



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: Patrícia Nogara	Cargo: Farmacêutica
Responsável pela demanda (Secretário/Gestor): Ticiane Gorette Moreira	
E-mail: saude@lacerdopolis.sc.gov.br	Data: 21/08/2024

**1.NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO:** Justifico a necessidade de aquisição de um termo higrômetro para ser utilizado na Unidade de Saúde para controle de temperatura das insulinas, este é um equipamento que tem por finalidade avaliar a temperatura interna/externa e a umidade relativa do ar no ambiente em que está operando. O termo-higrômetro desempenha um importante papel em laboratórios, pois são instrumentos que fornecem dados precisos que podem ser usados para monitorar o ambiente e manter as temperaturas desejadas.

**2. DESCRIÇÃO DO OBJETO:** Termo Higrômetro com Sensor Externo e Certificado de Calibração.

**3. DADOS DOS BENS/SERVIÇOS**

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UND.	VALOR TOTAL
01	Termo Higrômetro com Sensor Externo e Certificado de Calibração	01		

**4. PESQUISA DE PREÇO:**



ESTADO DE SANTA CATARINA

**MUNICÍPIO DE  
LACERDÓPOLIS****\*Site Mercado Livre:****Obs: Valor total está com o valor do frete incluso.**

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT.	PREÇO UNID.	VALOR TOTAL
01	Termo Higrômetro com Sensor Externo e Certificado de Calibração	01	51,30	68,50

**5. JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DO FORNECEDOR:** A escolha do fornecedor foi por ser o local em que encontramos o equipamento calibrado, pronto para utilização.

**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.

**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: 3.3.90.30.36.00.00.00 - Material Hospitalar (17)

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

**8. DADOS DO FORNECEDOR/CONTRATADO**

NOME: BP COMERCIOELETRONICO LTDA

CNPJ: 48.098.117/0001-86

ENDEREÇO: Rua Luiz Gonzaga Fumache  
Nº 55 Loteamento Residencial Central Park li  
Itatiba- São Paulo

CONTATO:

**DADOS BANCÁRIOS**

BANCO: Boletão Bancário

AGÊNCIA:

CONTA:

**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), 21 de agosto de 2024.

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

**AUTORIZAÇÃO DO SECRETÁRIO DA PASTA**

Município de Lacerdópolis (SC), 21 de agosto de 2024.

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