



Estado do Rio Grande do Sul
Prefeitura Municipal de São Vicente do Sul
Secretaria Municipal de Saúde
Vigilância Sanitária



Solicitação Orçamento

Contratante Faturado: Hospital São Vicente Ferrer

CNPJ/CPF: 87.572.079/0001-03

Contato: Paola Sturza

Fone: 0800 090 1308 - Ramal: 305 / 309 ou celular (55) 9 9668.3388

E-mail: admhospital@saovicentadosul.rs.gov.br

Endereço: Rua - Antônio Gomes, 1116 - Centro - São Vicente do Sul – RS

Prezados,

Prezados,

Venho por meio deste solicitar orçamento para fornecimento de **cortinas tipo rolo (persianas rolo)**, conforme especificações abaixo:

ORÇAMENTO – CORTINAS TIPO ROLO

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
Medidas de 1,55 m (largura) x 1,85 m (altura) Tipo: Cortina/Persiana rolo; Cor: Bege; Material: Blackout lavável (bloqueio total da luz); Acionamento: Manual (corrente lateral ou sistema equivalente); Instalação: Inclusa no fornecimento	2 UN	R\$ 1422,00	R\$ 2844,00
Medidas de 1,90 m (largura) x 1,40 m (altura) Tipo: Cortina/Persiana rolo; Cor: Bege; Material: Blackout lavável (bloqueio total da luz); Acionamento: Manual (corrente lateral ou sistema	4 UN	R\$ 1319,00	R\$ 5276,00





Estado do Rio Grande do Sul
Prefeitura Municipal de São Vicente do Sul
Secretaria Municipal de Saúde
Vigilância Sanitária



equivalente); Instalação: Inclusa no fornecimento			
Medidas de 1,90 m (largura) x 1,80 m (altura) Tipo: Cortina/Persiana rolo; Cor: Bege; Material: Blackout lavável (bloqueio total da luz); Acionamento: Manual (corrente lateral ou sistema equivalente); Instalação: Inclusa no fornecimento.	3 UN	R\$ 1.696,00	R\$ 5088,00

Dados Cadastrais da Empresa e Condições Proposta:			
Nome: <u>Luís Egídio Nicola</u>			
CPF/CNPJ: <u>090241930001-95</u>			
Endereço: <u>Rua Brasil 807</u>		Cidade: <u>São Vicente do Sul</u>	
CEP: <u>97420-000</u>	Telefone: <u>55-996338679</u>	E-mail: _____	
Validade da Proposta: 30 dias			
Condições de pagamento: em até 30 (trinta dias) após entrega definitiva do objeto			
Prazo de entrega: _____			
Dados Bancários: Banco _____		Agência _____	C/C _____
Servidor Responsável pela Pesquisa: Paola Sturza			

Local, 26 de abril de 2026

la

Assinatura e carimbo
LUÍS EGÍDIO NICOLA
CNPJ 09 024 193/0001-95
Fone: 0800 000 1024
Rua Brasil, 807-SV3



0800 000 4377 – Ramal: Secretaria Municipal de Saúde 245 – Vigilância em Saúde 307
Rua: Antonio Gomes Nº 1116; CEP: 97420-000; www.saovicentedosul.rs.gov.br
e-mail: vigilancia@saovicentedosul.rs.gov.br

