ESTADO DE SANTA CATARINA
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 Site:
Entidade Gestora do Processo: FUNDO MUN. DE SAUDE SAO MIGUEL DO OESTE

AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO
Nr.: 822/2026

Processo Administrativo:	**0/0**
Data do Processo:	**01/01/1800**
Contrato:	**0/0**
Aditivo:	**N/A**
Data da Contratação:	**05/10/2026**
Sequencial do Contrato:	**9107**
Data da AF:	**05/10/2026**
Data de Homologação:	
Modalidade:	

Fornecedor: NOLOAR VOLKWEIS **Telefone:**
CPF/CNPJ: 021.242.709-15 **Celular:**
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: 10 (dez) dias úteis da data do empenho
Prazo de Entrega:
Local de Entrega: A COMBINAR
Objeto da Contratação: VALOR QUE SE EMPENHA PARA RESTITUIÇÃO DE VALORES REFERENTES A AJUDA DE CUSTO PARA CUSTEAR DESPESAS DE PERNOITE/ALIMENTAÇÃO, DESTINADA AO PACIENTE N.V. E SEU ACOMPANHANTE, POIS O PACIENTE ESTAVA EM TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - TFD, NO PERÍODO COMPREENDIDO ENTRE 10.08.2026 A 09.09.2026, CONFORME PRECONIZA O MANUAL DE NORMATIZAÇÃO DO TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO-TFD (ITEM 2.14).
Observações: VALOR QUE SE EMPENHA PARA RESTITUIÇÃO DE VALORES REFERENTES A AJUDA DE CUSTO PARA CUSTEAR DESPESAS DE PERNOITE/ALIMENTAÇÃO, DESTINADA AO PACIENTE N.V. E SEU ACOMPANHANTE, POIS O PACIENTE ESTAVA EM TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - TFD, NO PERÍODO COMPREENDIDO ENTRE 10.08.2026 A 09.09.2026, CONFORME PRECONIZA O MANUAL DE NORMATIZAÇÃO DO TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO-TFD (ITEM 2.14).
Empenho: 0/0
Despesa: 11 - 18.001.10.302.428.2309.3.3.90.00.00 - Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde na Atenção de Média e Alta Complexidade - MAC
Desdobramento: 3.3.90.93.03.00.00.00
Recurso: 1.5.00.1002 - Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde na Atenção de Média e Alta Complexidade - MAC

Item	Quantidade	Unid.	Especificação do material	Marca	Preço Un.	Preço Total
1	14,000	UN	AJUDA DE CUSTO PARA ALIMENTAÇÃO/PERNOITE DE ACOMPANHANTE (CÓDIGO 08.03.01.004.4)		24,7500	346,50
2	5,000	UN	AJUDA DE CUSTO PARA ALIMENTAÇÃO DE ACOMPANHANTE SEM PERNOITE (CÓDIGO 08.03.01.005.2)		8,4000	42,00
3	14,000	UN	AJUDA DE CUSTO PARA ALIMENTAÇÃO/PERNOITE DE PACIENTE DO TFD (CÓDIGO 08.03.01.001.0)		24,7500	346,50
4	5,000	UN	AJUDA DE CUSTO PARA ALIMENTAÇÃO DE PACIENTE DO TFD SEM PERNOITE (CÓDIGO 08.03.01.002.8)		8,4000	42,00

	Total Geral:	777,00

São Miguel do Oeste/SC, 05 de Outubro de 2026

Assinatura e Carimbo do Responsável