



Município de Santa Isabel

Paço Municipal Prefeito Joaquim Simão

Secretaria Municipal da Saúde

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DA DEMANDA – DFD

1. ÁREA REQUISITANTE DA DEMANDA

ÁREA REQUISITANTE	SECRETARIA DE SAÚDE
RESPONSÁVEL PELA DEMANDA	JÉSSICA SILVA DUARTE
CARGO	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS
E-MAIL	saudesicompras@gmail.com
TELEFONE	4656-4444 RAMAL 6006

2. IDENTIFICAÇÃO DA DEMANDA

Descrição/Especificação/Materiais/Insumos/Equipamentos:

Item	Código	Quant.	Unid.	Descrição
1	081.001.0226	100	Unid	CRACHA / CARTEIRINHA EM PVC - CRACHA CARTEIRINHA EM PVC, TAMANHO 8,5 X 5,5 CM, PERSONAL

3. FORMA DE CONTRATAÇÃO

() Ata de Registro e Preços, 1 (um) ano e poderá ser prorrogado, por igual período, desde que comprovado o preço vantajoso, conforme art. 84, da Lei Federal nº 14.133/2021.

() Formalização de Contrato pelo período de (____) meses/anos, podendo ser prorrogado nos termos do art. 107 e demais da Lei Federal nº 14.133/2021.

(X) Outros- Disposições do art. 95, Lei nº 14.133/2021, como exemplo, Nota de Empenho em substituição ao contrato.

4. JUSTIFICATIVA PARA A CONTRATAÇÃO/AQUISIÇÃO

Aquisição de crachá para identificação dos funcionários desta Secretaria Municipal de Saúde.

5. RESULTADO A SEREM ALCANÇADOS

Promove o reconhecimento imediato dos funcionários e aumentar a segurança no acesso ao local de trabalho.

6. FONTE DE RECURSOS

FICHA	392
UNIDADE ORÇAMENTÁRIA	01.09.00
UNIDADE EXECUTORA	01.09.01
FUNÇÃO / SUB FUNÇÃO	10.301
PROGRAMA	0069
CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA	3.3.90.30
DR – DESTINAÇÃO DE	01.310.0000



Município de Santa Isabel
Paço Municipal Prefeito Joaquim Simão
Secretaria Municipal da Saúde

RECURSO

7. GRAU DE PRIORIDADE

- () BAIXO
() MÉDIO
(x) ALTO – URGENTE

8. LOCAL PARA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS E/OU ENTREGA DOS PRODUTOS, PRAZO E PREVISÃO DE ENTREGA

Os produtos objeto da pretensão deverão ser entregues no Almoxarifado da Saúde, localizado Rua Aparício Alves Gonçalves, 80- Vila Nova- Santa Isabel- SP, das 07h: 00min a 15h:00, em dias úteis.

O prazo de entrega dos bens será de até 10 (dez) dias, contados da data de recebimento da Nota de Empenho pela parte vencedora.

9. DAS AMOSTRAS

(X) NÃO SE APLICA

10. BEM E/OU SERVIÇO COMUM

(x) SIM () NÃO

11. ENCAMINHAMENTO

Encaminhe-se ao Gabinete da Secretária de Saúde para análise e deliberação sobre a pertinência da demanda e o prosseguimento da contratação.

Tabata de Cima Gomes Pereira
Departamento de Administração e Finanças

12. DECISÃO DA AUTORIDADE COMPETENTE

1. Aprovo a continuidade do procedimento destinado à contratação em tela, considerando sua aderência aos objetivos estratégicos desta Secretaria de Saúde, bem como às necessidades da área requisitante.

2. Encaminhe-se à Diretoria de Compras para prosseguimento.

Santa Isabel, 04 de Março de 2024.

HELENA MARIA FERREIRA INÁCIO CHINCHILLA
Secretária Municipal da Saúde