



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE MARAVILHA**

Avenida Euclides da Cunha, 40, Centro, Maravilha - SC  
CEP: 89874-000 CNPJ: 18.256.475/0001-09 Telefone: (49) 3664-0044  
E-mail: Site:

**AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO**

**Nr.: 91/2026**

|                          |            |
|--------------------------|------------|
| Processo Administrativo: | N/A        |
| Data do Processo:        | N/A        |
| Contrato:                | 0/0        |
| Aditivo:                 | 0          |
| Data da Contratação:     | 30/01/2026 |
| Sequencial do Contrato:  | 100        |
| Data da AF:              | 30/01/2026 |
| Nº Solicitação Compra    | 9          |

Página: 1/1

**Fornecedor: SOCIEDADE BENEFICENTE HOSPITALAR MARAVILHA**

**Telefone:**

**CPF/CNPJ:** 85.197.077/0001-56

**Endereço:** , , , Maravilha - SC

**E-mail:**

**Banco:** 756 - BANCO

**Agencia** 3032-9

**Conta:** 102564-3

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.

**Ao emitir a NF, observar o enquadramento e a alíquota de Retenção de IR, nos termos da IN 1234/2012 da RFB**

|                               |                                                                                                                                                            |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Organograma:</b>           | 0500100011 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE                                                                                                                      |
| <b>Condição de Pagamento:</b> | POR ESTIMATIVA DIAS 15 E 30                                                                                                                                |
| <b>Prazo de Entrega:</b>      | Imediato                                                                                                                                                   |
| <b>Local de Entrega:</b>      | CENTRO DE SAUDE                                                                                                                                            |
| <b>Despesa :</b>              | 9 - 05.001.10.302.0010.2133.3.3.90.00.00 - MANUTENÇÃO DA ATENÇÃO DE MÉDIA E                                                                                |
| <b>Desdobramento :</b>        | 3.3.90.36.30.00.00.00                                                                                                                                      |
| <b>Recurso :</b>              | 1.600.0000.0000 - Transferências SUS/União                                                                                                                 |
| <b>Objeto:</b>                | EMPENHO PARA PAGAMENTO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO (PARACENTESE DE ALIVIO) PARA PACIENTE ONCOLÓGICO. CONFORME SOLICITAÇÃO DA SECRETARIA DE SAUDE E SANEAMENTO. |
| <b>Observação:</b>            | EMPENHO PARA PAGAMENTO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO (PARACENTESE DE ALIVIO) PARA PACIENTE ONCOLÓGICO. CONFORME SOLICITAÇÃO DA SECRETARIA DE SAUDE E SANEAMENTO. |

| Item | Quantidade | Unid. | Especificação do material              | Marca | Preço Un.           | Preço Total     |
|------|------------|-------|----------------------------------------|-------|---------------------|-----------------|
| 1    | 1,000      | UN    | 50339 - PAGAMENTO PRESTAÇÃO DE SERVIÇO |       | 1.250,0000          | 1.250,00        |
|      |            |       |                                        |       | <b>Total Geral:</b> | <b>1.250,00</b> |

Assinatura do Responsável

Maravilha/SC

30 de Janeiro de 2026