

 ESTADO DE SANTA CATARINA PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAVILHA Avenida Euclides da Cunha, 60, Centro, Maravilha - SC CEP: 89874-000 CNPJ: 82.821.190/0001-72 Telefone: (49) 3664-0044 E-mail: compras@maravilha.sc.gov.br Site: maravilha.sc.gov.br	AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO Nr.: 6416/2024
	Processo Administrativo: N/A Data do Processo: N/A Contrato: 0/0 Aditivo: 0 Data da Contratação: 30/08/2024 Sequencial do Contrato: 31105 Data da AF: 30/08/2024 Nº Solicitação Compra 2924

Fornecedor: HOSPITAL DIA DE OFTALMOLOGIA LTDA.	Telefone: 4933220910
CPF/CNPJ: 11.659.651/0001-04	
Endereço: Rua Florianópolis - E, Santa Maria, 89812120, Chapecó - SC	
E-mail:	
Banco: 001 - Banco do Brasil	Agencia 0321-2
	Conta: 70785-6

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

Organograma:	0500100011 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Condição de Pagamento:	POR ESTIMATIVA DIAS 15 E 30
Prazo de Entrega:	Imediato
Local de Entrega:	PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAVILHA
Despesa :	48 - 05.001.10.302.0010.2133.3.3.90.00.00 - MANUTENÇÃO DA ATENÇÃO DE MÉDIA E
Desdobramento :	3.3.90.39.50.00.00.00
Recurso :	1.500.1002.0102 - Rec. de Impostos para Ações na Saúde
Objeto:	EMPENHO PARA PAGAMENTO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME DE ANGIOFLUORESCENOGRRAFIA PARA O PACIENTE E.D, CONFORME SOLICITAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE E SANEAMENTO.
Observação:	EMPENHO PARA PAGAMENTO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME DE ANGIOFLUORESCENOGRRAFIA PARA O PACIENTE E.D, CONFORME SOLICITAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE E SANEAMENTO.

Item	Quantidade	Unid.	Especificação do material	Marca	Preço Un.	Preço Total
1	1,000	UN	1029706 - EXAME DE ANGIOFLUORESCENOGRRAFIA		300,0000	300,00
					Total Geral:	300,00

Assinatura do Responsável

Maravilha/SC
30 de Agosto de 2024