



**PRORROGAÇÃO DE PRAZO**  
**COLETA DE PREÇOS - ESTIMATIVA**  
**PROCESSO 187/2023**

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 em fornecimento de **MEDICAMENTOS QUIMIOTERÁPICOS**, por meio do Sistema de Registro de Preços, para atender as necessidades do Hospital Municipal Nossa Senhora de Nazareth, unidade gerenciada pela OS Prima Qualitá Saúde por meio de seu Contrato de Gestão firmado com o município de Saquarema,, conforme especificações no Termo de Referência anexo.

**Data para recebimento das Propostas: até 09/01/2024 às 17:00 horas.**

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

Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2024.

**Ivanete S. Motta**  
**Analista de Compras**



## INSERIR LOGO OU PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA

### COLETA DE PREÇOS - ESTIMATIVA

À Prima Qualidade Saúde.

**PROCESSO Nº 187/2023.**

#### **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	QTDE	MARCA	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	ÁCIDO ZOLEDRÔNICO 4MG/5ML FR	FR	300			R\$ -
2	ANASTRAZOL 1MG COMP	COMP	4.200			R\$ -
3	BLEOMICINA 15U F/A	FR/AMP	120			R\$ -
4	CAPECITABINA 500MG COMP	COMP	4.200			R\$ -
5	CARBOPLATINA 150MG F/A	FR/AMP	120			R\$ -
6	CARBOPLATINA 450MG F/A	FR/AMP	180			R\$ -
7	CICLOFOSFAMIDA 1000MG F/A	FR/AMP	180			R\$ -
8	CICLOFOSFAMIDA 200MG F/A	FR/AMP	60			R\$ -
9	CISPLATINA 50MG/50ML F/A	FR/AMP	100			R\$ -
10	DIMETILSULFÓXIDO (DMSO) 10ML	FR	60			R\$ -
11	DOCETAXEL 80MG F/A	FR/AMP	180			R\$ -
12	DOXORRUBICINA 50MG F/A	FR/AMP	420			R\$ -
13	ETOPOSIDEO 100MG/5ML F/A	FR/AMP	180			R\$ -
14	FILGASTRIM 300MCG/ML F/A	FR/AMP	100			R\$ -
15	FLUORURACILA 1000MG/20ML F/A	FR/AMP	100			R\$ -
16	FOLINATO DE CÁLCIO 300MG/30ML F/A	FR/AMP	50			R\$ -
17	FOLINATO DE CÁLCIO 50MG F/A	FR/AMP	360			R\$ -
18	GENCITABINA 1000MG/50ML F/A	FR/AMP	85			R\$ -
19	GENCITABINA 200MG/10ML F/A	FR/AMP	100			R\$ -
20	IFOSFAMIDA 1000MG F/A	FR/AMP	85			R\$ -
21	IFOSFAMIDA 2000MG F/A	FR/AMP	25			R\$ -
22	IRINOTECANO 100MG/5ML F/A	FR/AMP	40			R\$ -
23	IRINOTECANO 40MG/2ML F/A	FR/AMP	60			R\$ -
24	LEUPRORRELINA 7,5MG/1,5ML F/A	FR/AMP	220			R\$ -



25	MESNA 400MG/4ML AMP	AMP	120			R\$	-	
26	METOTREXATO 50MG/2ML F/A	FR/AMP	180			R\$	-	
27	OXALIPLATINA 100MG F/A	FR/AMP	360			R\$	-	
28	OXALIPLATINA 50MG F/A	FR/AMP	240			R\$	-	
29	PACLITAXEL 100MG/16,7ML F/A	FR/AMP	180			R\$	-	
30	PACLITAXEL 300MG/50ML F/A	FR/AMP	100			R\$	-	
31	TAMOXIFENO 20MG COMP	COMP	360			R\$	-	
32	VINCRISTINA 1MG/ML F/A	FR/AMP	120			R\$	-	
<b>VALOR TOTAL</b>							<b>R\$</b>	<b>-</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.

Rio de Janeiro, XX de XXXXXXXXXXXX de 2023.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO DO PROPONENTE