



**COLETA DE PREÇOS - ESTIMATIVA
PROCESSO 192/2025**

A instituição **PROJETO SOCIAL CRESCE COMUNIDADE – PRIMA QUALITÁ SAÚDE**, sociedade civil sem fins lucrativos, com sede à 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 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 para locação de SISTEMA CRIOGÊNICO totalizando um volume de 2.500m³/mês de oxigênio medicinal gasoso, SISTEMA DE GERAÇÃO DE AR MEDICINAL com capacidade nominal de até 36m³/h, ou seja, 599,76 1/min de ar medicinal totalizando 25.920 N/m³ por mês, SISTEMA DE VÁCUO CLÍNICO com capacidade de 48m³/h cada, atendendo as normas da ANVISA e regulamentação da ABNT, e 10 (dez) RECARGAS DE CILINDROS PPU, para atender a Unidade de Pronto Atendimento – UPA Nova Cidade, no município de São Gonçalo, conforme especificações no Termo de Referência anexo.

Data para recebimento das Propostas: até 13/10/2025 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, 03 de outubro de 2025.

**Nicole Cantini F. Lima
Assistente de Compras**



INSERIR LOGO OU PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA

COLETA DE PREÇOS - ESTIMATIVA

À Prima Qualitá Saúde.

PROCESSO N° 192/2025.

Dados da Proponente

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

ENDERECO:

TELEFONE:

E-MAIL:

Apresentamos, cotação de preços para compor estimativa para os itens abaixo relacionados, conforme discriminado no respectivo Termo de Referência:

ITEM	DESCRÍÇÃO	UNID	QTD ESTIMADA	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1.	LOCAÇÃO DE SISTEMA CRIOGÊNICO PARA ATENDIMENTO DAS DEMANDAS DE OXIGÊNIO MEDICINAL GASOSO	Serviço	1		R\$ -
2.	LOCAÇÃO DO SISTEMA DE GERAÇÃO DE AR MEDICINAL	Serviço	1		R\$ -
3.	LOCAÇÃO DO SISTEMA DE VÁCUO CLÍNICO	Serviço	1		R\$ -
4.	RECARGA DE CILINDROS PPU	Carga	10		R\$ -
TOTAL MENSAL (R\$)					R\$ -
MESES					12
TOTAL GERAL (R\$)					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 xxxxxxxxxxxxxxx de 2025.

Assinatura do Responsável

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