



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO AMARO DA IMPERATRIZ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE**

**DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DA DEMANDA (DFD)**

**1. SECRETARIA REQUISITANTE**

Secretaria Municipal de Saúde de Santo Amaro da Imperatriz.

**2. SERVIDOR RESPONSÁVEL PELA DEMANDA**

Servidora Josiane de Rodrigues Rosa, matrícula n. 14941, e-mail admsaude@santoamaro.sc.gov.br.

**3. OBJETO DA DEMANDA**

Aquisição de placa de condecoração em homenagem ao funcionário Nadjo Nairo Mascarenhas, como forma de reconhecimento pelos serviços prestados e pela contribuição ao Município.

**4. DESCRIÇÃO DA JUSTIFICATIVA E NECESSIDADE DA DEMANDA**

A presente demanda tem como finalidade a aquisição de placa de condecoração em homenagem ao funcionário **Nadjo Nairo Mascarenhas**, como forma de reconhecimento e valorização pelos serviços prestados ao Município.

A homenagem busca registrar o reconhecimento institucional pela sua dedicação, contribuição e atuação no serviço público, proporcionando uma lembrança simbólica e representativa de sua trajetória e dos serviços prestados.

.

**5. ESTIMATIVA DO VALOR**

O valor estimado da aquisição será de **R\$358,00** (Trezentos e cinquenta e oito reais)

**6. ESTIMATIVA DA QUANTIDADE**

Serão adquiridas 1(uma) unidade.

**7. DATA EM QUE A CONTRATAÇÃO/COMPRA DEVE ESTAR FINALIZADA**

O objeto/demanda deve ser adquirido/atendido até o dia 30/09/2026

**8. GRAU DE PRIORIDADE**

Prioridade de contratação ALTA.





**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO AMARO DA IMPERATRIZ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE**

**9. PREVISÃO DO PLANO DE CONTRATAÇÕES ANUAL**

O município não possui Plano de Contratações Anual para 2026.

**10. INDICAÇÃO DE VINCULAÇÃO OU DEPENDÊNCIA**

O objeto aqui solicitado não está vinculado a outra solicitação realizada.

**11. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

A dotação orçamentária a ser utilizada na eventual contratação será: 7 – 3390 1600

**12. OUTRAS INFORMAÇÕES PERTINENTES**

Sem mais.

Santo Amaro da Imperatriz, 17 de setembro de 2026.

**Josiane de Rodrigues Rosa**

Assistente Administrativo

**Dgeisa Roberta Alves**

Secretária Municipal de Saúde



## Assinantes



**Josiane de Rodrigues Rosa**

Assinou em 17/09/2026 às 13:29:32 com o certificado avançado da Betha Sistemas.

Eu, Josiane de Rodrigues Rosa, estou ciente das normas descritas na Lei nº 14.063/2020, no que se refere aos tipos de assinaturas consideradas como válidas para a prática de atos e interações pelos Entes Públicos.



**Dgeisa Alves**

Assinou em 18/09/2026 às 13:42:24 com o certificado avançado da Betha Sistemas.

Eu, Dgeisa Alves, estou ciente das normas descritas na Lei nº 14.063/2020, no que se refere aos tipos de assinaturas consideradas como válidas para a prática de atos e interações pelos Entes Públicos.

---

## Veracidade do documento



Documento assinado digitalmente.

Verifique a veracidade utilizando o QR Code ao lado ou acesse o site **verificador.betha.cloud** e insira o código abaixo:

**JK7-XG4-KVM-KYD**