



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: Dalva Maria Antunes Carneiro	Cargo: Assistente Social
Responsável pela demanda (Secretário/Gestor): Ticiania Goretí Moreira	
E-mail: saude@lacerdopolis.sc.gov.br	Data: 05/08/2024

1.NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO: Justifico a necessidade de realização do exame AHI21- Anticorpos Anti- Hidroxilase Alfa, devido o paciente apresentar sensibilidade para a Síndrome Poliglandular Autoimune (APS), tipo 1 ou 2 ou Doença de Addison e estar em processo de investigação da causa da insuficiência adrenal primária. Este exame é de extrema importância pois a enzima 21-hidroxilase é o principal autoantígeno da glândula adrenal, sendo realizado o exame os anticorpos anti 21 hidroxilase trarão informações sobre uma das causas mais importantes de insuficiência adrenal primária que é a autoimune.

2. DESCRIÇÃO DO OBJETO: Exame AHI21-Anticorpos Anti-Hidroxilase Alfa.

3. DADOS DOS BENS/SERVIÇOS

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UND.	VALOR TOTAL
01	EXAME AHI21- ANTICORPOS ANTI-HIDROXILASE ALFA	01		

4. PESQUISA DE PREÇO:



ESTADO DE SANTA CATARINA

**MUNICÍPIO DE
LACERDÓPOLIS**

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	LAB. SÃO FRANCISCO	LAB. PASTEUR	LAB. CEPAC
1	Exame AHI21- Anticorpos Anti- Hidroxilase Alfa	01		757,00	990,00	

5. JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DO FORNECEDOR: A escolha do fornecedor foi por ser o de menor valor em relação aos concorrentes.

6. LOCAL DE ENTREGA, RECOLHIMENTO DO OBJETO OU PRESTAÇÃO DO SERVIÇO:
O exame será realizado no Laboratório São Francisco, localizado na Rua Frei Edgar nº 129 Centro-Joaçaba/SC.

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: 3.3.90.39.50.00.00.00 - Serviços Médico-Hospitalar, Odontológico e Labor (17)

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

8. DADOS DO FORNECEDOR/CONTRATADO

NOME: JLM LABORATÓRIO LTDA ME

CNPJ: 10.934.806/0001-00

ENDEREÇO: Rua Frei Edgar nº 129 Centro- Joaçaba/SC

CONTATO: (49) 3521 1524

DADOS BANCÁRIOS

BANCO: SICOOB

AGÊNCIA: 3033

CONTA: 21325-0

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:



ESTADO DE SANTA CATARINA

**MUNICÍPIO DE
LACERDÓPOLIS**

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), 05 de agosto de 2024.

ASSINATURA DO SERVIDOR REQUISITANTE

AUTORIZAÇÃO DO SECRETÁRIO DA PASTA

Município de Lacerdópolis (SC), 05 de agosto de 2024.

ASSINATURA DO SECRETÁRIO MUNICIPAL/GESTOR