

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>ESTADO DE SANTA CATARINA</b><br/><b>PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAVILHA</b><br/>Avenida Euclides da Cunha, 60, Centro, Maravilha - SC<br/>CEP: 89874-000 CNPJ: 82.821.190/0001-72 Telefone: (49) 3664-0044<br/>E-mail: compras@maravilha.sc.gov.br Site: maravilha.sc.gov.br</div> | <b>AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO</b><br><b>Nr.: 246/2024</b>                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Processo Administrativo: N/A<br>Data do Processo: N/A<br>Contrato: 0/0<br>Aditivo: 0<br>Data da Contratação: 15/01/2024<br>Sequencial do Contrato: 27644<br>Data da AF: 15/01/2024<br>Nº Solicitação Compra: 120 |

Página: 1/1

|                                                                      |                       |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <b>Fornecedor:</b> CLINICA DE ANESTESIOLOGIA CHAPECO LTDA.           | <b>Telefone:</b>      |
| <b>CPF/CNPJ:</b> 04.127.537/0001-78                                  |                       |
| <b>Endereço:</b> BARAO DO RIO BRANCO, CENTRO, 89802100, Chapecó - SC |                       |
| <b>E-mail:</b>                                                       |                       |
| <b>Banco:</b> 001 - Banco do Brasil                                  | <b>Agencia</b> 0321-2 |
|                                                                      | <b>Conta:</b> 16202-7 |

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>      | PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAVILHA                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Despesa :</b>              | 48 - 05.001.10.302.0010.2133.3.3.90.00.00 - MANUTENÇÃO DA ATENÇÃO DE MÉDIA E                                                                                                                                                                             |
| <b>Desdobramento :</b>        | 3.3.90.39.50.00.00.00                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Recurso :</b>              | 1.600.0000.0138 - Transferências do Sistema Único de Saúde SUS/União                                                                                                                                                                                     |
| <b>Objeto:</b>                | EMPENHO PARA PAGAMENTO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO ANESTESIOLÓGICO PARA REALIZAÇÃO DE RESSONANCIAS COM SEDAÇÃO PARA OS PACIENTES C.G e A.A.L, CONFORME DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA-DFD- EM ANEXO E SOLICITAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE E SANEAMENTO. |
| <b>Observação:</b>            | EMPENHO PARA PAGAMENTO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO ANESTESIOLÓGICO PARA REALIZAÇÃO DE RESSONANCIAS COM SEDAÇÃO PARA OS PACIENTES C.G e A.A.L, CONFORME DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA-DFD- EM ANEXO E SOLICITAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE E SANEAMENTO. |

| Item | Quantidade | Unid. | Especificação do material                                                                                         | Marca | Preço Un.    | Preço Total |
|------|------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------|-------------|
| 1    | 2,000      | UN    | 1026866 - Serviço anestesiológico (consulta +serviços anestesiológico) para realização de Ressonância com sedação |       | 1.200,0000   | 2.400,00    |
|      |            |       |                                                                                                                   |       | Total Geral: | 2.400,00    |

Assinatura do Responsável

Maravilha/SC  
15 de Janeiro de 2024