

**DOCUMENTO DE FORMALIZACAO DE DEMANDA (DFD)**

**Objeto** Aquisição de equipamentos odontológicos para atender as necessidades das equipes multidisciplinares de saúde que atuam no Município Quedas do Iguaçu/PR.

|                                  |                               |
|----------------------------------|-------------------------------|
| <b>Unidade Requisitante:</b>     | Secretaria Municipal de Saúde |
| <b>Responsável pela demanda:</b> | Emanoele Tensini              |

|                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Justificativa:</b>                                              | A presente justificativa tem como objetivo embasar a necessidade da aquisição de um equipo odontológico entre outros equipamentos para o Município de Quedas do Iguaçu, visando a melhoria dos serviços prestados à população, bem como o aprimoramento das condições de trabalho dos profissionais de saúde bucal vinculados à instituição.                                                                                                                  |
| <b>Estimativa preliminar do valor da contratação:</b>              | Estima-se que o gasto total com a presente aquisição, será de até R\$ 271.671,17(duzentos e setenta e um mil e seiscentos e setenta e um reais e dezessete centavos) no período de 12(doze) meses.                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Data pretendida para a conclusão da contratação:</b>            | 22/05/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Descrição dos itens:</b>                                        | 06 Unid Cadeira Odontológica Completa.<br>20 Unid. Mocho Odontológico.<br>02 Unid. Compressor Odontológico 150l.<br>06 Unid. Compressor Odontológico 65 L.<br>10 Unid. Mesa Auxiliar Clínica Branca Para Consultório Dentista.<br>12 Unid. Fotopolimerizador Led.<br>06 Unid. Jato De Bicarbonato E Ultrassom Piezoelétrico<br>10 Unid. Negatoscópio Odontológico Com Lupa<br>05 Unid. Biombo Divisória Odontológico.<br>10 Unid. Balcão Clínico Odontológico |
| <b>Previsão de prazo de execução, após celebração do contrato:</b> | 5 (cinco) dias                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Período de Contratação</b>                                      | 12 (doze) Meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Opção legal:</b>                                                | Lei Federal nº 14.133/2021, Artigo 62, § 4º.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

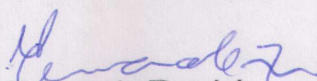
DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA (DFD)

|                                                                                                                                                                     |                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Objeto: Aquisição de equipamentos odontológicos para atender as necessidades das equipes multidisciplinares de saúde que atuam no Município de Quedas do Iguaçu-PR. |                               |
| Unidade Requisitante:                                                                                                                                               | Secretaria Municipal de Saúde |
| Responsável pela demanda:                                                                                                                                           | Emmanuel Tenzini              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Justificativa:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |
| A presente justificativa tem como objetivo embasar a necessidade da aquisição de um equipamento odontológico entre outros equipamentos para o Município de Quedas do Iguaçu visando a melhoria dos serviços prestados à população bem como o aprimoramento das condições de trabalho dos profissionais de saúde bucal vinculados à instituição.                                                                                                         |                                                                                 |
| Estimativa preliminar do valor de contratação:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | R\$ 17.420,00 (dezessete mil e quatrocentos e vinte reais) mais 12 (doze) meses |
| Data pretendida para a conclusão da contratação:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 22/05/2025                                                                      |
| Descrição dos itens:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                 |
| 01 Unid. Balcão Clínico Odontológico<br>05 Unid. Bomba Divisão Odontológica<br>10 Unid. Insetador Clínico Odontológico Com Lupa<br>06 Unid. Jato De Bicarbonato E Ultrassom Piezoeletrico<br>12 Unid. Fotopolimerizador Led<br>10 Unid. Mesa Auxiliar Clínica Banco Para Consultório Dentário<br>06 Unid. Compressor Odontológico 85 L<br>02 Unid. Compressor Odontológico 150 L<br>20 Unid. Macho Odontológico<br>05 Unid. Caixa Odontológica Comporta |                                                                                 |
| Previsão de prazo de execução, após celebração do contrato:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 5 (cinco) dias                                                                  |
| Período de Contratação:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 12 (doze) meses                                                                 |
| Opção legal:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Lei Federal nº 14.133/2021, Artigo 62, § 4º                                     |

|                                          |         |
|------------------------------------------|---------|
| Grau de prioridade de contratação:       | Alto    |
| Vinculação ou dependência com outro DFD: | Não há. |

Quedas do Iguaçu, 22 de Abril de 2025.



