



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO MIGUEL DO OESTE

RUA ALMIRANTE BARROSO, 305 - CENTRO - São Miguel do Oeste - SC
CEP: 89900-000 CNPJ: 11.136.549/0001-24 Telefone: (49) 3631-2010
E-mail: saudefinanceiro@saomiguel.sc.gov.br

AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO

Nr.: 1618/2023

Processo Administrativo:	N/A
Data do Processo:	N/A
Contrato:	Sem termo
Aditivo:	N/A
Data da Contratação:	06/11/2023
Sequencial do Contrato:	7424
Data da AF:	06/11/2023
Nº Solicitação de Compra:	172

Página: 1/2

Fornecedor: VERA LUCIA FRANCKI

Telefone:

CPF/CNPJ: 011.223.000-85

Endereço:

E-mail:

Prezados senhores,
Comunicamos que o fornecedor acima foi vencedor do(s) item(ns) especificado(s) abaixo.
Aguardamos, portanto, o fiel cumprimento das especificações e condições constantes no Processo Licitatório.

Organograma: 1800100046 - 2 SECRETARIA DE SAUDE
Condição de Pagamento: 5 DIAS APÓS EMPENHO
Prazo de Entrega: Imediato
Local de Entrega: A COMBINAR
Despesa : 13 - 18.001.10.302.0428.2105.3.3.90.00.00 - Administração dos bens e serviços
Desdobramento : 3.3.90.93.03.00
Recurso : 1.500.1002.1002 - SAÚDE - RECEITAS E TRANSFERÊNCIAS DE IMPOSTOS
Objeto: VALOR QUE SE EMPENHA PARA RESTITUIÇÃO DE VALORES REFERENTES A AJUDA DE CUSTO PARA CUSTEAR DESPESAS DE PERNOITE/ALIMENTAÇÃO, DESTINADA A PACIENTE V.L.F. E SEU ACOMPANHANTE, POIS A PACIENTE ESTAVA EM TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - TFD, NO PERÍODO COMPREENDIDO ENTRE 11/07/2023 A 16/08/2023, CONFORME PRECONIZA O MANUAL DE NORMATIZAÇÃO DO TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - TFD (ITEM 2.14).
Observação: VALOR QUE SE EMPENHA PARA RESTITUIÇÃO DE VALORES REFERENTES A AJUDA DE CUSTO PARA CUSTEAR DESPESAS DE PERNOITE/ALIMENTAÇÃO, DESTINADA A PACIENTE V.L.F. E SEU ACOMPANHANTE, POIS A PACIENTE ESTAVA EM TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - TFD, NO PERÍODO COMPREENDIDO ENTRE 11/07/2023 A 16/08/2023, CONFORME PRECONIZA O MANUAL DE NORMATIZAÇÃO DO TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - TFD (ITEM 2.14).

Item	Quantidade	Unid.	Especificação do material	Marca	Preço Un.	Preço Total
1	19,000	UN	5801003775360 - AJUDA DE CUSTO PARA ALIMENTAÇÃO/PERNOITE DE PACIENTE DO TFD (CÓDIGO 08.03.01.001.0)		24,7500	470,25
2	10,000	UN	5801003775362 - AJUDA DE CUSTO PARA ALIMENTAÇÃO DE PACIENTE DO TFD SEM PERNOITE (CÓDIGO 08.03.01.002.8)		8,4000	84,00
3	19,000	UN	5801003775361 - AJUDA DE CUSTO PARA ALIMENTAÇÃO/PERNOITE DE ACOMPANHANTE (CÓDIGO 08.03.01.004.4)		24,7500	470,25
4	10,000	UN	5801003775363 - AJUDA DE CUSTO PARA ALIMENTAÇÃO DE ACOMPANHANTE SEM PERNOITE (CÓDIGO 08.03.01.005.2)		8,4000	84,00

Assinatura do Responsável

São Miguel do Oeste/SC

06 de Novembro de 2023



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO MIGUEL DO OESTE

RUA ALMIRANTE BARROSO, 305 - CENTRO - São Miguel do Oeste - SC
CEP: 89900-000 CNPJ: 11.136.549/0001-24 Telefone: (49) 3631-2010
E-mail: saudefinanceiro@saomiguel.sc.gov.br

AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO

Nr.: 1618/2023

Processo Administrativo:	N/A
Data do Processo:	N/A
Contrato:	Sem termo
Aditivo:	N/A
Data da Contratação:	06/11/2023
Sequencial do Contrato:	7424
Data da AF:	06/11/2023
Nº Solicitação de Compra:	172

Página: 2/2

Total Geral:	1.108,50
--------------	----------

Assinatura do Responsável

São Miguel do Oeste/SC

06 de Novembro de 2023