

# FICHA DE RATIFICAÇÃO DE DESPESAS POR INEXIGIBILIDADE OU DISPENSA DE LICITAÇÃO

ORGANIZAÇÃO: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

- Dispensa nº 012/FMS/2023.

- Inexigibilidade nº

1 – ENQUADRAMENTO LEGAL: Inciso X do artigo 24 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e suas alterações posteriores.

2 – CONTRATADO: **Fernando Luiz Alves Cavalcante**, regularmente inscrita no CPF/PE sob o nº 464.424.134-20.

3 – OBJETO RESUMIDO: Locação do imóvel situado na **Segunda Travessa da Saudade, nº 34, Ponte dos Carvalhos, Cabo de Santo Agostinho/PE**, destinado ao funcionamento do **Unidade de Saúde da Família – Alto do Sol**.

4 – VALOR CONTRATADO: O valor mensal do aluguel é de **R\$ 1.320,00 (mil trezentos e vinte reais)**, perfazendo o valor total contratual de R\$ 15.840.00 (quinze mil oitocentos e quarenta reais).

5 – MODALIDADE: Dispensável.

6 – CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL PROGRAMÁTICA: 10.301.159.4.150

NATUREZA DA DESPESA: 3.3.90.00.00

8 – RAZÃO DA DISPENSA DE LICITAÇÃO (Artigo 24, inciso X da Lei nº 8.666/93):


A solicitação dar-se-á em virtude do Município necessitar firmar contrato de Locação de imóvel, no endereço supramencionado, destinado ao funcionamento do **Unidade de Saúde da Família – Alto do Sol**, através da Dispensa nº 012/FMS/2023, com prazo de vigência pelo período de 12 (doze) meses, contado a partir da assinatura do Contrato. Com fito na documentação necessária apresentada tempestivamente para instrução do processo, e conforme o que preceitua o artigo 24, inciso X, da Lei nº 8.666/93, o qual possibilita a locação de imóvel destinado ao atendimento das finalidades precípuas da Administração, cujas necessidades de instalação e localização condicionem a sua escolha, mediante avaliação prévia. Diante deste diapasão, constata-se a possibilidade jurídica de contratação por Dispensa de processo licitatório.

9 – JUSTIFICATIVA DO PREÇO CONTRATADO (Artigo 26, inciso III, da Lei nº 8.666/93):

O preço contratado é compatível com o valor de mercado, segundo Parecer Técnico de Avaliação Mercadológica, da lavra da Perita Avaliadora Responsável, a **Sra. Thayna Camila Pereira dos Santos**, regularmente inscrito no CREA/MG sob o n.º 1817797506, documento este como parte integrante do processo.

10 – PARECER DA ASSESSORIA JURÍDICA nº 212/2023: em anexo

Cabo de Santo Agostinho/PE 06/11/2023.

  
Heitor Fernando Epitácio Ferreira  
Advogado OAB 43.783

11 – RATIFICAÇÃO PELA ORDENADORA DE DESPESAS / AUTORIDADE SUPERIOR:

Ratifica-se, de acordo com o artigo 26 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, c/c artigo 2º do Decreto Municipal nº 1.564 de 14 de junho de 2017, a presente despesa:

  
Daniele Uchôa Barros Alves  
Secretária Municipal de Saúde  
PMCSA - Mat. 25397  
Daniele Uchôa Barros Alves  
Gestora do Fundo Municipal de Saúde

Cabo de Santo Agostinho/PE, 18/12/2023.

**CÓPIA**

INFORME DE EXATIMACÃO DE IMPRESSÃO POR LINE KAMERLEINER DO TIPO DE FONTE

Form with checkboxes and labels, possibly for 'Impressão em Branco' and 'Impressão em Cor'.

INDICAR O TIPO DE IMPRESSÃO DE QUAL

INFORMAR O NOME DO CLIENTE, ENDEREÇO, CIDADE, ESTADO, CEP, DATA DE EMISSÃO DO DOCUMENTO, NOME DO RESPONSÁVEL PELA IMPRESSÃO, NOME DO RESPONSÁVEL PELA COPIA, NOME DO RESPONSÁVEL PELA DISTRIBUIÇÃO.

