



Assunto: **Cirúrgica Santiago - Orçamento**
De: <igor@cirurgicasantiago.com.br>
Para: <admhospital@saovicentadosul.rs.gov.br>
Data: 01/07/2026 15:58



- ORC1588 HSV.pdf (~223 KB)

Boa tarde.
Tudo bem?

Anexo cotação solicitada;

Gentileza confirmar o recebimento.

At.te

IGOR SOUZA

Administrador

☎ 55 3251-4722

📞 55 99632-3640

Rua. Sete de Setembro, 290
Santiago-RS



**CIRURGICA SANTIAGO**

RUA 7 DE SETEMBRO, 290

(55) 3251-4722

02.397.460/0001-20

112/0056451

**ORÇAMENTO N° 1588**

Data: 29/06/2026

Cliente

Nome: Hospital São Vicente Ferrer

CNPJ/CPF: 87572079000103

IE:

Contato: Paola Sturza

Endereço: Antônio Gomes, 1116

Cidade: São Vicente do Sul

UF: RS

Telefone: 55996683388

Vendedor: MIRELLI ERBICHI TRENTIM

Descrição

Sob encomenda. 30 dias.

Itens Orçados

Cód	Nome do Produto	Marca	Desconto	Unid	Qtd	V. Unit	Total
9646	TRAVESSEIRO HOSPITALAR CAPA DE NAPA		R\$0,00	PC	20	R\$89,90	R\$1798,00
052	COLCHAO HOSPITALAR 1,88 X 0,88 X 0,12 D-33 POLIPRO	POLIPRO	R\$0,00	PC	10	R\$630,00	R\$6300,00

Quantidade: 30**Produto: R\$ 8.098,00****Desconto: R\$ 0,00****Total: R\$ 8.098,00****Condições de Pagamento**

A vista.

Ass. Cliente

Ass. Funcionário



Assunto: **Orçamento 65719 -colchões e travesseiro**
De: Vendas Medclean/Lumine/Ng2 Medical <vendas3@ng2grupo.com.br>
Para: <admhospital@saovicentadosul.rs.gov.br>
Data: 29/06/2026 12:10
Prioridade: Mais alta

- 20260629_120759_1_65719_OrcamentoCliente.pdf (~40 KB)

Bom dia!

Prezado cliente,

Segue orçamento nº 65719 em anexo.

Fico à disposição para discutirmos os detalhes desta proposta ou para qualquer outro suporte que necessite.
Permanecemos à disposição,

Cordialmente,

Lucia Rufino

Departamento Comercial

Telefone 41 3040-0020 e WhatsApp 41-98456-5227 Business: +55 41 3082-5114 vendas3@ng2grupo.com.br

NG2 Medical . Medclean Produtos Hospitalares . Lumine Com. de Materiais Hospitalares - GRUPO NG2

www.medcleanprodutohospitalar.com.br

www.ng2grupo.com.br



Empresa: MEDCLEAN PRODUTOS HOSPITALARES LTDA ME
CNPJ: 04895143000160
End.: AV MARECHAL FLORIANO PEIXOTO, 7142
Bairro: BOQUEIRAO - Curitiba - PR
CEP: 81670000
Telefone: + 55 (41) 30825114

Orçamento: 65719



Grupo Neg.: NG2

Emissão: 29/06/26 - 12:0

Usuário:

Cliente: 27511-MUNICIPIO DE SAO VICENTE DO SUL

Endereço: RUA GENERAL JOAO ANTONIO, 1305

Bairro: CENTRO

Cidade: Sao Vicente do Sul

UF: RS

CEP: 97420000

Fone: 55 96683388

Rota: GERAL

Inscrição Est.: ISENT0

Fax:

Frete: CIF - Emitente

CNPJ/CPF: 87.572.079/0001-03

Agente de Neg.: LUCIA RUFINO

F. Pgto: A Vista | Faturado a combinar *mediante análise

Contato:

