



ESTADO DE SANTA CATARINA

**MUNICÍPIO DE
LACERDÓPOLIS**

**DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA SIMPLIFICADO
COM BASE NO DECRETO MUNICIPAL N. 37/2024**

() Contratação com fundamento no §7º do art. 75 da Lei Federal n. 14.133/2021 (serviços de manutenção de veículos automotores de propriedade do órgão ou entidade contratante, incluído o fornecimento de peças).

(x) Contratação com fundamento no § 2º art. 95 da Lei Federal n.14.133/2021 (pequenas compras e prestação de serviços de pronto pagamento).

Requisitante: Leticia Dalla Pria	Cargo: Dentista
Responsável pela demanda (Secretário/Gestor): Ticiania Goreti Moreira	
E-mail: saude@lacerdopolis.sc.gov.br	Data: 19/07/2024

1.NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO: Justifico a necessidade de manutenção preventiva e corretiva do compressor de ar odontológico, pois este não está funcionando, sendo de extrema importância a manutenção do aparelho para que volte a funcionar normalmente, pois é considerado um equipamento muito importante e indispensável para qualquer dentista.

2. DESCRIÇÃO DO OBJETO: Serviço de manutenção em equipamento odontológico (compressor de ar).

3. DADOS DOS BENS/SERVIÇOS

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UND.	VALOR TOTAL
1	Serviço de Manutenção em Equipamento Odontológico	01		



ESTADO DE SANTA CATARINA

**MUNICÍPIO DE
LACERDÓPOLIS****4. PESQUISA DE PREÇO:*****Assistência Odontomédica:**

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UNID.	VALOR TOTAL
1	Serviço de Manutenção em Equipamento Odontológico	01	R\$ 350,00	R\$ 350,00

5. JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DO FORNECEDOR: A escolha da empresa foi pela urgência para a realização do serviço, devido à grande demanda de atendimentos, dessa forma optou-se por contratar esta empresa especializada nesse tipo de serviços e também por ter a melhor proximidade para não interferir ou até mesmo estar paralisando as atividades do setor.

6. LOCAL DE ENTREGA, RECOLHIMENTO DO OBJETO OU PRESTAÇÃO DO SERVIÇO: O equipamento deverá ser entregue na Unidade Básica de Saúde, situada na Rua Sete de Setembro, n°1600, tel. (49) 3552-0009, Centro, Lacerdópolis /Santa Catarina obedecendo rigorosamente ao horário das 07:30 às 11:30 e das 13:00 às 17:00.

7. DEMONSTRAÇÃO DA COMPATIBILIDADE DA PREVISÃO DE RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

ÓRGÃO: 10 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE: 01 SERVIÇOS DE SAÚDE

Proj. /At.: 10.301.1012.2.057 MATERIAL MEDICO, HOSPITALAR, ODONTOL. LABORATORIAL

Compl. Elemento: 3.3.90.39.17.00.00.00 - Manutenção e Conservação de Máquinas e Equipamentos (17)

Recurso:500_1002 Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde

8. DADOS DO FORNECEDOR/CONTRATADO

NOME: ASSISTÊNCIA ODONTOMÉDICA

CNPJ: 09.381.337/0001-60

EIRELI ME

ENDEREÇO: AV. SANTA TEREZINHA n° 3113

CONTATO: (49) 3522-5645/

VILA PEDRINI

(49) 999828953



ESTADO DE SANTA CATARINA

MUNICÍPIO DE
LACERDÓPOLIS

DADOS BANCÁRIOS

BANCO: SICREDI

AGÊNCIA: 0217-6

CONTA: 50026-7

DECLARAÇÃO DO REQUISITANTE

(x) Declaro que o preço praticado pelo fornecedor acima é compatível com o valor de mercado conforme anexados desta solicitação.

(x) Caso não seja possível a obtenção de, no mínimo três orçamentos/cotações, justifico o motivo dessa indisponibilidade e comprometo-me que apesar deste motivo, o valor praticado pela empresa em questão está de acordo com os preços praticados no mercado.

Justificativa:

Assumo, pois, a responsabilidade quanto às informações prestadas e documentos que instruem o processo de pedido de compra/contratação, firmando o presente termo de responsabilidade, de livre e espontânea vontade, na presença da autoridade superior a quem relatou as diligências realizadas e que atesta, abaixo, o conhecimento delas.

Município de Lacerdópolis (SC), 19 de julho de 2024.


ASSINATURA DO SERVIDOR REQUISITANTE

AUTORIZAÇÃO DO SECRETÁRIO DA PASTA

Município de Lacerdópolis (SC), 19 de julho de 2024.


Ticiania G. Mopreira
CPF 933 592 259-53
Secretária de Saúde
Lacerdópolis - SC

ASSINATURA DO SECRETÁRIO MUNICIPAL/GESTOR