



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:

386

AUTORIZAÇÃO PELA SECRETARIA DA FAZENDA

CREDOR	CNPJ	DATA
CLARICE CARPES DE FREITAS	004.287.220-08	04/12/2023
TIPO DE LICITAÇÃO	LICITAÇÃO Nº.	ANO DA LICITAÇÃO
DISPENSA POR LIMITE		

CONTRATO Nº.	ANO DO CONTRATO	Nº. DO TERMO ADITIVO CONTRATO	ANO DO TERMO ADITIVO
FONTE DO RECURSO	CÓD DA DESPESA	LOCAL DE ENTREGA OU PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	
1 - RECURSO LIVRE			

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(VALOR COMPLEMENTAR), 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 / VALOR COMPLEMENTAR	1	R\$ 500,00	R\$ 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\$ 500,00


Catiane Zatti
Chefe do Setor de Adm da Secretaria de Saúde