



**MUNICÍPIO DE LINDÓIA DO SUL**  
**ESTADO DE SANTA CATARINA**

**DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA**

Nº do Processo: ...../2026

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Setor requisitante (Unidade/Setor/Departamento): Secretaria de Saúde

Responsável pela Demanda: Ivanice Angela Peccin

E-mail: saude@lindoiadosul.sc.gov.br

Telefone(49) 3446-1414

**1. Objeto:** Contratação de empresa para conserto dos equipamentos que fazem parte do conjunto de estrutura da UTI MOVEL da Secretaria de Saúde do Município de Lindóia do Sul/SC.

**2-Justificativa da necessidade da contratação:** Considerando que a UTI-AMBULANCIA é o único veículo com maca, e equipado do município, que realiza transferências inter hospitalar, alta e internações quando solicitado, e que este veículo é de suma importância para população de Lindóia do Sul., pois com seus equipamentos calibrados, e em bom funcionamento, traz garantia de vida as pessoas que necessitarão do serviço, e que estes casos podem acontecer em qualquer dia e horário, sempre imprevistos. Assim entendemos ser necessário o conserto imediatamente no menor tempo possível pois trata-se de equipamentos de suporte a vida.

**3.Descrições e Quantidades:**

| Item | Descrição/Especificação                                        | Tipo do Item(*) | Modelo                           | Fabricante | Uni.de medida | Quantidade |
|------|----------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------|------------|---------------|------------|
| 01   | Conserto/calibração e certificação do ventilador pulmonar      | Equipamento     | Microtak total- nº serie 2016/69 | takaoka    |               | 01         |
| 02   | Conserto /calibração e certificação Cardioversor bifásico vivo | Equipamento     | Nº Serie 317018330               | Cmos dake  |               | 01         |
| 03   | Calibração e certificação bomba de infusão                     | Equipamento     | Modelo 550 T2 nº serie 54111R    | samtronic  |               | 01         |

**4- Grau de Prioridade da Compra :** Alto

**5- Necessidade de análise de Risco :** Sim ( ) Não ( x )

**6- Previsão no PCA :** Sim ( x ) Não ( )

**7- Estimativa de valor :** R\$ 9.000,00

**8- Prazo de entrega /execução:** Imediato após a orem de compra

**9- Recursos orçamentários :** Atenção em Saúde

**10- Local e horário da entrega / execução :** Na unidade de saúde

**11- Vinculado ou depende da contratação de outro Documento de Formalização de Demanda :**  
NAO

Lindóia do Sul , 28 de janeiro 2026

**IVANICE ANGELA PECCIN**  
**Responsável pela Formalização da Demanda**