



MUNICÍPIO DE COQUEIRO BAIXO
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
"Município da Canção Italiana"

COTAÇÃO DE PREÇOS

PREFEITURA MUNICIPAL DE COQUEIRO BAIXO - RS

Contato (Secretaria): **Saúde**

Telefone: (51) 992801861

E-mail: tainavian@hotmail.com

Data de Envio: /2025

Prazo máximo para resposta: **03 (três) dias úteis**

Item	Objeto	Quant.	Custo Unitário (RS)	Custo Total (RS)
1	PILHA DE APARELHO AUDITIVO A13	65	23,00	1495,00
1.	PILHA DE APARELHO AUDITIVO A675	53	23,00	1219,00
2.	PILHA DE APARELHO AUDITIVO A312	29	23,00	667,00
3.	Oxímetro dedo	2	101,00	202,00
4.	MULETA PAR	2	111,00	222,00
5.	CADEIRA DE RODAS RODA MACISSA	1	677,00	677,00
6.	NEBULIZADOR	2	130,00	260,00
7.	ANDADOR	6	200,00	1200,00
8.	Termômetro axilar	2	22,00	44,00
9.	Termômetro testa	2	100,00	200,00
10.	CADEIRA DE BANHO	2	315,00	630,00
11.	Aparelho de verificar PRESSÃO manual	1	178,00	178,00
12.	Aparelho de verificar PRESSÃO digital elétrico BRAÇADEIRA 32X42	1	249,00	249,00
13.	Aparelho de verificar PRESSÃO digital elétrico 22X42	2	248,00	496,00
14.	Dopleer fetal	2	649,00	1289,00
15.	Pino de muletas 2 tamanhos METADE DE CADA	40	19,00	760,00
16.	Otoscópio	1	345,00	345,00
17.	Pas do desfibrilador DEA ADESIVO	1	1161,00	1.161,00
18.	Estadiômetro portátil de piso	1	645,00	645,00

TOTAL: 11.930,00



MUNICÍPIO DE COQUEIRO BAIXO
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
"Município da Canção Italiana"

- Despesas com frete/entrega, se houver, devem estar inclusas.
- No preço proposto já devem estar incluídos (contabilizados) os custos relativos aos produtos e a mão de obra empregada na execução do serviço e/ou fornecimento do produto.
- Gestor da demanda (esclarecimentos técnicos do serviço e/ou produtos): Secretaria de _____, Sr.(a) _____ telefone (51) _____

INFORMAÇÕES SOBRE A SUA EMPRESA

Razão Social: EVANDIO S. LAZZARI	CNPJ: 92 085 646/0001-37
Responsável/Vendedor: fernando breccia	Telefone: 51 9756 1271
Endereço do Estabelecimento Comercial: RUA ARMINHO MIOTO	Validade da proposta*:
E-mail: farmocierando@net4.com.br	
* O prazo de validade da proposta será considerado como sendo de 60 (sessenta) dias.	

(Local), Amato Giorda, (dia) 21, (mês), março, (ano) 2025.

fernando breccia

Assinatura do Responsável

Carimbo da empresa

92 085 646/0001-37

EVANDIO S. LAZZARI

farmocierando@net4.com.br



MUNICÍPIO DE COQUEIRO BAIXO
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
"Município da Canção Italiana"

COTAÇÃO DE PREÇOS

PREFEITURA MUNICIPAL DE COQUEIRO BAIXO - RS

Contato (Secretaria): Saúde

Telefone: (51) 992801861

E-mail: tainavian@hotmail.com

Data de Envio: /2025

Prazo máximo para resposta: 03 (três) dias úteis

Item	Objeto	Quant.	Custo Unitário (R\$)	Custo Total (R\$)
1	PILHA DE APARELHO AUDITIVO A13	65	22,00	1.430,00
1.	PILHA DE APARELHO AUDITIVO A675	53	22,00	1.166,00
2.	PILHA DE APARELHO AUDITIVO A312	29	22,00	638,00
3.	Oxímetro dedo	2	100,00	200,00
4.	MULETA PAR	2	110,00	220,00
5.	CADEIRA DE RODAS RODA MACISSA	1	675,00	675,00
6.	NEBULIZADOR	2	125,00	250,00
7.	ANDADOR	6	195,00	1.170,00
8.	Termômetro axilar	2	19,00	38,00
9.	Termômetro testa	2	95,00	190,00
10.	CADEIRA DE BANHO	2	310,00	620,00
11.	Aparelho de verificar PRESSÃO manual	1	175,00	175,00
12.	Aparelho de verificar PRESSÃO digital elétrico BRAÇADEIRA 32X42	1	245,00	245,00
13.	Aparelho de verificar PRESSÃO digital elétrico 22X42	2	245,00	490,00
14.	Dopleer fetal	2	630,00	1.260,00
15.	Pino de muletas 2 tamanhos METADE DE CADA.	40	18,75	750,00
16.	Otoscópio	1	340,00	340,00
17.	Pas do desfibrilador DEA ADESIVO	1	1.159,00	1.159,00
18.	Estadiometro portatil de piso	1	643,00	643,00

TOTAL: 11.659,00



MUNICÍPIO DE COQUEIRO BAIXO
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
"Município da Canção Italiana"

- Despesas com frete/entrega, se houver, devem estar inclusas.
- No preço proposto já devem estar incluídos (contabilizados) os custos relativos aos produtos e a mão de obra empregada na execução do serviço e/ou fornecimento do produto.
- Gestor da demanda (esclarecimentos técnicos do serviço e/ou produtos): Secretaria de _____, Sr.(a) _____ telefone (51) _____.

