



1. DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA Nº 003/2025

Órgão: Prefeitura Municipal de São Gotardo/MG

Setor Requisitante: Secretaria Municipal de Saúde

Responsável pela Demanda: Farmácia
Hospitalar(Daniela Oliveira Mesquita Ribeiro)

E-mail: farmaciahospitalarsg@saogotardo.mg.gov.br

Endereço: Av. Rio Branco, nº 147

1. OBJETO:

1.1. SOLICITAÇÃO DE AQUISIÇÃO DE SUBGALATO DE BISMUTO 4G

2. JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

2.1. Faz-se a necessário a aquisição do subgalato de bismuto uma vez que para realização das cirurgias realizadas pelo otorrinolaringologista no Hospital Municipal de São Gotardo é necessário a aplicação do subgalato de bismuto de 4g como agente hemostático na cirurgia de adenoamigdalectomia que é utilizado classicamente para o controle do sangramento.

2.2. Justifica – se que os preços estão dentro dos praticados em mercado, considerado como referência para tomada de decisões do julgamento dos orçamentos apresentados, e a aquisição do subgalato de bismuto , encontra-se regulamentada na modalidade dispensada em razão do valor, nos termos do disposto nos incisos I e II do art. 75 da lei federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021, no âmbito do município de São Gotardo - Minas Gerais.

2.3. Diante da necessidade pode-se demonstrar que a escolha do fornecedor é por ser empresa idônea, apresentar menor preço preenchendo os requisitos necessários para a aquisição do objeto, sendo que o preço é compatível com o praticado no mercado, possui habilitação, atende às necessidades da administração, e possui vasta experiência, competência e qualidade considerando que já forneceu outras vezes a esse Município.

3. DESCRIÇÕES E QUANTIDADES

CODIGO	QUANT	DESCRIÇÃO
28090	20 SACHE	SUBGALATO DE BISMUTO 4G

4. OBSERVAÇÕES GERAIS

4.1. Prazo de Entrega/ Execução: O prazo de entrega é de até no máximo 10 dias corridos, contados da data de emissão da Ordem de Compras, que será emitida pela SECRETARIA REQUISITANTE .

4.2. Local e horário da Entrega/Execução: Entrega será no Hospital Municipal, e o recebimento será designado pelo servidor responsável pelo setor, .

4.3. Unidade e servidor responsável para esclarecimentos: Farmácia hospitalar(Hospital Municipal) através de Daniela.



4.4. Prazo para pagamento: O pagamento será Imediato, no ato da entrega mediante a liquidação da NAF.

4.5. Dotação e Fonte de Recursos Orçamentários:

Ficha: 817

Fonte: 1621 Conta :50606-0 Resolução 10895/2026

5. PRIORIDADE DA CONTRATAÇÃO:

5.1. Diante da demanda que urge análise, solicitamos que a tramitação deste instrumento, bem como a sua eventual contratação seja realizada em prioridade de tramitação / contratação de nível: Considerando que o Município não possui contratos firmados para aquisição do objeto citado, sendo de prioridade Alta.

6. DEMANDA A AUTORIZAÇÃO:

6.1. Submeto esta demanda para análise e deliberação, visando sua inclusão na demanda do exercício 2025, sendo que diante da conformidade com a legislação que rege o tema, encaminhe-se à autoridade competente para análise de conveniência e oportunidade para a contratação e demais providências cabíveis.

São Gotardo/MG, 23 março de 2026

Daniela Oliveira Mesquita Ribeiro
Coordenadora Farmácia Hospitalar

7. ANÁLISE E CONCLUSÃO PELA AUTORIDADE COMPETENTE

7.1. Registro que a demanda foi incluída para ANÁLISE e será prontamente organizada e complementada na elaboração das futuras contratações do exercício 2025.

São Gotardo/MG, 23 de março de 2026

Débora Thaís Silva Alves Araújo
Secretária Municipal de Saúde

8. OBSERVAÇÕES: