



**CIRÚRGICA SANTA CRUZ COMÉRCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA.**  
Rua Cel Oscar Rafael Jost, 1955 - Santa Cruz do Sul/RS - CEP: 96815-010  
CNPJ: 94.516.671/0001-53 Inscrição Estadual: 108/0080187  
e-mail/site: licitacoes@cirurgicasantacruz.com.br / www.cirurgicasantacruz.com.br  
Fone: (51) 2107-9000 0800 727-6677

| ITEM                                                                               | CÓD   | DESCRIÇÃO                                        | QUANTIDADE                                                       | UNID. | VL.R. UNID.                     | VL.R.TOTAL |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------|------------|
| 7                                                                                  | 13584 | FIXADOR CITOLOGICO 100ML SPRAY                   | 5                                                                | FR    | 11,5000                         | 57,50      |
| Fabricante: KOLPLAST<br>Nome comercial: 10.4179<br>Nº Registro: 0010237610142      |       |                                                  | Grupo: LINHA DE CONSUMO<br>Tipo: Correlato<br>Dose unitária: N/A |       | Sub-Grupo: Diversos             |            |
| ITEM                                                                               | CÓD   | DESCRIÇÃO                                        | QUANTIDADE                                                       | UNID. | VL.R. UNID.                     | VL.R.TOTAL |
| 8                                                                                  | 12594 | SULFADIAZINA DE PRATA CREME 1% 400G GEN C/1 C/24 | 10                                                               | PT    | 44,7000                         | 447,00     |
| Fabricante: NATIVITA<br>Nome comercial: GENERICO<br>Nº Registro: 1476100230041     |       |                                                  | Grupo: MEDICAMENTOS<br>Tipo: Genérico<br>Dose unitária: N/A      |       | Sub-Grupo: Medicamento em geral |            |
| ITEM                                                                               | CÓD   | DESCRIÇÃO                                        | QUANTIDADE                                                       | UNID. | VL.R. UNID.                     | VL.R.TOTAL |
| 9                                                                                  | 11945 | TERMOMETRO DIGITAL CLINICO 12CM BRANCO C/1       | 10                                                               | UN    | 10,6000                         | 106,00     |
| Fabricante: G-TECH<br>Nome comercial: THGT1027B_S<br>Nº Registro: 0080275310040    |       |                                                  | Grupo: EQUIPAMENTOS<br>Tipo: Correlato<br>Dose unitária: N/A     |       | Sub-Grupo: Termômetros          |            |
| Valor total por extenso: Tres mil, oitocentos e oitenta e um reais e sete centavos |       |                                                  |                                                                  |       | Total:                          | 3.881,07   |

**Observações:**  
Banco do Brasil Ag: 4044-4 CC: 5313-9, Banrisul Ag: 0340 CC: 190361750-6  
Os preços informados são em moeda corrente nacional e incluem todas e quaisquer despesas, diretas ou indiretas, tais como fretes, seguros, impostos, taxas, emolumentos, encargos, etc.  
As condições de pagamento e de entrega atenderão as exigências do Edital.  
As quantidades dos produtos nos empenhos/ordens de compra deverão ser adequados a apresentação colocada na proposta para não haver fracionamento de embalagens como rege a RDC Nº 80 de 11 de maio 2006, capítulo VII e mesmo para evitar estorno ou aditivo de empenho.  
Analisamos e concordamos com todos os termos do edital e seus anexos.

BRUNA EDUARDA FURTADO

# SIDD Comercial Dist. De Medicamentos Ltda

Para: Pref.Munic.São Sebastião do Cai

Nossa proposta de venda

## Produtos

- \*10 caixas AGULHA - DESC. 40 X 12 - CAIXA C/ 100;
- \*20 BOLSA COLETORA DE URINA - SISTEMA FECHADO 2.000 ML;
- \*300 CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO NR 22 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA;
- \*500 EQUIPO MACROGOTAS SIMPLES;
- \*60 unidades de FITA MICROPOROSA - ROLO DE 5 CM X 10 M;
- \*5 pacotes de ESPATULA PARA CP (DE AYRES) - PCTE C/ 100 PCTE;
- \*05 frasco de FIXADOR CITOPATOLOGICO - FRASCO C/ 100 ML FRASCO;
- \*10 potes de SULFADIAZINA DE PRATA - CREME 1% - POTE C/ 400 GR.
- \*10 unidades de TERMOMETRO CLINICO DIGITAL.

