



**COLETA DE PREÇOS - ESTIMATIVA  
PROCESSO 195/2024**

A instituição **PROJETO SOCIAL CRESCE COMUNIDADE - PRIMA QUALITÁ SAÚDE**, sociedade civil sem fins lucrativos, com sede à Rua Dr. Francisco de Souza, nº 728 - Centro - Rio Bonito - RJ - CEP: 28800-000, 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 para fornecimento de BOBINAS PARA MÁQUINAS DE FRACIONAMENTO, por meio do Sistema de Registro de Preços, visando atender as necessidades das unidades gerenciadas pela OS Prima Qualitá Saúde, por meio do Contrato de Gestão nº 033/2021 firmado com o município de Saquarema, por intermédio da Secretaria de Saúde, conforme especificações no Termo de Referência anexo.

**Data para recebimento das Propostas: até 03/12/2024 às 16:00 horas.**

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

Rio Bonito, 02 de Dezembro 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 195/2024.**

#### **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
01	BOBINA COM LADO BRANCO COMPRIMIDO (157MM DE LARGURA E 0,04 DE ESPESSURA)	UNID	24			
02	BOBINA COM TARJA VERMELHA COMPRIMIDO (157MM DE LARGURA E 0,04 DE ESPESSURA)	UNID	12			
03	BOBINA COM LADO BRANCO AMPOLA (240MM DE LARGURA E 0,04 DE ESPESSURA)	UNID	36			
04	BOBINA COM TARJA VERMELHA AMPOLA (240MM DE LARGURA E 0,04 DE ESPESSURA)	UNID	24			
05	RIBBON SD XTRA BK SDT (55MM X 1100MM)	UNID	60			
<b>VALOR TOTAL</b>						<b>R\$</b>

**Os itens de 01 a 05 deverão ser compatíveis com os equipamentos**

DESCRIÇÃO	MARCA	MODELO
FRACIONADORA DE MEDICAMENTOS	MEA MODUL	MU 4100
FRACIONADORA DE MEDICAMENTOS	MEA MODUL	MU 0300
FRACIONADORA DE MEDICAMENTOS	MEA MODUL	MU 2000

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.

XXXXXXXXXXXX, XX de XXXXXXXXXX de 2024.

---

ASSINATURA E CARIMBO DO PROPONENTE