Portador: 100 CARTEIRA

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

Data Orcamento 29/
Prev. Entrega: 29/

Itens Gerais

Seq. Item	Nome	Qtde. UN	VI Unit.	SubTotal	%	VI Liq Unit	Impostos
1 12275	Colchão Hospitalar D28 188x88x10 Capa Impermeavel Azul Royal Com Zíper	10,000 UN	490,0000	4.900,00	0,000	490,00	0,00
2 0378	TRAVESSEIRO HOSPITALAR FLOCOS DE ESPUMA CAPA NAPA 60X40X10 OBS.: OPCIONAL COM OU SEM ZIPER	10,000 PC	98,0000	980,00	0,000	98,00	0,00
3 2043	TRAVESSEIRO HOSPITALAR ESPUMA D14 60X40X10CM CAPA IMPERM. NAPA AZUL COM ZÍPER OBS.: REF.: 300562 -T604010 OBS: COM ZIPER OU SEM ZIPER?	10,000 UN	98,0000	980,00	0,000	98,00	0,00

Totais	Quantidade	VI. Produtos	Desc. Item	Desc. Pedido	Impostos	Frete	Outras Desp.	Seguro
	30,000	6.860,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Peso Liq.: 110,000 (kg)

Peso Bruto: 115,000 (kg)

Qtde Embalagem: 10,00000

Nro. Ped. Cliente:

Instrução:

LUCIA RUFINO

APROVAÇÃO DESTE ORÇAMENTO

Nome: _____

Fone: + 55 (41) 30825114

Cel: 996128186

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Prev. Embarque: / /

Frete: CIF - Emitente

Transportadora: EXPRESSO LEOMAR LTDA

OBSERVAÇÃO:

COTAÇÃO: 3243984

PRAZO DE ENTREGA PARA SAO VICENTE DO SUL / RS :6 DIAS ÚTEIS

PRAZOS:

- DISPONIBILIDADE: 30 DIAS ÚTEIS PARA ENVIO

- PRAZO DE ENTREGA: PRAZO DE ENTREGA PARA SAO VICENTE DO SUL / RS 7 A 9 DIAS ÚTEIS

- VALIDADE DA PROPOSTA: 15 DIAS

- ITENS EM ESTOQUE, ESTÃO SUJEITOS À ALTERAÇÃO, SEM AVISO PRÉVIO.

PAGAMENTO:

- FATURAMENTO MÍNIMO: R\$ 500,00 (ABAIXO DESSE VALOR PAGAMENTO A VISTA). PARCELA MÍNIMA R\$ 350,00.

- FATURAMENTO E ACEITE DE EMPENHO SUJEITO À ANÁLISE DE CRÉDITO PELO FINANCEIRO.



Empresa: MEDCLEAN PRODUTOS HOSPITALARES LTDA ME
CNPJ: 04895143000160
End.: AV MARECHAL FLORIANO PEIXOTO, 7142
Bairro: BOQUEIRAO - Curitiba - PR
CEP: 81670000
Telefone: + 55 (41) 30825114

Orçamento: 65719

Emissão: 29/06/26 - 12:0

Usuário:

Grupo Neg .: NG2

TRANSPORTE:

- FRETE FOB - POR CONTA DO CLIENTE, PODENDO SER INCLUSO NA NFE (CIF - CONTRATAÇÃO EMITENTE)
 - INSTALAÇÃO POR CONTA DO CLIENTE.
 - OS PEDIDOS POSSUEM UM PRAZO DE 1 A 2 DIAS ÚTEIS PARA EMBARQUE (PARA OS PROCESSOS DE SEPARAÇÃO/FATURAMENTO/AGEND, DE COLETA/COLETA EFETIVADA)
 - É DE RESPONSABILIDADE DO CLIENTE EFETUAR A CONFERENCIA DOS DADOS DO PEDIDO, BEM COMO ENDEREÇO DE ENTREGA.
- ATENÇÃO: FRETE DE REENTREGA/REENVIO POR CONTA DO CLIENTE EM CASOS DE OMISSÃO DE ENDEREÇO CORRETO

ATENÇÃO CONTRIBUINTES, DIFERENCIAL DE ALÍQUOTA NÃO INCLUSO, POR CONTA DO CLIENTE.