



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.: 1272/2024

Processo Administrativo: N/A
Data do Processo: N/A
Contrato: Sem termo
Aditivo: N/A
Data da Contratação: 23/08/2024
Sequencial do Contrato: 8065
Data da AF: 23/08/2024
Nº Solicitação de Compra: 222

Página: 1/2

Fornecedor: MARCIA APARECIDA SOARES MINOZZO

Telefone:

CPF/CNPJ: 359.942.918-97

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: 05 DIAS DA DATA DO EMPENHO
Prazo de Entrega: Imediato
Local de Entrega: A COMBINAR
Despesa : 14 - 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 AO PACIENTE M.A.S.M. E SEU ACOMPANHANTE, POIS O PACIENTE ESTAVA EM TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - TFD, NO PERÍODO COMPREENDIDO ENTRE 01/05/2024 A 20/05/2024, 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 AO PACIENTE M.A.S.M. E SEU ACOMPANHANTE, POIS O PACIENTE ESTAVA EM TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - TFD, NO PERÍODO COMPREENDIDO ENTRE 01/05/2024 A 20/05/2024, 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	19,000	UN	5801003775361 - AJUDA DE CUSTO PARA ALIMENTAÇÃO/PERNOITE DE ACOMPANHANTE (CÓDIGO 08.03.01.004.4)		24,7500	470,25
3	1,000	UN	5801003775362 - AJUDA DE CUSTO PARA ALIMENTAÇÃO DE PACIENTE DO TFD SEM PERNOITE (CÓDIGO 08.03.01.002.8)		8,4000	8,40
4	1,000	UN	5801003775363 - AJUDA DE CUSTO PARA ALIMENTAÇÃO DE ACOMPANHANTE SEM PERNOITE (CÓDIGO 08.03.01.005.2)		8,4000	8,40

Assinatura do Responsável
São Miguel do Oeste/SC
23 de Agosto de 2024

 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.: 1272/2024	
	Processo Administrativo: N/A Data do Processo: N/A Contrato: Sem termo Aditivo: N/A Data da Contratação: 23/08/2024 Sequencial do Contrato: 8065 Data da AF: 23/08/2024 Nº Solicitação de Compra: 222	Página: 2/2
	Total Geral:	957,30

Assinatura do Responsável

São Miguel do Oeste/SC

23 de Agosto de 2024