Pedido minimo: 600,00

Contato : 51.3471.3380 Fabiane



| Qtyd | Unid | P.unit | P.total |
|------|------|--------|---------|
| 10   | cx   | 8.000  | 80.00   |
| 20   | unid | 4.220  | 84.40   |
| 300  | unid | 2.680  | 804.00  |
| 500  | unid | 0.860  | 430.00  |
| 60   | rl   | 5.200  | 312.00  |
| 5    | pct  | 6.120  | 30.60   |
| 5    | fr   | 9.980  | 49.90   |
| 10   | fr   | 62.800 | 628.00  |
| 10   | unid | 11.200 | 112.00  |

Entrega inmediata

Sidd Comercial 21/03/2024

Assunto: **Re: ORÇAMENTO**  
De: Thiago Cullmann - Voolmed <vendas2@voolmed.com.br>  
Para: <compras.saude@saosebastiaodocai.rs.gov.br>  
Data: 21/03/2024 10:24



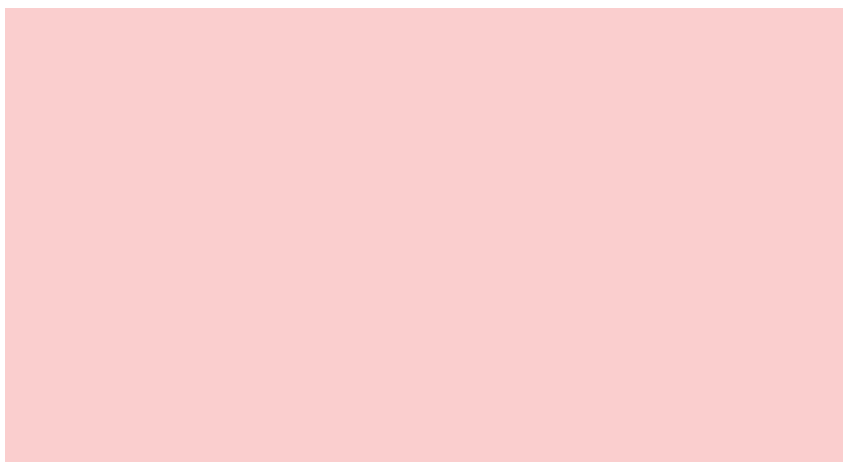
- sao sebastiao do cai.pdf (~90 KB)

Bom Dia!

Segue em anexo o orçamento solicitado. Os itens que não foram cotados, estou em falta.  
Dúvidas estou à disposição.

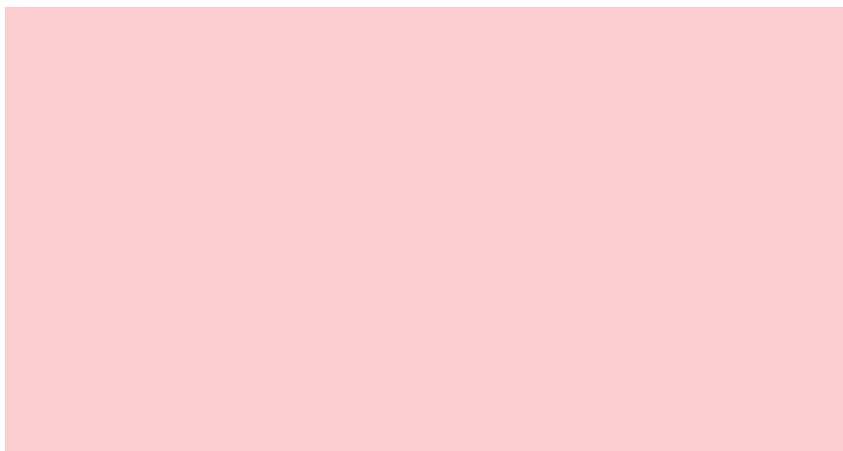
Att,

Em qui., 21 de mar. de 2024 às 10:04, Luciana - Comercial Voolmed <[vendas3@voolmed.com.br](mailto:vendas3@voolmed.com.br)> escreveu:



