



# PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM SUCESSO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Cândido Francisco Soares, n. 67 Centro CEP – 37220-000 – Bom Sucesso – Minas Gerais  
Telefone: (35) 3841-1209 E-mail: pmboc@yahoo.com.br



## DFD - DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA

### DATA RECOMENDADA PARA A CONTRATAÇÃO

O objeto deverá ser contratado até: 18/02/2025

### INFORMAÇÕES DA UNIDADE / SETOR / SERVIDOR DEMANDANTE

**Setor requisitante:** Secretaria Municipal de Saúde

**Responsável pela demanda:** Poliana Silveira

**E-mail:** pmboc2021@hotmail.com

**Telefone:** (35) 3841-3153 99802-4950

### Indicação do Agente Público Responsável pela Fiscalização

**Fiscalização – Nome:** Poliana Silveira

### INFORMAÇÕES ACERCA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

#### Descrição sucinta da solicitação:

Aquisição de veículo automotor de 07 lugares 0(zero) quilômetro

#### Descrição da necessidade da contratação:

Os veículos especificados neste dfd serão adquiridos visando renovação parcial da frota de veículos da Prefeitura Municipal de Bom Sucesso que terá como objetivo suprir as demandas da Secretaria Municipal de Saúde.

E atender Resolução SES 9804/2024 em que o município foi comtemplado

#### Descrição dos resultados pretendidos:

Além da economia aos cofres publicos na manutenção e conservação, a aquisição destes novos veículos, irão proporcionar mais conforto e segurança a todos os usuários dos veículos que estão sendo adquiridos.

#### Estimativa das quantidades com a memória de cálculo (se for o caso):

De acordo com a comteplação que o Município teve através da Resolução SES 9804/2024

Item	Código	Descrição	Unidade	Qtde.
1		<b>Veículo automotor de 07 lugares 0 (zero) quilômetro</b> Veículo tipo passeio, Cor: branca, capacidade para 07 (sete) lugares, Ano 2025/2025; Motor: 1.8 ou superior, com tecnologia FLEX, potência: 111cv (A); Cilindros: 04; Válvulas / Cilindros: 02; Transmissão: automática de 06 (seis) velocidades, com opção de troca manual de marchas; Cilindrada: mínimo de 400 cm3; Capacidade mínima do tanque de combustível: 50 litros; Capacidade mínima Porta Malas com 07 lugares: 150 litros; direção com assistência hidráulica, elétrica ou eletro-hidráulica; Dimensões mínimas do	Und	02



# PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM SUCESSO

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Cândido Francisco Soares, n. 67 Centro CEP – 37220-000 – Bom Sucesso – Minas Gerais  
Telefone: (35) 3841-1209 E-mail: pmboc@yahoo.com.br



	veículo: Comprimento: 4.400 mm, . Largura: 1.700 mm, Distância entre eixos: 2.600 mm e Altura: 1.600 mm, Ar condicionado; Sistema de Freios ABS; Infotainment: Computador de bordo, Rádio, Espelhamento da tela do celular, USB, Bluetooth; Sensor de estacionamento traseiro; Air Bag duplo (frontal, lateral e cortina); Alarme Anti-Furto; Vidros, Travas e Porta Malas elétricos; Banco do motorista com regulagem; Cintos de Segurança individuais e de 03 pontos para os ocupantes; Rodas de liga leve; Banco traseiro bipartido, rebatível, correção e reclinável; Terceira fileira de bancos; Macaco, triângulo, chave de roda e extintor de incêndio tipo ABC e demais equipamentos de segurança exigidos pelo Código Nacional de Trânsito; Garantia do Veículo mínimo de 03 anos		
--	--	--	--

### Descrição dos requisitos necessários à contratação:

- Os veículos deverão ser entregues na Sede da Prefeitura Municipal localizada na Praça Benedito Valadares 51 Centro, Bom Sucesso-MG,
- A solicitação será feita pela Secretaria Municipal de Saúde através da ordem de compra NAF.
- O prazo de entrega é no máximo 30 dias corridos após o recebimento da NAF.
- Qualquer intercorrência quanto ao prazo de entrega, o fornecedor deverá se manifestar assim que receber a Naf, para que o Município possa analisar e decidir a questão do prazo.
- A empresa vencedora deverá fornecer os veículos de marca e modelo que disponha de assistência técnica, local autorizado pela fabricante para realização de manutenções e revisões dentro de um raio de 180 km.
- Os veículos deverão estar acompanhados do manual do usuário, com uma versão em português e da relação da rede de assistência técnica autorizada

**Dotação Orçamentaria:** 02.10.302.0210.3033. 4.4.90.52.00

**Ficha: 306 Fonte: 2.621** Recurso estadual

**Providências a serem adotadas previamente à contratação:** Não se aplica

**Possíveis impactos ambientais e respectivas medidas de tratamento:** Não se aplica

### RESPONSABILIDADE PELA FORMALIZAÇÃO DA DEMANDA

Assumo que ficarei, assim como o responsável pela fiscalização, à disposição para dirimir eventuais dúvidas sobre esta requisição, bem como para acompanhar todo o procedimento de contratação, fornecendo todas as informações técnicas necessárias junto ao agente de contratação, pregoeiro e sua equipe de apoio.

Certifico que a formalização da demanda acima identificada se faz necessária pelos motivos expostos na justificativa da contratação do presente documento.

Bom Sucesso, 10 de janeiro de 2025

*Poliana Silveira*  
Secretária Municipal de Saúde e  
Gestora Municipal do SUS