



Assunto: **Re: paola.almeida65@gmail.com**  
De: Paola Almeida <paola.almeida65@gmail.com>  
Para: Secretaria Municipal de Saúde - São Vicente do Sul  
<saude@saovicentadosul.rs.gov.br>  
Responder para <fonopaolaalmeida@gmail.com>  
Data 28/04/2025 13:59

- Pesquisa\_FonoPaola\_assinado (2).pdf (~152 KB)

**Atenciosamente,**

**Fga. Paola dos Santos de Almeida**

Em qui., 24 de abr. de 2025 às 10:35, Paola Almeida <paola.almeida65@gmail.com> escreveu:

**Atenciosamente,**

**Fga. Paola dos Santos de Almeida**

Em qui, 24 de abr de 2025 09:05, Secretaria Municipal de Saúde - São Vicente do Sul  
<saude@saovicentadosul.rs.gov.br> escreveu:-

Bom dia,

Venho por meio deste encaminhar pedido de orçamento para realizar 15 sessões de fono especializada em disfagia semanalmente no município de São Vicente do Sul pelo período de seis meses. Saliente no que orçamento deve ser colocado o preço por mês de atendimento e o total que dará em 6 meses.

Atenciosamente,

--

**GABRIELLA DA SILVA ZUQUETTO**

Secretária Municipal de Saúde

São Vicente do Sul - RS



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
MUNICÍPIO DE SÃO VICENTE DO SUL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PESQUISA DE PREÇO

Solicito o fornecimento de orçamento:

Item	Quant.	Unidade	Descrição do Produto	Valor Unitário	Valor Total
01	06	Meses	Contratação de serviço técnico profissional especializado em fonoaudióloga, na realização de atendimentos, consultas, sessões, a nível individual. Especializado em Disfasia pediátrica podendo ser realizados no Município (poli-clínica), domiciliar ou em outro espaço conforme interesse do município. Conforme cronograma definido pela Secretaria requisitante, a ser prestado por profissional habilitado e registrado junto ao conselho respectivo. Sendo 15 sessões por semana.	10.000,00	60.000,00
<b>DADOS CADASTRAIS DA EMPRESA E CONDIÇÕES PROPOSTA:</b>					
Nome: Paola dos Santos de Almeida					
CNPJ: 58.838.503/0001-10					
Endereço: Prefeito Ervandil Reghelin 535			Cidade: Jaguari		
CEP: 97760 000		Telefone: (55) 999002741		E-mail: paola.almeida65@gmail.com	
Validade da Proposta:					
Condições de pagamento: em até 30 (trinta dias) após entrega definitiva do produto					
Prazo de entrega:					
Dados Bancários: Bco Sicredi Ag: 0437 C/C 49062-8					

São Vicente do Sul 05 abril 2025



Documento assinado digitalmente  
PAOLA DOS SANTOS DE ALMEIDA  
Data: 28/04/2025 13:58:04-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Assinatura representante e Carimbo da Empresa

Pesquisa de preço realizada pela  
servidora: Gabriella Zuquetto  
data de: 05/04/2025