



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.: 1645/2024

Processo Administrativo: N/A
Data do Processo: N/A
Contrato: Sem termo
Aditivo: N/A
Data da Contratação: 21/10/2024
Sequencial do Contrato: 8160
Data da AF: 21/10/2024
Nº Solicitação de Compra: 271

Página: 1/1

Fornecedor: FRANCIELE CRISTINA BALBINOT
CPF/CNPJ: 065.213.189-18
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: 10 (dez) dias úteis 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 ACOMPANHANTE DA PACIENTE A.S.B.B., POIS O PACIENTE ESTAVA EM TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - TFD - INTERNAÇÃO EM QUARTO E LEITO DE UTI, NO PERÍODO COMPREENDIDO ENTRE 31/07/2024 A 25/09/2024 - DATA DO REQUERIMENTO, SEM ALTA, 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 ACOMPANHANTE DA PACIENTE A.S.B.B., POIS O PACIENTE ESTAVA EM TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - TFD - INTERNAÇÃO EM QUARTO E LEITO DE UTI, NO PERÍODO COMPREENDIDO ENTRE 31/07/2024 A 25/09/2024 - DATA DO REQUERIMENTO, SEM ALTA, 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	100,000	UN	5801003775361 - AJUDA DE CUSTO PARA ALIMENTAÇÃO/PERNOITE DE ACOMPANHANTE (CÓDIGO 08.03.01.004.4)		24,7500	2.475,00
					Total Geral:	2.475,00

Assinatura do Responsável
São Miguel do Oeste/SC
21 de Outubro de 2024