



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                    |                |
| Sector Requisitante: | Dpto. de Compras                                                                                       | Cargo:       | Chefe do Setor de Adm Sec. Saúde |                |
| E-mail:              | <a href="mailto:secretaria.saude@novaromadosul.rs.gov.br">secretaria.saude@novaromadosul.rs.gov.br</a> |              | Fone:                            | (54) 3294-1555 |

Nº DO PEDIDO:

176

**AUTORIZAÇÃO PELA SECRETARIA DA FAZENDA**

|                      |                 |                                          |                      |
|----------------------|-----------------|------------------------------------------|----------------------|
| CREDOR               |                 | CNPJ                                     | DATA                 |
| FACILITAR AUTO PEÇAS |                 | 21.195.735/0001-98                       | 27/06/2024           |
| 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 |
|                      |                 |                                          |                      |
| MONTE DO RECURSO     | CÓD DA DESPESA  | LOCAL DE ENTREGA OU PRESTAÇÃO DE SERVIÇO |                      |
| 1500                 | 2030            |                                          |                      |

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 compra de materiais para manutenção de veiculos utilizados no transporte de pacientes agendados pela Secretaria Municipal de Saúde. Solicitamos que seja providenciado na aquisição do que segue:

| DESCRIÇÃO                      | QTD. | VLR. UNITÁRIO | VALOR TOTAL |
|--------------------------------|------|---------------|-------------|
| FILTRO LUBRIFICANTE PEL676     | 1    | R\$ 60,00     | R\$ 60,00   |
| FILTRO COMBUSTIVEL PSC852      | 1    | R\$ 515,00    | R\$ 515,00  |
| FILTRO AR ARL3751              | 1    | R\$ 100,00    | R\$ 100,00  |
| FILTRO AR CONDICIONADO ACP601  | 1    | R\$ 55,00     | R\$ 55,00   |
| PASTILHA FREIO TRASEIRA P1440B | 1    | R\$ 255,00    | R\$ 255,00  |
|                                |      |               | R\$ 0,00    |
|                                |      |               | R\$ 0,00    |
|                                |      |               | R\$ 0,00    |
|                                |      |               | R\$ 0,00    |
| TOTAL GERAL                    |      |               | R\$ 985,00  |

Catiane Zatti

Chefe do Setor de Adm da Secretaria de Saúde