



**PRORROGAÇÃO DE PRAZO
COLETA DE PREÇOS - ESTIMATIVA
PROCESSO N° 161/2025**

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 Assistente 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**, por meio do Sistema de Registro de Preços, para atender as necessidades das unidades gerenciadas OS Prima Qualitá Saúde através do Contrato de Gestão nº 068/2024 firmado com a Prefeitura Municipal de Quissamã, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, conforme especificações no Termo de Referência anexo.

Data para recebimento das Propostas: até 24/10/2025 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 Bonito, 13 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 Nº 161/2025

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	CARBOXIMETICELULOSE SÓDICA 5MG/ML, 10ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA	FR	6.000		R\$	-
2	CINARIZINA 25MG COMP	COMP	1.800		R\$	-
3	DEXAMETASONA 0,1% COLÍRIO	FR	50		R\$	-
4	ESPIRAMICINA 500MG COMPRIMIDA	COMP	720		R\$	-
5	GLIMEPIRIDA 4MG COMP	COMP	1.800		R\$	-
6	INSULINA ASPARTE 100 UI/ML, 10ML SUSPENSÃO INJETÁVEL	FR-AMP	300		R\$	-
7	INSULINA GLARGINA 100 UI/ML	FR-AMP	900		R\$	-
8	LORAZEPAM 1MG COMP	COMP	3.600		R\$	-
9	NITRAZEPAM 5MG COMP	FR	9.600		R\$	-
10	TIABENDAZOL 500MG COMP	COMP	360		R\$	-
					VALOR TOTAL	R\$ -

Valor total por extenso: _____

Declaramos estar ciente e concordar integralmente com os termos e condições contidas no Termo de Referência.

Local, XX de XXXXXXXXXX de 2025.

ASSINATURA E CARIMBO DO PROPONENTE