



ACÚSTICA ORLANDI
Indústria, Comércio e Serviços Audiológicos Ltda.

Rua Vilma Bérnago Abo Arrage, 2-29 – CEP 17.012-640 - Bauru - SP
Tel.: (14) 3104-1503

www.acusticaorlandi.com.br – E-mail: atendimento@acusticaorlandi.com.br

CNPJ: 02.956.189/0001-16 – Inscrição Estadual: 209.209.075.116

Bauru, 04 de novembro de 2020.

À
Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer
Belo Jardim - PE

A/C: Sr. José Anderson - Fone: (81) 99207-8235 / 99521-8451

e-mail: upaehcp@tecsaude.com.br

Ref.: Orçamento

Agradecemos a preferência pela nossa empresa e aproveitamos a oportunidade para enviarmos abaixo orçamento dos seguintes equipamentos:

Imitanciômetro de Marca Interacoustics, modelo AT-235, número de série 0914116, número de patrimônio 001086:

- Necessário substituir a sonda extensora devido não estar funcionando – **Valor: R\$8.200,00.**

- Necessário efetuar a calibração, limpeza e ajuste geral do mesmo, conforme tabela abaixo – **Valor: R\$245,00 (valor já aprovado, conforme ordem de compra n°1079).**

FAIXA	MELHOR CAPACIDADE DE MEDIÇÃO (INCERTEZA)	PROCEDIMENTO / NORMA
250 a 8000 Hz	0,1 % Hz (Frequência)	ISO 389 e IEC 60645
250 a 8000 Hz	0,7 dB (Via Aérea Contralateral)	
500 a 4000 Hz	0,7 dB (Via Aérea Ipsilateral)	
WB, LP e HP	0,7 dB (Mascaramento Contralateral)	
WB, LP e HP	0,7 dB (Mascaramento Ipsilateral)	
226, 678, 880 e 1000 Hz	0,7 dB (Intensidade Sonora Sonda)	
226, 678, 880 e 1000 Hz	0,1 % Hz (Frequência Sonda)	
-300 a 300 daPa	0,62 daPa (Pressão)	
A calibração nas faixas descritas depende da disponibilidade no equipamento.		

Obs.: - Durante a calibração do equipamento é efetuada uma verificação geral do funcionamento, portanto, poderão ocorrer alterações no valor do orçamento, caso isso ocorra enviaremos um orçamento a parte.

- Limpeza geral externa. Não nos responsabilizamos pela limpeza de marcas de tintas em geral, desgaste natural do painel ou manchas de produtos químicos.

Serão fornecidas as seguintes documentações:

- Fornecimento de Certificado de Calibração do(s) equipamento(s);
- Fornecimento do Certificado de Calibração dos nossos Padrões pelo INMETRO ou Acreditado por ele, sendo assim classificada como Calibração Rastreada.

Valor total da peça a ser substituída: R\$8.200,00 (peça importada);

Prazo de Pagamento: Duas parcelas sendo Entrada – através de depósito bancário antecipado (Banco do Brasil; Agência: 37-X; C/C: 122193-0 – Acústica Orlandi – CNPJ: 02.956.189/0001-16) e 30 dias através de boleto bancário;

Prazo de validade dessa proposta: 30 dias;

Prazo de garantia somente do serviço de calibração: 90 dias, não incluso: Troca de peças ou frete, caso houver;

Prazo de entrega: 08 dias úteis (sujeito alteração, devido peça ser importada);

FRETE POR CONTA DO CLIENTE.



ACÚSTICA ORLANDI

Indústria, Comércio e Serviços Audiológicos Ltda.

Rua Vilma Bérغامo Abo Arrage, 2-29 – CEP 17.012-640 - Bauru - SP

Tel.: (14) 3104-1503

www.acusticaorlandi.com.br – E-mail: atendimento@acusticaorlandi.com.br

CNPJ: 02.956.189/0001-16 – Inscrição Estadual: 209.209.075.116

OBS: O FRETE DE REMESSA E RETORNO É POR CONTA DO CLIENTE. O TRANSPORTE NÃO É DE RESPONSABILIDADE DA ACÚSTICA ORLANDI. PORTANTO, QUALQUER DANO OCORRIDO DURANTE ESTE TRANSPORTE, A RESPONSABILIDADE É DO CLIENTE. POR ESTA RAZÃO, SOLICITAMOS A GENTILEZA DE NOS INFORMAR A TRANSPORTADORA DE VOSSA PREFERÊNCIA E CONFIANÇA.

CASO APROVADO. PEDIMOS A GENTILEZA DE NOS ENVIAR A APROVAÇÃO VIA FAX (14) 3227-8211 OU E-MAIL (simone@acusticaorlandi.com.br).

Dados para emissão da Nota Fiscal, sendo:

Nome: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____

Telefone: _____

CNPJ ou CPF: _____ Inscrição Estadual ou RG: _____

Endereço de E-mail para envio da Nota Fiscal Eletrônica: _____

Endereço para entrega do aparelho caso não seja o mesmo para emissão da Nota Fiscal: _____

Para melhor comodidade, entraremos em contato para solicitar a coleta na transportadora de vossa preferência
() Rodonaves. () Sedex () Gol Log () Varig Log () Outras _____

Favor nos informar abaixo os dados para emissão dos certificados:

RAZÃO SOCIAL: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____

Aprovado por: _____ Assinatura: _____ Data: ____/____/____.

Atenciosamente,

Simone Orlandi.