----- Forwarded message -----

De: **Elisangela - Analista de Licitações Voolmed** <[vendas6@voolmed.com.br](mailto:vendas6@voolmed.com.br)>  
Date: qui., 21 de mar. de 2024 às 09:36  
Subject: Fwd: ORÇAMENTO  
To: Vivi Gestora Comercial <[vendas3@voolmed.com.br](mailto:vendas3@voolmed.com.br)>



----- Forwarded message -----

De: **Compras - Secretaria de Saúde São Sebastião do Cai** <[compras.saude@saosebastiaodocai.rs.gov.br](mailto:compras.saude@saosebastiaodocai.rs.gov.br)>  
Date: qui., 21 de mar. de 2024 às 09:30  
Subject: ORÇAMENTO  
To: <[vendas1@voolmed.com.br](mailto:vendas1@voolmed.com.br)>, <[vendas6@voolmed.com.br](mailto:vendas6@voolmed.com.br)>, <[voolmedvendas1@gmail.com](mailto:voolmedvendas1@gmail.com)>, <[vendas12@voolmed.com.br](mailto:vendas12@voolmed.com.br)>, <[vendas10@voolmed.com.br](mailto:vendas10@voolmed.com.br)>

Olá!

Prezados(as), venho por meio deste solicitar o que segue(m) abaixo:

- \*10 caixas AGULHA - DESC. 40 X 12 - CAIXA C/ 100;**
- \*20 BOLSA COLETORA DE URINA - SISTEMA FECHADO 2.000 ML;**
- \*300 CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO NR 22 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA;**
- \*500 EQUIPO MACROGOTAS SIMPLES;**
- \*60 unidades de FITA MICROPOROSA - ROLO DE 5 CM X 10 M;**
- \*5 pacotes de ESPATULA PARA CP (DE AYRES) - PCTE C/ 100 PCTE;**
- \*05 frasco de FIXADOR CITOPATOLOGICO - FRASCO C/ 100 ML FRASCO;**
- \*10 potes de SULFADIAZINA DE PRATA - CREME 1% - POTE C/ 400 GR.**
- \*10 unidades de TERMOMETRO CLINICO DIGITAL.**

Aguardo,

Grato.

Para melhor atender o nosso processo de compras, estamos definindo em **05 dias ÚTEIS** para fechamento das propostas, sendo assim aguardamos a resposta o mais breve, caso não obtivermos o retorno, consideraremos uma NEGATIVA, para uma melhora em nossos processos de aquisição e transparência com nossos fornecedores.



**Abéliton Silveira**

Compras

compras.saude@saosebastiaodocai.rs.gov.br

(51) 3635-2500 RAMAL 4150

Rua Benjamin Constant, 182, Centro.

CEP: 95760-000 - São Sebastião do Caí - RS

--



NOELI VIEIRA DISTRIB.DE SOROS E EQU. MED. LTDA.

CNPJ: 01.733.345/0001-17  
IE: 0910192782

E-mail: noelivieira1403@gmail.com  
Telefone: 5433175800

RUA ALVARES CABRAL1000  
PASSO FUNDO RS  
CEP:99050070

## PROPOSTA COMERCIAL

PREGÃO THIAGO

ABERTURA: 21/03/2024

N. Licitação: 190196



**2927 - PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO SEBASTIAO DO CAI**  
RUA BENJAMIN COSTANT 182  
CEP: 95760000

