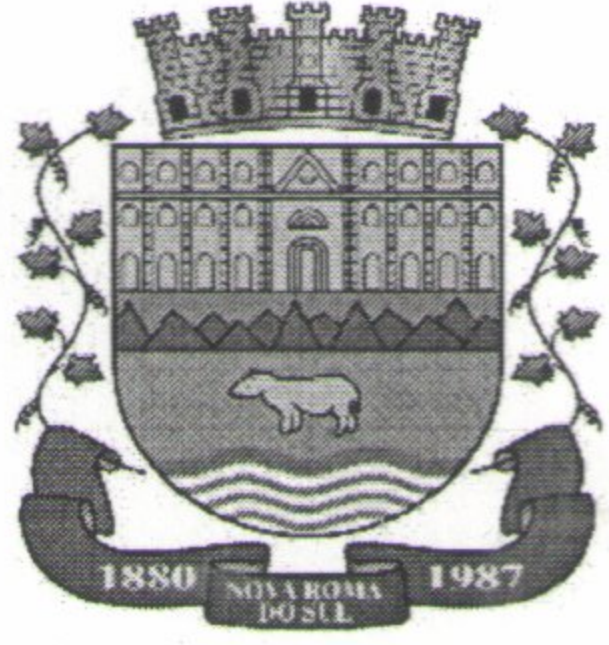




PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA ROMA DO SUL  
DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DA DEMANDA DE BAIXO CUSTO E USO IMEDIATO

|                     |                                  |              |                              |
|---------------------|----------------------------------|--------------|------------------------------|
| Secretaria/Órgão:   | Sec. de Saúde                    | Responsável: | Taise Marin                  |
| Setor Requisitante: | Dpto. de Compras                 | Cargo:       | Chefe de S. F e Distribuição |
| E-mail:             | farmacia@novaromadosul.rs.gov.br |              | Fone: (54) 3294-1499         |

Nº DO PEDIDO:

165

**AUTORIZAÇÃO PELA SECRETARIA DA FAZENDA**

|                                          |                 |                                          |                      |
|------------------------------------------|-----------------|------------------------------------------|----------------------|
| CREDOR                                   |                 | CNPJ                                     | DATA                 |
| KFMED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA |                 | 15.068.089/0001-03                       | 06/09/2024           |
| 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 |                      |
| 1600                                     | 3117            |                                          |                      |

**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 a pagamento de itens para a farmácia da UBS Municipal distribuídos mediante apresentação de receita médica assinada por profissional habilitado. Diante disto, solicitamos que seja providenciado na aquisição o que segue:

|                           |       |               |              |
|---------------------------|-------|---------------|--------------|
| DESCRIÇÃO                 | QTD.  | VLR. UNITÁRIO | VALOR TOTAL  |
| Complexo B polivitaminico | 1.500 | R\$ 0,0950    | R\$ 142,50   |
| DRAMIN B6 DL              | 100   | R\$ 11,300    | R\$ 1.130,00 |
| LEVOTIROXINA SÓDICA 88MCG | 1.500 | R\$ 0,4200    | R\$ 630,00   |
|                           |       |               |              |
|                           |       |               |              |
|                           |       |               |              |
| TOTAL GERAL               | ---   | ---           | R\$ 1.902,50 |

Nova Roma do Sul, 06/09/2024

*Taise Marin*

Taise Marin  
Chefe de S. F e Distribuição