



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: Janáina Dacas	Cargo: Fisioterapeuta
Responsável pela demanda (Secretário/Gestor): Ticiania Goreti Moreira	
E-mail: saude@lacerdopolis.sc.gov.br	Data: 21/08/2024

**1.NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO:** Justifico a necessidade de aquisição de Aplicador (caneta) Laser Infravermelho 830 nanômetros para aparelho Laserpulse da IBRAMED, revestimentos para apoio axilar e apoio de mão, ponteira de borracha para muletas e cabos Neurodyn III Ibramed.

\*A aquisição do laser é um item essencial para ser adquirido, pois muitos dos nossos pacientes estão apresentando feridas(escaras), necessitando assim de tratamentos para a cicatrização.

Ressaltamos que a utilização do laser é de extrema importância tanto para a cicatrização das feridas bem como para diminuir os gastos da Unidade com curativos específicos para essas feridas e que tem um custo elevado.

\*O Neurodyn é um estimulador neuromuscular transcutâneo completo, com 4 canais para correntes alternadas com controles independentes e 9 correntes: Aussie, Russa, Tens, FES, Interferencial Tetrapolar e Bipolar. É um aparelho ideal para promover estimulação muscular e combate a dor (analgesia). Os cabos Neurodyn são fabricados com fios de silicone, flexíveis com boa isolamento, possuem 4 pinos banana, plugin de conexão do cabo no aparelho com 6 pinos.

\*O revestimento para muletas para apoio axilar e para mãos é uma peça de reposição indicada para o uso de Muleta Mercur, possui design anatômico e maior área de contato, minimizando a pressão e os desconfortos gerados pelo uso. A ponteira para muleta canadense articulada ou axilar Mercur é de borracha e conta com uma peça metálica interna para reduzir o desgaste, aumentando a durabilidade. Quando a ponteira apresenta sinais de desgaste, deve ser substituída por uma nova, para evitar acidentes provocados pela falta de aderência. Não devemos utilizar a muleta sem a ponteira



ESTADO DE SANTA CATARINA

**MUNICÍPIO DE  
LACERDÓPOLIS**

de borracha Mercur adequada, é importante conservar a ponteira ao abrigo do calor, da luz e da umidade, pois é composta de um material de borracha, tem cor cinza e tamanho 7/8”.

**2. DESCRIÇÃO DO OBJETO:** Caneta Laser Infravermelho 660 nm para Laserpulse – IBRAMED, revestimento para apoio axilar, revestimento para apoio de mão, ponteira de borracha para muletas e cabos Neurodyn III Ibramed.

**3. DADOS DOS BENS/SERVIÇOS**

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UND.	VALOR TOTAL
01	Caneta Laser Infravermelho 660 nm para Laserpulse - IBRAMED	01		
02	Revestimento para Apoio Axilar	40		
03	Revestimento para Apoio de Mão	40		
04	Ponteira de Borracha para Muletas	100		
05	Cabos Neurodyn III da Ibramed	02		

**4. PESQUISA DE PREÇO:**

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT.	VALOR UNID.	SAÚDE. COM	RENTALMED	SANTA APOLÔNIA
01	Caneta Laser Infravermelho 660 nm para Laserpulse - IBRAMED	01		2.796,00	898,00	
02	Revestimento para Apoio Axilar	40		50,00		56,00
03	Revestimento para Apoio de Mão	40		50,00		56,00
04	Ponteira de Borracha para Muletas	100		16,00		8,00
05	Cabos Neurodyn III da Ibramed	02		75,00		
<b>VALOR TOTAL:</b>				<b>8.546,00</b>	<b>898,00</b>	<b>5.280,00</b>

 Maior Valor  
 Menor Valor



ESTADO DE SANTA CATARINA

MUNICÍPIO DE  
**LACERDÓPOLIS**

**5. JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DO FORNECEDOR:** A escolha do fornecedor foi pelo menor valor apresentado em relação aos concorrentes.

**6. LOCAL DE ENTREGA, RECOLHIMENTO DO OBJETO OU PRESTAÇÃO DO SERVIÇO:**  
A entrega do produto deverá ser realizada na Unidade Básica de Saúde, situada na Rua Sete de Setembro, n.º1600, tel. (49) 3552-0009, Centro, Lacerdópolis /Santa Catarina obedecendo 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: 3.3.90.30.36.00.00.00 - Material Hospitalar (17)

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

**8. DADOS DO FORNECEDOR/CONTRATADO**

NOME: \*1) PRAIANA COMERCIO DE  
PRODUTOS HOSPITALARES LTDA  
(compra da ponteira)

\*2) RENTALMED: compra do aplicador Probe

\*3) N R COMÉRCIO DE ARTIGOS MÉDICOS LTDA-  
ME: compra dos revestimentos para apoio axilar e de mão

\*1) CNPJ: 11.417.744/0001-22

\*2) CNPJ: 34.001.006/0001-03

\*3) CNPJ: 07.727.017/0001-94

ENDEREÇO:1) Rua Avenida Madre Benvenuta

nº 1319 Santa Mônica – Florianópolis/SC

2) Rod Jose Carlos Daux nº 5025

Saco Grande- Florianópolis/SC

3) Avenida Santa Terezinha nº 243 Térreo Sala 01

Centro – Joaçaba/SC

CONTATO:

1) 30257005

2) (48) 33049699

3) (49) 35213750

**DADOS BANCÁRIOS**

BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

**DECLARAÇÃO DO REQUISITANTE**



ESTADO DE SANTA CATARINA

**MUNICÍPIO DE  
LACERDÓPOLIS**

(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), 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