



FUNDO DE SAUDE DO MUNICIPIO DE SERRINHA DOS PINTOS
DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA nº 77 - LEI 14.133/21

Execução

1. ÁREA REQUISITANTE DA DEMANDA		Emissão: 02/09/2026	
Área Requirante (Órgão / Unidade Orçamentária)	0207 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / 020700 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		
Responsável pela Demanda	UELISON GALDINO DA SILVA		
Matrícula / CPF	2012010240 / 081.***.***-58		
Email			
Telefone			
2. OBJETO			
Contratação de empresa especializada para o fornecimento de reagentes e insumos laboratoriais, destinados à realização de exames e procedimentos de análises clínicas, visando atender às necessidades do Laboratório de Análises Clínicas da Secretaria Municipal de Saúde de Serrinha dos Pintos/RN, conforme especificações, quantidades e demais condições estabelecidas no Termo de Referência e seus anexos			
Destinação:			
Aquisição de bens/material de consumo, consistente no fornecimento de reagentes e insumos laboratoriais.			
Forma de Contratação Sugerida:			
Contratação direta por inexigibilidade de licitação, com fundamento no art. 74, I e § 1º, da Lei nº 14.133/2021, condicionada à comprovação idônea da exclusividade do fornecedor			
3. JUSTIFICATIVA E RESULTADOS A SEREM ALCANÇADOS			
necessidade de garantir o regular funcionamento dos serviços de análises clínicas ofertados pela Secretaria Municipal de Saúde de Serrinha dos Pintos/RN, mediante a disponibilização de reagentes, materiais e insumos laboratoriais necessários à realização dos exames e procedimentos de rotina.			
4. PREVISÃO NO PLANO DE CONTRATAÇÃO ANUAL (PCA) DO EXERCÍCIO			
Como dispõe o art. 12, inciso VII da Lei nº 14.133 de 1º de abril de 2021, a demanda descrita neste DFD deve ser instrumento de formalização do PCA para contratações públicas do exercício de 2026 .			
5. IDENTIFICAÇÃO DA DEMANDA			
Item	Descrição	Unidade de Fornecimento	Quantidade
30969	Nome: ACIDO URICO LIQUIFORM Especificação: ACIDO URICO LIQUIFORM	KIT	4,0000
30971	Nome: ALT/GPT LIQUIFORM Especificação: ALT/GPT LIQUIFORM	KIT	6,0000
30970	Nome: AST/GOT LIQUIFORM Especificação: AST/GOT LIQUIFORM	KIT	6,0000
30972	Nome: CALIBRA H Especificação: CALIBRA H	KIT	3,0000
30965	Nome: COLESTEROL LIQUIFORM Especificação: COLESTEROL LIQUIFORM	KIT	4,0000
30968	Nome: CREATININA K Especificação: CREATININA K	KIT	4,0000

30964	Nome: GLICOSE PAP LIQUIFORM Especificação: GLICOSE PAP LIQUIFORM	KIT	4,0000
30444	Nome: HDL REF 145-1/80 Especificação: HDL REF 145-1/80	KIT	4,0000
30973	Nome: QUALITROL 1H Especificação: QUALITROL 1H	KIT	3,0000
30966	Nome: TRIGLICERIDES LIQUIFORM Especificação: TRIGLICERIDES LIQUIFORM	KIT	4,0000
30967	Nome: UREIA UV LIQUIFORM Especificação: UREIA UV LIQUIFORM	KIT	4,0000

6. CRÉDITOS ORÇAMENTÁRIOS

Programa de Trabalho	
Ação Orçamentária	
Natureza de Despesa	
SubElemento de Despesa	
Fonte de Recurso	
Estimativa preliminar do valor de contratação (Conforme o PCA)	

7. Informações Complementares

Indicação da data pretendida para a conclusão do Contrato.	05/10/2026
Grau de Prioridade da Despesa*	Alta
Comissão	
Observação	

Legenda: * De acordo com a metodologia estabelecida pelo órgão ou pela entidade contratante.

8. IDENTIFICAÇÃO DOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE PLANEJAMENTO E FISCALIZAÇÃO

CPF	Nome	Email	Designação	Início
	Cargo	Telefone	Qualificação	Fim

Declaro que os servidores indicados, foram comunicados e estão cientes de suas atribuições. Submeto o Documento de Formalização da Demanda para avaliação.

Responsável pelo Planejamento do Órgão Requisitante

9. DECISÃO DA AUTORIDADE COMPETENTE

1. Aprovo a continuidade do procedimento destinado à contratação em tela, considerando sua aderência aos objetivos estratégicos, bem como às necessidades da área requisitante.
2. Encaminhe-se à Coordenação-Geral de Licitações e Contratos responsável pelos certames paraprovidências necessárias.

Responsável