INFORMAÇÕES SOBRE A SUA EMPRESA

Razão Social: <i>DROGARIA E ORTOPEDIA EQUILIBRIO QUÍMICO</i>	CNPJ: <i>03.770.097/0001-00</i>
Responsável/Vendedor: <i>HENRIQUE ROSSI LHOVO</i>	Telefone: <i>51.3751.1692</i>
Endereço do Estabelecimento Comercial: <i>AV. JULIO DE CASTILHOS, 934, GALPA 304</i>	
E-mail: <i>HENRIQUELHOVO@HOTMAIL.COM</i>	Validade da proposta*:
* O prazo de validade da proposta será considerado como sendo de 60 (sessenta) dias.	

(Local), *ENCANTADO*, (dia) *11*, (mês), *MAIO*, (ano) *2025*.

03 770 097 / 0001 - 00
DROGARIA E ORTOPEDIA
EQUILIBRIO QUÍMICO LTDA

Carimbo da empresa

Rua Júlio de Castilhos, 934 - 1º e
Centro CEP 960-1
Encantado

Assinatura do Responsável



MUNICÍPIO DE COQUEIRO BAIXO
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
"Município da Canção Italiana"

COTAÇÃO DE PREÇOS

PREFEITURA MUNICIPAL DE COQUEIRO BAIXO - RS

Contato (Secretaria): Saúde

Telefone: (51) 992801861

E-mail: tainavian@hotmail.com

Data de Envio: /2025

Prazo máximo para resposta: 03 (três) dias úteis

Item	Objeto	Quant.	Custo Unitário (R\$)	Custo Total (R\$)
1	PILHA DE APARELHO AUDITIVO A13	65	25,00	1625,00
1.	PILHA DE APARELHO AUDITIVO A675	53	23,00	1219,00
2.	PILHA DE APARELHO AUDITIVO A312	29	23,00	667,00
3.	Oxímetro dedo	2	100,00	200,00
4.	MULETA PAR	2	150,00	300,00
5.	CADEIRA DE RODAS RODA MACISSA	1	100,00	100,00
6.	NEBULIZADOR	2	125,00	250,00
7.	ANDADOR	6	200,00	1200,00
8.	Termômetro axilar	2	20,00	40,00
9.	Termômetro testa	2	100,00	200,00
10.	CADEIRA DE BANHO	2	310,00	620,00
11.	Aparelho de verificar PRESSÃO manual	1	175,00	175,00
12.	Aparelho de verificar PRESSÃO digital elétrico BRAÇADEIRA 32X42	1	250,00	250,00
13.	Aparelho de verificar PRESSÃO digital elétrico 22X42	2	250,00	500,00
14.	Dopleer fetal	2	630,00	1260,00
15.	Pino de muletas 2 tamanhos METADE DE CADA.	40	20,00	800,00
16.	Otoscópio	1	340,00	340,00
17.	Pás do desfibrilador DEA ADESIVO	1	1200,00	1200,00
18.	Estadiometro portátil de piso	1	650,00	650,00

TOTAL: 12196,00.

- Despesas com frete/entrega, se houver, devem estar inclusas.
- No preço proposto já devem estar incluídos (contabilizados) os custos relativos aos produtos e a mão de obra empregada na execução do serviço e/ou fornecimento do produto.
- Gestor da demanda (esclarecimentos técnicos do serviço e/ou produtos): Secretariade _____, Sr.(a) _____ telefone (51) _____.

INFORMAÇÃO SOBRE SUA EMPRESA

Razão Social: AF DE ALMEIDA DROGARIA LTDA	CNPJ: 09.493.763/0001-96
Responsável/Vendedor: CARLOS A. AUGUSTO	Telefone: 992801861
Endereço do Estabelecimento Comercial: DA 170 JOAO SUEL IMIGRANTE	
E-mail: FARMACIA IMIGRANTE@YANCO.COM.BR	Validade da proposta*:
* O prazo de validade da proposta será considerado como sendo de 60 (sessenta) dias.	

(Local), IMIGRANTE, (dia) 14, (mês), MARÇO, (ano) 2025.

AF de Almeida Drogaria - LTDA

CNPJ: 09.493.763/0001-96

Assinatura do Responsável