



**PRIMA
QUALITÁ
SAÚDE**

**COLETA DE PREÇOS - ESTIMATIVA
PROCESSO Nº 129/2025**

A instituição **PROJETO SOCIAL CRESCE COMUNIDADE - PRIMA QUALITÁ SAÚDE**, sociedade civil sem fins lucrativos, com sede à Rua Dr. Francisco de Souza, 728 – Centro, Rio Bonito/RJ – CEP: 28.800-000, 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 na prestação de serviços de Terapia Renal Substitutiva – TRS (Hemodiálise), visando o atendimento às necessidades do Hospital Municipal Dr. Celso Martins, visando o atendimento ao Contrato de Gestão nº 006/2021, firmado com o município de Cachoeiras de Macacu/RJ, conforme especificações no Termo de Referência.

Data para recebimento das Propostas: até 21/07/2025 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 Bonito, 14 de julho de 2025.

**Ivanete S. Motta
Analista de Compras**

www.primaqualitasaude.org

Rua Dr. Francisco de Souza, nº 728, Centro
Rio Bonito, RJ – CEP 28800-000
Telefone: 21 20424250
CNPJ: 40.289.134/0001-99



INSERIR LOGO OU PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA

COLETA DE PREÇOS – ESTIMATIVA

À Prima Qualidade Saúde

PROCESSO Nº 129/2025

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	QTD MÊS	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
01	Hemodiálise intermitente (HDI) com duração de até 04 horas	40		
02	Hemodiálise prolongada (HDP) com duração de 05 até 12 horas	05		
03	Hemodiálise contínua (HDC) com duração de 24 horas	05		
04	Punção venosa com colocação de cateter (CDL)	05		
05	Sessão de diálise peritoneal	05		
06	Implante de cateter “Tenckhoff/Permcath”	01		
07	Plasmaferese (sem plasmafiltro)	03		
08	Visita e emissão de parecer por nefrologista (sem procedimento dialítico)	50		
			VALOR TOTAL MENSAL (R\$)	
			MESES	12
			TOTAL GERAL (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.

Local, xx de xxxxxxxx de 2025.

ASSINATURA E CARIMBO DO PROPONENTE