



**PRORROGAÇÃO DE PRAZO
COLETA DE PREÇOS - ESTIMATIVA
PROCESSO Nº 042/2025**

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 especializada em fornecimento de **MATERIAIS DE OXIGENOTERAPIA**, por meio do Sistema de Registro de Preços, para atender as necessidades de todas as unidades gerenciadas pela OS Prima Qualitá Saúde por meio de seus Contratos de Gestão, conforme especificações no Termo de Referência anexo.

Data para recebimento das Propostas: até 27/03/2025 às 16:00 horas.

Ficamos à disposição para eventuais dúvidas e esclarecimentos no telefone (21) 96673-1334 e e-mail: departamento.compras@primaqualitasaude.org

Rio de Janeiro, 17 de Março de 2025.

**Ivanete S. Motta
Analista de Compras**



INSERIR LOGO OU PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA

COLETA DE PREÇOS - ESTIMATIVA

À Prima Qualidade Saúde.

PROCESSO Nº 042/2025.

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	AMBU REANIMADOR MANUAL SILICONE ADULTO COMPLETO	UNID	110			R\$ -
2	AMBU REANIMADOR MANUAL SILICONE NEONATAL COMPLETO	UNID	75			R\$ -
3	AMBU REANIMADOR MANUAL SILICONE PEDIÁTRICO COMPLETO	UNID	70			R\$ -
4	CAPACETE TIPO CAPUS P/ OXIGENAÇÃO (HOOD) GRANDE 25X18CM	UNID	46			R\$ -
5	CAPACETE TIPO CAPUS P/ OXIGENAÇÃO (HOOD) MÉDIO 20X21CM	UNID	41			R\$ -
6	CAPACETE TIPO CAPUS P/ OXIGENAÇÃO (HOOD) PEQUENO 15X17CM	UNID	41			R\$ -
7	COPO UMIDIFICADOR DE OXIGÊNIO 250ML	UNID	280			R\$ -
8	EXTENSÃO DE OXIGÊNIO COM 5 METROS DE COMPRIMENTO, 4MM DE DIÂMETRO INTERNO E SUAS EXTREMIDADES SÃO IGUAIS COM CONECTORES DE 7,8 MM DE DIÂMETRO INTERNO E 6MM DE DIÂMETRO EXTERNO , EXTENSÃO É UM TUBO FLEXÍVEL QUE TRANSPORTA O OXIGÊNIO DA FONTE (CONCENTRADOR OU CILINDRO DE O2) ATÉ A CÂNULA (CATETER) DO NARIZ DO PACIENTEMÁSCARA DE OXIGÊNIO DE ALTA CONCENTRAÇÃO COM RESERVATÓRIO, COM ELÁSTICO, BALÃO PARA OXIGÊNIO E EXTENSÃO PARA CONEXÃO EM OXIGÊNIO, É INDICADA EM PROCEDIMENTOS QUE ENVOLVAM PACIENTES EM VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA, SEMI-INTENSIVA, LEITOS E AMBULATORIOS	UNID	330			R\$ -

9	MÁSCARA DE OXIGÊNIO DE ALTA CONCENTRAÇÃO COM RESERVATÓRIO ADULTO, COM ELÁSTICO, BALÃO PARA OXIGÊNIO E EXTENSÃO PARA CONEXÃO EM OXIGÊNIO, É INDICADA EM PROCEDIMENTOS QUE ENVOLVAM PACIENTES EM VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA, SEMI-INTENSIVA, LEITOS E AMBULATÓRIOS.	UNID	230			R\$	-	
10	MÁSCARA DE OXIGÊNIO DE ALTA CONCENTRAÇÃO COM RESERVATÓRIO INFANTIL, COM ELÁSTICO, BALÃO PARA OXIGÊNIO E EXTENSÃO PARA CONEXÃO EM OXIGÊNIO, É INDICADA EM PROCEDIMENTOS QUE ENVOLVAM PACIENTES EM VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA, SEMI-INTENSIVA, LEITOS E AMBULATÓRIOS.	UNID	150			R\$	-	
11	MÁSCARA FACIAL PARA OXIGÊNIO TAMANHO ADULTO, PARA OXIGENOTERAPIA INDICADA PARA ADMINISTRAR OXIGÊNIO PARA PACIENTES, (INDICADO PARA CANALIZAR OS GASES PARA FINS DE ADMINISTRAÇÃO NO CORPO, É USADO PARA CONECTAR A UM DISPOSITIVO MÉDICO ATIVO)	UNID	120			R\$	-	
12	MÁSCARA NÃO VENTILADA PEDIÁTRICA TAM G - MÁSCARA TOTAL FACE DE COXIM ABERTO EM SILICONE TRANSPARENTE COM CÚPULA EM POLICARBONATO (PC), COM COTOVELO NÃO VENTILADO, IDEAL PARA USO EM VENTILADORES DE RAMO DUPLO	UNID	70			R\$	-	
13	MÁSCARA NÃO VENTILADA PEDIÁTRICA TAM M - MÁSCARA TOTAL FACE DE COXIM ABERTO EM SILICONE TRANSPARENTE COM CÚPULA EM POLICARBONATO (PC), COM COTOVELO NÃO VENTILADO, IDEAL PARA USO EM VENTILADORES DE RAMO DUPLO	UNID	70			R\$	-	
14	RESERVATÓRIO PARA REANIMADOR TIPO AMBU COM VÁLVULA EM PVC ADULTO/PEDIÁTRICO	UNID	200			R\$	-	
VALOR TOTAL							R\$	-

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.

XXXXXXXXXX, XX de XXXXXXXXXXXX de 2025.

ASSINATURA E CARIMBO DO PROPONENTE