	EXAME	50		R\$
10	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX, PULMÃO OU DO MEDIASTINO	EXAME	10		R\$
11	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR S/ CONTRASTE	EXAME	15		R\$
12	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR C/ CONTRASTE	EXAME	5		R\$
13	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	EXAME	10		R\$
14	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR - S/ CONTRASTE	EXAME	15		R\$

15	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR - C/ CONTRASTE	EXAME	5		R\$
16	ECOCARDIOGRAMA	EXAME	30		R\$
17	ULTRASSONOGRAMA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (Cada Membro)	EXAME	50		R\$
18	USG EM GERAL	EXAME	90		R\$
19	ELETRONEUROMIOGRAFIA (Cada Membro).	EXAME	1		R\$
20	ANGIOTOMOGRAFIA EM GERAL	EXAME	1		R\$
21	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MEMBROS INFERIORES E SUPERIORES	EXAME	1		R\$
22	RNM MAGNÉTICA CRANIO	EXAME	1		R\$
23	RNM MAGNÉTICA MAMA	EXAME	1		R\$
24	ANGIO RNM	EXAME	1		R\$
25	COLANGIORESSONÂNCIA	EXAME	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 2023

ASSINATURA E CARIMBO DO PROPONENTE