CNPJ **88.370.879/0001-04**

| ITEM | CÓD PRODUTO | DESCRIÇÃO                                         | EMBALAGEM | N.COMERCIAL | FABRICANTE | REGISTRO M.S. | UND | QUANT. | R\$UNITÁRIO | R\$TOTAL |
|------|-------------|---------------------------------------------------|-----------|-------------|------------|---------------|-----|--------|-------------|----------|
| 1    | 168         | AGULHA DESC Nº 40X12 CX/100 0353601               | 100UN     |             | DESCARPACK | 1033066906300 | CX  | 10,00  | 9,50        | 95,00    |
| 2    | 3057        | BOLSA COLETORA DE URINA SISTEMA FECHADO C/ FILTRO |           |             | WILTEX     | 10150470480   | UNI | 20,00  | 6,58        | 131,60   |
| 3    | 3146        | EQUIPO MACROGOTAS COMPLETO PCT/25                 |           |             | INJEX      | 10160619016   | PCT | 20,00  | 24,48       | 489,60   |
| 4    | 2375        | FITA MICROPORE BRANCO 5CMX10M                     | CX/24     |             | CIEX       | 10332829016   | UNI | 60,00  | 5,63        | 337,80   |
| 5    | 1083        | ESPATULA DE AYRE MADEIRA PCT/100                  |           |             | ESTILO     |               | PCT | 5,00   | 14,09       | 70,45    |
| 6    | 391         | FIXADOR CITOPATOLOGICO 100ML SPRAY FC100          | 24UN      |             | CRAL PLAST |               | UNI | 5,00   | 13,64       | 68,20    |

**VALOR TOTAL** R\$ **1.192,65** Um Mil e Cento e Noventa e Dois Reais e Sessenta e Cinco Centavos

Prazo de Entrega Validade da Proposta Pagamento  
Conforme Edital Conforme Edital Conforme Edital

- Declaramos que todos os direitos e obrigações estão de acordo com o edital.
  - Declaramos que os custos relacionados nas Memórias de Cálculo da presente proposta correspondem as nossas necessidades.
  - Declaramos que a presente proposta inclui todos os custos e despesas necessárias ao cumprimento integral das obrigações decorrentes da contratação, tais como, custos diretos e indiretos, tributos incidentes, taxa de administração, transporte, materiais equipamentos, encargos sociais, trabalhistas, seguros, lucro da empresa e quaisquer outros encargos necessários ao cumprimento integral do objeto deste edital e seus anexos.
- O objeto ofertado atende a todas as especificações descritas no edital.

Dados Bancários:  
Banco Banrisul - Cidade: Passo Fundo - RS  
Agência: 1072 - Conta Corrente: 06.010.89.20-9

PASSO FUNDO /RS, quinta-feira, 21 de março de 2024

Responsável pelo Contrato: Noeli Vieira - Proprietária  
RG: 1027495199 CPF: 34718028000



**PAMed Distribuidora Médica e  
Treinamentos Ltda**

Av. 28 de Fevereiro 391 – Sala 2 – Sapiranga – RS  
CNPJ 46.062.651/0001-07

**Prefeitura Municipal de São Sebastião do Caí**  
**C.N.P.J:**

**Fone:**

**e-Mail:**

**Orçamento**

| ITEM | DESCRIÇÃO                                                         | QUANTIDADE | VALOR<br>UNITARIO<br>R\$ | VALOR<br>TOTAL<br>R\$ |
|------|-------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------|-----------------------|
| 1    | Agulha – Desc. 40 x 12 – caixa com 100un                          | 10         | 9,75                     | 97,50                 |
| 2    | Bolsa coletora de urina – sistema fechado 2000ml                  | 20         | 7,15                     | 143,00                |
| 3    | Cateter intravenoso periferico nr 22 com dispositivo de segurança | 300        | 4,90                     | 1470,00               |
| 4    | Equipo macrogotas simples                                         | 500        | 1,50                     | 750,00                |
| 5    | Fita microporosa – rolo de 5cm x 10m                              | 60         | 13,25                    | 795,00                |
| 6    | Espatula para CP (de ayres) – pacote com 100un                    | 5          | 11,39                    | 56,95                 |
| 7    | Fixador citopatológico – frasco c/ 100ml                          | 5          | 12,49                    | 62,45                 |
| 8    | Termometro clinico digital                                        | 10         | 13,25                    | 132,50                |

**Total R\$ 3507,40**

|  |                                                                                                                                                               |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Validade da Proposta: <b>30 DIAS</b>                                                                                                                          |
|  | Prazo de Entrega: <b>30 dias</b>                                                                                                                              |
|  | Condições de Pagamento: <b>Empenhado pelo Município</b><br><b>Dados para pagamento: Banco PagSeguro Agência 0001 Conta 35612029-5 PIX CNPJ 46062651000107</b> |

Sapiranga, 21 de março de 2024.

