



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: Marinéia Storti   | Cargo: Enfermeira |
| Responsável pela demanda (Secretário/Gestor): Ticiane Gorette Moreira |                   |
| E-mail: saude@lacerdopolis.sc.gov.br                                  | Data: 06/08/2024  |

**1.NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO:** Justifico a necessidade de manutenção do aparelho Eletrocardiógrafo Digital Micromed USB, pois sabemos que componentes desgastados ou danificados podem causar desconforto e dor ao paciente além de interferir nos resultados tendo assim um tratamento menos eficaz. A troca dos componentes garante que o aparelho continue funcionando corretamente e de forma confortável. Essa manutenção deve ser realizada semestral.

**2. DESCRIÇÃO DO OBJETO:** Manutenção do aparelho Eletrocardiógrafo Digital Micromed USB.

**3. DADOS DOS BENS/SERVIÇOS**

| ITEM | DESCRIÇÃO           | QUANTIDADE | PREÇO UND. | VALOR TOTAL |
|------|---------------------|------------|------------|-------------|
| 01   | Ensaio/calibração   | 01         |            |             |
| 02   | Intervenção Técnica | 02         |            |             |

**4. PESQUISA DE PREÇO:**

**\*MEDICALBLU:**

| ITEM | DESCRIÇÃO           | QUANT. | PREÇO UND.                 |
|------|---------------------|--------|----------------------------|
| 01   | Ensaio /calibração  | 01     | R\$ 350,00                 |
| 02   | Intervenção Técnica | 02     | R\$ 281,79                 |
|      |                     |        | <b>VALOR TOTAL: 913,58</b> |



ESTADO DE SANTA CATARINA

MUNICÍPIO DE  
**LACERDÓPOLIS**

**5. JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DO FORNECEDOR:**

A escolha da empresa foi devido à grande demanda de atendimentos, assim decidimos contratar esta empresa especializada nesse tipo de serviço para não interferir ou até mesmo estar paralisando as atividades do setor.

**6. LOCAL DE ENTREGA, RECOLHIMENTO DO OBJETO OU PRESTAÇÃO DO SERVIÇO:**

O aparelho deve 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 Equip (17)

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

**8. DADOS DO FORNECEDOR/CONTRATADO**

NOME: **MEDICALBLU EQUIPAMENTOS MEDICOS  
E HOSPITALARES EIRELI**

CNPJ: **10.944.321/0001-06**

ENDEREÇO: **Rua Água Branca n° 1215 Salto Weissbach**

CONTATO: **(47) 3041-0669**

**DADOS BANCÁRIOS**

BANCO: **AILOS**

AGÊNCIA: **0101**

CONTA: **699751-1**

**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



ESTADO DE SANTA CATARINA

**MUNICÍPIO DE  
LACERDÓPOLIS**

espontânea vontade, na presença da autoridade superior a quem relatou as diligências realizadas e que atesta, abaixo, o conhecimento delas.

Município de Lacerdópolis (SC), 06 de agosto de 2024.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO SERVIDOR REQUISITANTE

**AUTORIZAÇÃO DO SECRETÁRIO DA PASTA**

Município de Lacerdópolis (SC), 06 de agosto de 2024.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO SECRETÁRIO MUNICIPAL/GESTOR