



DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA - Nº 017/2026.

Órgão: Prefeitura Municipal de Capão do Cipó	Setor requisitante: Secretaria de Saúde	
Endereço: Av. Tancredo Neves. nº 990	E-mail: asecretariadesaude456adm@gmail.com	Telefone: (55)984221-759
Responsável pela demanda: Carini Jesus Rosado Nascimento		

Objeto [marcar com um X]	Formas de contratação sugeridas De acordo com a Lei 14.133/21. [marcar com um X]			
☐ Serviço NÃO continuado	☐ Serviço continuado SEM dedicação exclusiva de mão de obra	☐ Concorrência	☐ Concurso	☐ Inexigibilidade
☒ Material de consumo	☐ Serviço continuado COM dedicação exclusiva de mão de obra	☒ Dispensa de licitação pequeno valor	☐ Dispensa de Licitação EXCETO pequeno valor	
☐ Material permanente		☐ Pregão	☐ Diálogo competitivo	☐ Leilão

Dotação Orçamentária: 246 - VÍNCULO 500

Projeto/Atividade:	Elemento de Despesa:	Rubrica:
--------------------	----------------------	----------

Justificativa da necessidade da contratação: Solicito a aquisição de material de consumo, de uso odontológico, para a manutenção dos atendimentos realizados na ESF Sede e Carovi a fim de complementar a aquisição realizada através do PRE 31/2025, sendo itens que de necessidade cotidiana que não constam no referido processo.

Nº do item no PCA	Qtd.	Un	Descrição (Completa/Detalhada)	Valor Unitário	Valor Total
	10	Cx	Anestésico articaine 4% com vaso 1,8ml, com 50 tubetes		
	06	Un	Kit restaurador provisória (IRM)		
	01	Un	Capa protetora impermeável transparente para cadeira odontológica		
	05	Cx	Esponja hemostática de colágeno 1cm x 1cm x 1cm com 10 unidades cada		

De preenchimento do **Setor de Compras**

TOTAL (Geral): R\$

Empresa contratada (Razão Social): _____

CNPJ:

Obs:

De preenchimento da **Empresa**


Carini Jesus Rosado Nascimento
Secretária de Saúde

Adair Fracaro Cardoso
Prefeito Municipal de Capão do Cipó/RS

RECEBEMOS
Em: ____/____/____