

 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.: 1315/2024
	Processo Administrativo: N/A Data do Processo: N/A Contrato: Sem termo Aditivo: N/A Data da Contratação: 30/08/2024 Sequencial do Contrato: 8080 Data da AF: 30/08/2024 Nº Solicitação de Compra: 234

Fornecedor: ZENAIDA JOSEFINA GUTIERREZ DE CANAS CPF/CNPJ: 713.304.172-32 Endereço: E-mail:	Telefone:
---	------------------

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:	POR ESTIMATIVA DIAS 15 E 30
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 Z.J.G.C. E SUA ACOMPANHANTE, POIS O PACIENTE ESTAVA EM TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - TFD, NO PERÍODO COMPREENDIDO ENTRE 08/07/2024 A 14/08/2024, 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 Z.J.G.C. E SUA ACOMPANHANTE, POIS O PACIENTE ESTAVA EM TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - TFD, NO PERÍODO COMPREENDIDO ENTRE 08/07/2024 A 14/08/2024, 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	27,000	UN	5801003775360 - AJUDA DE CUSTO PARA ALIMENTAÇÃO/PERNOITE DE PACIENTE DO TFD (CÓDIGO 08.03.01.001.0)		24,7500	668,25
2	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
3	27,000	UN	5801003775361 - AJUDA DE CUSTO PARA ALIMENTAÇÃO/PERNOITE DE ACOMPANHANTE (CÓDIGO 08.03.01.004.4)		24,7500	668,25
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
30 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.: 1315/2024	
	Processo Administrativo: N/A Data do Processo: N/A Contrato: Sem termo Aditivo: N/A Data da Contratação: 30/08/2024 Sequencial do Contrato: 8080 Data da AF: 30/08/2024 Nº Solicitação de Compra: 234	Página: 2/2
	Total Geral:	1.353,30

Assinatura do Responsável

São Miguel do Oeste/SC

30 de Agosto de 2024