INFORMAR O NOME DO CLIENTE, ENDEREÇO, CIDADE, ESTADO, CEP, DATA DE EMISSÃO DO DOCUMENTO, NOME DO RESPONSÁVEL PELA IMPRESSÃO, NOME DO RESPONSÁVEL PELA COPIA, NOME DO RESPONSÁVEL PELA DISTRIBUIÇÃO.

INFORMAR O NOME DO CLIENTE, ENDEREÇO, CIDADE, ESTADO, CEP, DATA DE EMISSÃO DO DOCUMENTO, NOME DO RESPONSÁVEL PELA IMPRESSÃO, NOME DO RESPONSÁVEL PELA COPIA, NOME DO RESPONSÁVEL PELA DISTRIBUIÇÃO.

INFORMAR O NOME DO CLIENTE, ENDEREÇO, CIDADE, ESTADO, CEP, DATA DE EMISSÃO DO DOCUMENTO, NOME DO RESPONSÁVEL PELA IMPRESSÃO, NOME DO RESPONSÁVEL PELA COPIA, NOME DO RESPONSÁVEL PELA DISTRIBUIÇÃO.

INFORMAR O NOME DO CLIENTE, ENDEREÇO, CIDADE, ESTADO, CEP, DATA DE EMISSÃO DO DOCUMENTO, NOME DO RESPONSÁVEL PELA IMPRESSÃO, NOME DO RESPONSÁVEL PELA COPIA, NOME DO RESPONSÁVEL PELA DISTRIBUIÇÃO.

INFORMAR O NOME DO CLIENTE, ENDEREÇO, CIDADE, ESTADO, CEP, DATA DE EMISSÃO DO DOCUMENTO, NOME DO RESPONSÁVEL PELA IMPRESSÃO, NOME DO RESPONSÁVEL PELA COPIA, NOME DO RESPONSÁVEL PELA DISTRIBUIÇÃO.

INFORMAR O NOME DO CLIENTE, ENDEREÇO, CIDADE, ESTADO, CEP, DATA DE EMISSÃO DO DOCUMENTO, NOME DO RESPONSÁVEL PELA IMPRESSÃO, NOME DO RESPONSÁVEL PELA COPIA, NOME DO RESPONSÁVEL PELA DISTRIBUIÇÃO.

INFORMAR O NOME DO CLIENTE, ENDEREÇO, CIDADE, ESTADO, CEP, DATA DE EMISSÃO DO DOCUMENTO, NOME DO RESPONSÁVEL PELA IMPRESSÃO, NOME DO RESPONSÁVEL PELA COPIA, NOME DO RESPONSÁVEL PELA DISTRIBUIÇÃO.

INFORMAR O NOME DO CLIENTE, ENDEREÇO, CIDADE, ESTADO, CEP, DATA DE EMISSÃO DO DOCUMENTO, NOME DO RESPONSÁVEL PELA IMPRESSÃO, NOME DO RESPONSÁVEL PELA COPIA, NOME DO RESPONSÁVEL PELA DISTRIBUIÇÃO.

Handwritten signature or initials.

INFORMAR O NOME DO CLIENTE, ENDEREÇO, CIDADE, ESTADO, CEP, DATA DE EMISSÃO DO DOCUMENTO, NOME DO RESPONSÁVEL PELA IMPRESSÃO, NOME DO RESPONSÁVEL PELA COPIA, NOME DO RESPONSÁVEL PELA DISTRIBUIÇÃO.

INFORMAR O NOME DO CLIENTE, ENDEREÇO, CIDADE, ESTADO, CEP, DATA DE EMISSÃO DO DOCUMENTO, NOME DO RESPONSÁVEL PELA IMPRESSÃO, NOME DO RESPONSÁVEL PELA COPIA, NOME DO RESPONSÁVEL PELA DISTRIBUIÇÃO.

INFORMAR O NOME DO CLIENTE, ENDEREÇO, CIDADE, ESTADO, CEP, DATA DE EMISSÃO DO DOCUMENTO, NOME DO RESPONSÁVEL PELA IMPRESSÃO, NOME DO RESPONSÁVEL PELA COPIA, NOME DO RESPONSÁVEL PELA DISTRIBUIÇÃO.

CÓPIA