

Assunto: **RE: ORÇAMENTO**

De: Promotor de Vendas - Paulo Roberto Ruzczak - Altermed  
<paulinho@altermed.com.br>

Para: Setor de Farmácia - Hospital Municipal São Vicente Ferrer  
<farmaciasvs@saovicentadosul.rs.gov.br>

Data: 28/05/2025 08:06



email



- São Vicente do Sul 79.263.pdf (~125 KB)

Prezados,

Segue anexo orçamento solicitado.

OBS.: FAVOR ATENTAR-SE AO VALOR MÍNIMO DE COMPRA = R\$700,00

\*Favor enviar AF (Autorização de Fornecimento) para o e-mail: [paulinho@altermed.com.br](mailto:paulinho@altermed.com.br)

Dúvidas fico à disposição!

Atenciosamente,

**PAULO ROBERTO DE OLIVEIRA RUSZCZAK (PAULINHO)**

PROMOTOR DE VENDAS

**ALTERMED MATERIAL MEDICO HOSPITALAR LTDA**

Estrada Boa Esperança, 2320 | Zip Code: 89.163-554 | Rio do Sul | SC | Brazil

Phone: +55 47 99988 6005

E-mail: [paulinho@altermed.com.br](mailto:paulinho@altermed.com.br)



"Antes de imprimir, pense no seu compromisso e responsabilidade com o Meio Ambiente"

"Esta mensagem, incluindo seus anexos, tem caráter confidencial e seu conteúdo é restrito ao(s) destinatário(s) da mensagem. Caso você tenha recebido esta mensagem por engano, queira, por favor, retorná-la ao destinatário e apagá-la de seus arquivos. Qualquer uso não autorizado, replicação ou disseminação desta mensagem ou parte dela é expressamente proibido. A Altermed Material Médico Hospitalar Ltda não é responsável pelo conteúdo ou a veracidade desta informação."

De: Comercial - Elizabete - Altermed <[altermed@altermed.com.br](mailto:altermed@altermed.com.br)>

Enviado: terça-feira, 27 de maio de 2025 16:49

Para: Promotor de Vendas - Paulo Roberto Ruzczak - Altermed <[paulinho@altermed.com.br](mailto:paulinho@altermed.com.br)>

Assunto: ENC: ORÇAMENTO

Atenciosamente,

**Elizabete Caetano**

Recepcionista

**ALTERMED MATERIAL MEDICO HOSPITALAR LTDA**

Estrada Boa Esperança, 2320 | CEP: 89.163-554 | Rio do Sul | SC | Brasil



"Antes de imprimir, pense no seu compromisso e responsabilidade com o Meio Ambiente"

"Esta mensagem, incluindo seus anexos, tem caráter confidencial e seu conteúdo é restrito ao(s) destinatário(s) da mensagem. Caso você tenha recebido esta mensagem por engano, queira, por favor, retorná-la ao destinatário e apagá-la de seus arquivos. Qualquer uso não autorizado, replicação ou disseminação desta mensagem ou parte dela é expressamente proibido. A Altermed Material Médico Hospitalar Ltda não é responsável pelo conteúdo ou a veracidade desta informação."

De: Setor de Farmácia - Hospital Municipal São Vicente Ferrer <farmaciasvs@saovicentadosul.rs.gov.br>

Enviado: terça-feira, 27 de maio de 2025 15:13

Assunto: ORÇAMENTO

Bom dia,  
Solicitamos orçamento para aquisição de medicamentos, tendo em vista não haver pregão para compra dos mesmos, por meio de dispensa de licitação para o Hospital São Vicente Ferrer de São Vicente do Sul/RS:

FAVOR, PREENCHER FORMULÁRIO DE ORÇAMENTO EM ANEXO.

Att.

Isadora

--

Setor de Farmácia do Hospital Municipal São Vicente Ferrer

Telefone: (55) 3257-2296



00.802.002/0001-02

Altermed Mat Med Hosp Ltda  
Estrada Boa Esperança, 2320  
Fundo Canoas Cep: 89163-554

RIO DO SUL - SC

Atendendo a sua solicitação, fornecemos a seguir nossa Proposta Comercial para sua apreciação.

## Proposta Comercial Nr. 79263

Dados do Cliente:

Município de São Vicente do Sul

Rua General João Antonio

SÃO VICENTE DO SUL

Att.Sr(a): A/C Isadora

- 02657

Fone: (55)3257-1313

CNPJ/CPF: 87.572.079/0001-03

- RS

Promotor do Setor: Paulinho

Fone: (47)9988-6005

Seq	Código	Descrição	Qtde por CX	Qtde	U.M.	R\$ Unitario	R\$ Total
1	15899	CIPROFLOXACINO INJETAVEL BOLSA SF 2MG/ML (200MG) 100ML USO IV	1	2	CX	660,00000	1.320,00
		CX.C/80BOLX100ML - FRESenius		160	UMG	8,25000	1.320,00
Valor Total da Proposta Comercial (R\$):							1.320,00

### Condições Gerais da Proposta:

- 1) O(s) produto(s) acima relacionado(s) pode(rão) sofrer variação em seu(s) saldo(s) de estoque;
- 2) Esta proposta NÃO GARANTE ENTREGA IMEDIATA, é necessário confirmar disponibilidade de estoque no fechamento da compra;
- 3) Conforme RDC Anvisa, NÃO FRACIONAMOS EMBALAGENS, em caso de confirmação atentar-se a quantidade mínima da embalagem;
- 4) O(s) produto(s) será(ão) entregue(s) de acordo com o descrito em nossa Proposta Comercial;
- 5) Condição de Pagamento: 30DD
- 6) Frete: Incluso (Valor mínimo para faturamento R\$ 900,00);
- 7) Prazo Entrega: A Confirmar (necessário confirmar disponibilidade de estoque);
- 8) Validade Proposta: 10 (DEZ DIAS) - Poderão ocorrer alterações de preços sem aviso prévio
- 9) Dados Bancários: CHAVE PIX, CNPJ: 00.802.002/0001-02 - CONTA CORRENTE: BANCO DO BRASIL (001) - AGENCIA: 0276-3 - CONTA: 30.778-5
- 10) Local e Data da Proposta: Rio do Sul (SC), 28/05/2025

Nos colocamos a disposição para qualquer esclarecimento adicional que se faça necessário

Proposta Gerada Por: Paulinho

FONE: +55 (47) 3520 9000

Estrada Boa Esperança, 2320 | Fundo Canoas

Cep: 89163-554 | RIO DO SUL | SC | Brasil

CNPJ: 00.802.002/0001-02

IE: 25.314.899-5

altermed@altermed.com.br

www.altermed.com.br

/Altermed

Página: 0001