*Patricia Zorzanello*

**Patrícia Zorzanello**



# HILARIO DOS SANTOS LASTA ME

Estância Velha, 22 de março de 2024

A Prefeitura Municipal de São Sebastião do Caí

## ORÇAMENTO

| Item | Quant. | Unid.  | Descrição dos itens                                               | Valor Unitário<br>R\$ | Valor Total<br>R\$ |
|------|--------|--------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------|
| 01   | 10     | Caixa  | Agulha – Desc. 40 x 12 – caixa com 100un                          | 9,99                  | 99,90              |
| 02   | 20     | Unid.  | Bolsa coletora de urina – sistema fechado 2000ml                  | 7,29                  | 145,80             |
| 03   | 300    | Unid.  | Cateter intravenoso periferico nr 22 com dispositivo de segurança | 5,90                  | 1770,00            |
| 04   | 500    | Unid.  | Equipo macrogotas simples                                         | 1,79                  | 895,00             |
| 05   | 60     | Unid.  | Fita microporosa – rolo de 5cm x 10m                              | 13,59                 | 815,40             |
| 06   | 5      | Pacote | Espatula para CP (de ayres) – pacote com 100un                    | 11,79                 | 58,95              |
| 07   | 5      | Frasco | Fixador citopatológico – frasco c/ 100ml                          | 12,99                 | 64,95              |
| 08   | 10     | Unid.  | Termometro clinico digital                                        | 13,75                 | 137,50             |
| 09   |        |        |                                                                   |                       |                    |
|      |        |        |                                                                   | <b>TOTAL:</b>         | <b>3987,50</b>     |

Validade Proposta: 30 dias

Pagamento: Empenho

*Hilario Lasta*  
HilarioLasta

**HILARIO DOS SANTOS LASTA ME**

CNPJ:93.127.769/0001-56

END: RUA JOAO LOURENCO 822 ESTÂNCIA VELHA-RS

TEL: (51) 99984-4034

Email. lastahilario@gmail.com

A PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO DO CAÍ

ORÇAMENTO

| Item                           | Quant. | Unid. | Descrição/Especificação                                                       | Valor Unit. (R\$) | Valor Total (R\$) |
|--------------------------------|--------|-------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|
| 1                              | 10     | UN    | AGULHA - DESC. 40 X 12<br>- CAIXA C/ 100                                      | 10,09             | 100,90            |
| 2                              | 20     | UN    | BOLSA COLETORA DE<br>URINA - SISTEMA<br>FECHADO 2.000 ML                      | 7,59              | 151,80            |
| 3                              | 300    | UN    | CATETER<br>INTRAVENOSO<br>PERIFERICO NR 22<br>COM DISPOSITIVO DE<br>SEGURANÇA | 6,90              | 2070,00           |
| 4                              | 500    | UN    | EQUIPO MACROGOTAS<br>SIMPLES                                                  | 1,99              | 995,00            |
| 5                              | 60     | UN    | FITA MICROPOROSA -<br>ROLO DE 5 CM X 10 M                                     | 13,99             | 839,40            |
| 6                              | 5      | PAC   | ESPATULA PARA CP<br>(DE AYRES) - PCTE C/<br>100 PCTE                          | 12,09             | 60,45             |
| 7                              | 5      | FRAS  | FIXADOR<br>CITOPATOLOGICO -<br>FRASCO C/ 100 ML<br>FRASCO                     | 13,29             | 66,45             |
| 8                              | 10     | UN    | TERMOMETRO CLINICO<br>DIGITAL                                                 | 13,99             | 139,90            |
| Valor total geral R\$: 4423,90 |        |       |                                                                               |                   |                   |

- 1 PRAZO ENTREGA: 10 DIAS  
2 PAGAMENTO: EMPENHO 7 DIAS  
3 FRETE: FOB  
4 Valido por 15 Dias

Novo Hamburgo, 21/03/2024.

Rógerio Rorato  
(RG 8652352601)