



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

Secretaria/Órgão:	Sec. De Saúde	Responsável:	Fabricia Lodi
Sector Requisitante:	Dpto. de Compras	Cargo:	Secretária de Saúde
E-mail:	secretaria.saude@novaromadosul.rs.gov.br	Fone:	(54) 3294-1555

Nº DO PEDIDO:

38

AUTORIZAÇÃO PELA SECRETARIA DA FAZENDA

CREDOR	CNPJ	DATA
ROBERTO DE TONI	481.524.630-00	05/01/2026
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	
1501	1001		

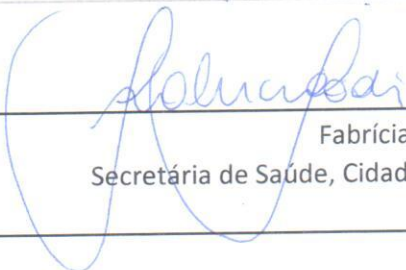
Atesto, para os devidos fins, que o valor da contratação ora solicitada, com estas características, somadas as demais realizadas para tal finalidade, não ultrapassam os limites definidos no art. 75, I e II da Lei Federal 14.133/2021 no ano corrente.

JUSTIFICATIVA / FINALIDADE

Valor referente à pagamento de auxílio saúde, atendendo os critérios da resolução nº 02/2024 do Conselho Municipal de Saúde e parecer do setor de Assistência Social da Secretaria Municipal da Saúde, Cidadania e Assistência Social.

Diante disto, solicitamos que seja providenciado conforme segue:

DESCRIÇÃO	QTD.	VL.R. UNITÁRIO	VALOR TOTAL
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ENCÉFALO C SEDAÇÃO	1	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00
SEDAÇÃO	1	R\$ 1.200,00	R\$ 1.200,00
			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\$ 3.200,00


Fabricia Lodi
Secretária de Saúde, Cidadania e Assistência Social

Fabricia Lodi
Secretária da Saúde, Cidadania
e Assistência Social