

Assunto: **PEDIDO DE ORÇAMENTO**
De: Julio Cezar <vendas@santamariamedical.com.br>
Para: <admhospital@saovicentadosul.rs.gov.br>
Data: 02/07/2026 18:32

- img-260702182551-001.pdf (~550 KB)
- WhatsApp Image 2026-07-02 at 18.29.01.jpeg (~11 KB)
- WhatsApp Image 2026-07-02 at 18.31.17.jpeg (~116 KB)

Boa tarde Paola! Tudo bem?

Segue pedido de orçamento solicitado. Qualquer dúvida que tenha, estou à disposição.

Att.



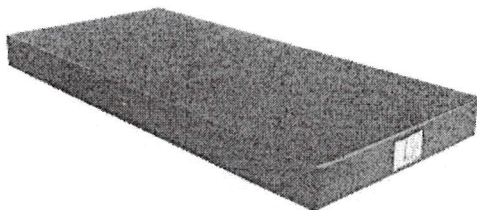
JULIO CEZAR FLORES
SÓCIO - GERENTE COMERCIAL

VENDAS@SANTAMARIAMEDICAL.COM.BR

(55) 9 9191-7519

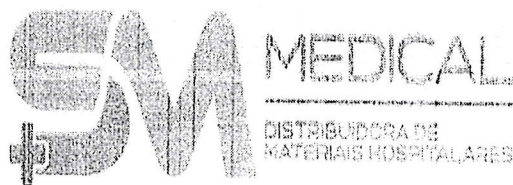
Não contém vírus. www.avast.com

WhatsApp Image 2026-07-02 at 18.29.01.jpeg
~11 KB



WhatsApp Image 2026-07-02 at 18.31.17.jpeg
~116 KB





SANTA MARIA MEDICAL - DISTRIBUIDORA
DE MATERIAIS HOSPITALARES LTDA.

E-MAIL: vendas@santamariamedical.com.br

CNPJ: 44.100.756/0001-88

WhatsApp 55 9 9135 2734

À

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO VICENTE DO SUL

A/C

PAOLA

PEDIDO DE ORÇAMENTO

ITEM	QTD	DESCRIÇÃO	MARCA	UNT.	TOTAL
01	10 UND	COLCHÃO HOSPITALAR 1,83 X X 0,88 X 12 D 35	ORTO	498,00	4.980,00
02	20 UND	TRAVESSEIRO HOSPITALAR 60 X 40	ORTO	30,00	600,00
TOTAL : 5.580,00					

VALIDADE: 10 DIAS

ENTREGA : 20 DIAS

PAGAMENTO : 10 DIAS

VALOR MÍNIMO PARA PEDIDO FRETE CIF R\$ 500,00

JULIO CEZAR SILVEIRA FLORES

SANTA MARIA 02 DE JULHO DE 2026.

