TELEMEDSUL COM. DE EQUIP. HOSPITALARES LTDA

Endereço: AV SAO PEDRO 844 SALA 402 Bairro: SAO GERALDO
Cidade: PORTO ALEGRE UF: RS CEP: 90230123
Fone: 51-33376793 Fax:
CNPJ: 11.196.906/0001-40 Insc. Est.: 0963841882
E-mail:
Home Page:

ORÇAMENTO

Número: 000017054

Cliente: PREFEITURA MUNICIPAL DE CACAPAVA DO SUL **Código:** 00981 **Fone:** 5532811351 / 5532811159
Endereço: RUA QUINZE DE NOVEMBRO, 438 **Cidade:** CACAPAVA DO SUL **UF:** RS
Contato **Nº Contrato** 00000 **CNPJ:** 88.142.302/0001-45 **Insc. Est.:** ISENTO

Data Chamado: 01/10/25 **Hora:** 09:27

Local Atend.: RUA QUINZE DE NOVEMBRO, 438 **Cidade:** CACAPAVA DO SUL **UF:** RS
Equipamento: VENTILADOR **Nº de Série:** 4544 **Nº NF:**
Defeito: **Condição de Pagamento:** 30 Dias
Tipo Garantia: **Atendimento:** Interno

O orçamento para este equipamento é válido até:

Previsão para liberação após aprovação: 10 dias

Descrição

Defeito Constatado: DEF. VAZAMENTO E BAIXA SATURAÇÃO

Causa:

Solução: LIMPEZA DOS CONECTORES INTERNOS PARA ELIMINAÇÃO DO VAZAMENTO, TESTES FUNCIONAIS.

Observações:

Produtos Utilizados (Peças)

Código Produto	Descrição Produto	Qtde.	Valor Unit.	Valor Total
001087	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO E MANUTENÇÃO	2	364,00	728,00

Totais	Peças	Serviços	Desp. Viagem	TOTAL
Valor em: R$		728,00	0,00	**728,00**

VEIO COM O MOTORISTA

COM
01 FONTE
01 CHICOTE O2
01 CIRCUITO PACIENTE

PAGAMENTO: 30 DIAS
PRAZO DE ENTREGA: 10 DIAS UTEIS
ORÇAMENTO REALIZADO NO DIA 01/10/2025
VALIDADE: 30 DIAS
GARANTIA DO SERVIÇO EXECUTADO DE 90 DIAS APÓS FATURAMENTO.

Assinado por 2 pessoas: LUCAS OLIVEIRA DA ROSA e RODRIGO PEREIRA RODRIGUES
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://cacapavadosul.1doc.com.br/verificacao/04C5-D5F4-715D-41C6 e informe o código 04C5-D5F4-715D-41C6