



1. DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA Nº 006/2026

Órgão: Prefeitura Municipal de São Gotardo/MG

Setor Requisitante: Secretaria Municipal de Saúde

Responsável pela Demanda: Roberta Correa e Freitas –
Coordenadora da Unidade de Pronto Atendimento

Matrícula: 8340

E-mail: roberta155745@gmail.com

Endereço: Unidade de Pronto Atendimento
Rua Virginia Resende de Jesus, nº 212 –
Bairro Alvorada – São Gotardo / MG

1. OBJETO:

Aquisição de suportes de soro para sala de medicação e para sala de estabilização clínica da Unidade de Pronto Atendimento Municipal de São Gotardo.

2. JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

A necessidade da aquisição de suportes de soro se justifica devido a ampliação da unidade após a realização da reforma da Unidade. A quantidade de leitos de observação da Unidade de Pronto Atendimento foi ampliada e os suportes de soro são necessários para administração de soroterapia e medicamentos durante a assistência aos pacientes atendidos na unidade.

3. DESCRIÇÕES E QUANTIDADES

Item	DESCRIÇÃO/ ESPECIFICAÇÃO	CÓDIGO	UNIDA DE DE MEDID A	QUANT IDADE
01	SUPORTE PARA SORO em aço inox com apoio construído em tubos de aço inox padrão AISI 304 de 1" x 1,2mm de espessura recebendo polimento de alto brilho que proporciona uma excelente assepsia. haste em aço inox com 04 ganchos em formato de x e regulagem de altura através de sistema de trava semigratoria composto por um sistema de molas e tecnis que garante um uso simples e fácil dando maior vida útil por não amassar haste. Base 100% em plástico de alta resistência modelo italiano com 05 rodas de 2" em termoplástico que garante uma excelente dirigibilidade e estabilidade para o suporte para soro. Apoio para paciente e para enfermagem colocar cuba rim em tubos de aço inox de 1/2". Altura máxima do suporte para soro de 2,10m. Documentos essenciais: Apresentar número de registro junto a ANVISA e Certificado de Boas práticas de Fabricação e controle de produtos para Saúde (BPF).	21133	un	10

4. OBSERVAÇÕES GERAIS



- | | |
|------|---|
| 4.1. | Prazo de Entrega/ Execução: Imediatamente após a emissão da autorização de empenho |
| 4.2. | Local e horário da Entrega/Execução: Unidade de Pronto Atendimento Municipal de São Gotardo |
| 4.3. | Unidade e servidor responsável para esclarecimentos: Roberta Correa e Freitas |
| 4.4. | Prazo para pagamento: 30 (trinta) dias após a entrega do bem/serviço |
| 4.5. | Dotação e Fonte de Recursos Orçamentários:
Fonte 1500
Ficha: 798
Conta: 48.718-X / 575211914-2 |

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: **Alto**

6. DEMANDA A AUTORIZAÇÃO:

- 6.1. Submeto esta demanda para análise e deliberação, visando sua inclusão na demanda do exercício 2026, 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.

Documento assinado digitalmente
 **ROBERTA CORREA E FREITAS**
Data: 02/03/2026 09:38:46-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

São Gotardo/MG, 02 de março de 2026

Responsável pela Formalização da Demanda
(Nome e assinatura)

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 2026.

Documento assinado digitalmente
 **DEBORA THAIS SILVA ALVES ARAUJO**
Data: 02/03/2026 11:23:23-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

São Gotardo/MG, 02 de março de 2026

Responsável pela Análise da Demanda
(Alta Administração)

8. OBSERVAÇÕES: