



Representante exclusivo no RS

Novo Hamburgo 23 de janeiro de 2026.

Instituição: Prefeitura Municipal de São Sebastião do Caí

Responsável:

Email:

Cidade: São Sebastião do Caí

Telefone:

Prezado(a) Sr.(a)

É com satisfação que recebemos sua solicitação de orçamento. Segue abaixo descrição do mesmo.

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	Compressa Gaze 10X10 esteril	4500	1,69	7.605,00
2	Sonda uretral N°12	1200	1,09	1.308,00

Valor total R\$: 8.913,00

1. Pagamento: A combinar

*Depósito [Banco Banrisul](#) Agência 0290 CC 0624847409

2. Orçamento valido por 30 dias

3. Imposto: Já inclusos no valor do produto.

4. Prazo entrega: 5 dias

SAT MÉDICA COMÉRCIO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES e TREINAMENTOS LTDA ME

CNPJ: 24.934.384/0001-88

Rua Sete de setembro 523 Sala 2 Centro Sapiranga /RS

Telefone: (51) 99509-9002

Telefone exclusivo Cmos Drake: 51 980288834

Email: contato@satmedica.com.br

www.satmedica.com.br



5. FRETE CIF

Anderson Juarez Duarte

SAT MÉDICA COMÉRCIO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES e TREINAMENTOS LTDA ME
CNPJ: 24.934.384/0001-88
Rua Sete de setembro 523 Sala 2 Centro Sapiranga /RS
Telefone: (51) 99509-9002
Telefone exclusivo Cmos Drake: 51 980288834
Email: contato@satmedica.com.br
www.satmedica.com.br



HILARIO DOS SANTOS LASTA ME

Estância Velha, 22 de janeiro de 2026.

A Prefeitura Municipal de São Sebastião do Cai
A Secretaria Municipal de Saúde

ORÇAMENTO

--

Item	Quant.	Unid.	Descrição dos itens	Valor Unitário R\$	Valor Total R\$
1	4500	Unidade	Compressa gaze estéril 13 fios 10X10cm	1,73	7.785,00
2	1200	Unidade	Sonda uretral estéril N°12	1,21	1.452,00
				TOTAL:	9.237,00

Validade Proposta: 30 dias

Pagamento: Empenho

Hilario Lasta
Hilario Lasta

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



PAMed Ltda

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

A Prefeitura Municipal de São Sebastião do Caí
CPF/C. N. P. J:

Fone:

e-Mail:

Orçamento

ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS/MATERIAIS	UNID.	QDE.	VALOR UNIT. R\$.	TOTAL R\$
	Compressa Gaze 10X10 esteril 13 fios	Unidade	4500	1,74	7.830,00
	Sonda uretral N°12	Unidade	1200	1,35	1.620,00
					9.450,00

PAMED Distribuidora Médica Ltda CNPJ 46.062.651/0001-07 Tel 51 3559-5590 Email: pamedortopedia@gmail.com	Validade da Proposta: 30 DIAS Prazo de Entrega: 25 dias Condições de Pagamento: Empenhado pelo Município Dados para pagamento: Banco PagSeguro Agência 0001 Conta 35612029-5 PIX CNPJ 46062651000107
--	---

Sapiranga, 23 de janeiro de 2026.

Patricia Zorzanello

Patrícia Zorzanello