



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA ROMA DO SUL
DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DA DEMANDA DE BAIXO CUSTO E USO IMEDIATO

Secretaria/Órgão:	Sec. De Saúde	Responsável:	Catiane Zatti
Setor Requisitante:	Dpto. de Compras	Cargo:	Chefe do Setor de Adm Sec. Saúde
E-mail:	secretaria.saude@novaromadosul.rs.gov.br	Fone:	(54) 3294-1555

Nº DO PEDIDO:

364

AUTORIZAÇÃO PELA SECRETARIA DA FAZENDA

CREDOR CLARICE CARPES DE FREITAS	CNPJ 004.287.220-08	DATA 06/11/2023
TIPO DE LICITAÇÃO DISPENSA POR LIMITE	LICITAÇÃO Nº.	ANO DA LICITAÇÃO

CONTRATO Nº.	ANO DO CONTRATO	Nº. DO TERMO ADITIVO CONTRATO	ANO DO TERMO ADITIVO
---------------------	------------------------	--------------------------------------	-----------------------------

FONTE DO RECURSO 1 - RECURSO LIVRE	CÓD DA DESPESA	LOCAL DE ENTREGA OU PRESTAÇÃO DE SERVIÇO
--	-----------------------	---

Atesto, para os devidos fins, que o valor da contratação ora solicitada, com estas características, somadas as demais realizadas para tal finalidade, não ultrapassam os limites definidos no art. 75, I e II da Lei Federal 14.133/2021 no ano corrente.

JUSTIFICATIVA / FINALIDADE

Valor referente à pagamento de auxílio de prótese dentária, conforme previsto no art. 2º da resolução nº 01/2015 do Conselho Municipal de Saúde e parecer do setor de Assistência Social da Secretaria Municipal da Saúde, Cidadania e Assistência Social.

DESCRIÇÃO	QTD.	VLR. UNITÁRIO	VALOR TOTAL
AUXILIO PROTESE DENTARIA	1	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00
			R\$ 0,00
			R\$ 0,00
			R\$ 0,00
			R\$ 0,00
			R\$ 0,00
			R\$ 0,00
			R\$ 0,00
			R\$ 0,00
			R\$ 0,00
TOTAL GERAL	---	---	R\$ 2.500,00


Catiane Zatti
Chefe do Setor de Adm da Secretaria de Saúde