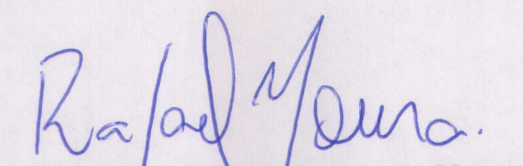
Emanoele Tensini

**Secretária Municipal de Saúde**

**AUTORIZAÇÃO DA AUTORIDADE COMPETENTE**

☒ **DEMANDA AUTORIZADA**

☐ **DEMANDA NÃO AUTORIZADA**



Rafael Cyrillo Chiapetti Alves de Moura  
**Prefeito Municipal**



|                                            |        |
|--------------------------------------------|--------|
| Gratuidade de<br>contratação               | Alto   |
| Vinculação ou dependência com<br>outro DFD | Não há |

Iguaçu, 25 de Abril de 2025.

Secretaria Municipal de Saúde

Enunciado Técnico

AUTORIZAÇÃO DA AUTORIDADE COMPETENTE

☒ DEMANDA AUTORIZADA

☐ DEMANDA NÃO AUTORIZADA

Prof. Dr. Cláudio Alves de Moura

Prefeito Municipal

## SOLICITAÇÃO DE DISPONIBILIDADE ORÇAMENTÁRIA

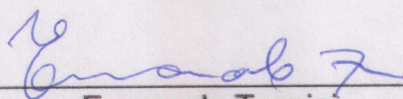
Ao Sr. Valmir Hartcopf

Chefe do Departamento de Contabilidade.

A Secretária de Saúde, vem através desta solicitar a Vossa Senhoria, a indicação de disponibilidade orçamentária para assegurar o pagamento referente Aquisição de equipamentos odontológicos para atender as necessidades das equipes multidisciplinares de saúde que atuam no município de Quedas do Iguaçu/Pr, com valor orçado em até R\$ 271.617,17(duzentos e setenta e um mil e seiscentos e dezessete reais e dezessete centavos) no período de 12(doze) meses. Necessitamos dos dados orçamentários caso haja disponibilidade, para instrução de procedimento preparatório de licitação e posterior contratação, nela deverão constar: Órgão; Unidade; Projeto/Atividade; Elemento de Despesas, Conta: e Fonte Recurso.

Atenciosamente,

Quedas do Iguaçu, 22 de Abril de 2025.



Emanoele Tensini

**Secretária Municipal de Saúde**



SOLICITAÇÃO DE DISPONIBILIDADE ORÇAMENTÁRIA

Ao Sr. Valmir Henrique

Chefe do Departamento de Contabilidade

A Secretária de Saúde, vem através desta solicitar a Vossa Senhoria, a indicação de disponibilidade orçamentária para assegurar o pagamento referente Adquisição de equipamentos odontológicos para atender as necessidades das equipes multidisciplinares de saúde que atuam no município de Quadeas do Iguaçu, com valor orçado em até R\$ 271.617,17 (duzentos e setenta e um mil e seiscentos e dezesseis reais e dezesseis centavos) no período de 12 (doze) meses. Necessários dos dados orçamentários caso haja disponibilidade, para instrução do procedimento preparatório de licitação e posterior contratação, nela deverão constar: Órgão, Unidade, Projeto/Atividade, Elemento de Despesa, Conta e Fonte Recurso

Atenciosamente,

Quadeas do Iguaçu, 22 de Abril de 2025

Secretaria Municipal de Saúde

Elisângela Ferreira

12