



DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DA DEMANDA

INFORMAÇÕES DO REQUISITANTE

Secretaria Municipal de Saúde.

1. DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE OU DO OBJETO:

1.1 A aquisição destes equipamentos será de suma importância para as unidades de saúde e também a unidade de pronto atendimento Maria Estela da Silva: Posto de Saúde Riachão, Posto de Saúde Baixa do Mateus e Posto de Saúde Lanchinha, localizados na Zona Rural deste município e UPAMES, principalmente porque muitos equipamentos e móveis encontram-se desgastados devido ao uso contínuo como também aquisição de novos equipamentos. Sendo assim a aquisição destes garantirá tais unidades à expansão do acesso à saúde, e disponibilizará um espaço moderno com melhor perspectiva de trabalho, especialmente ao atendimento à população local de baixa renda, viabilizando uma melhoria na qualidade de vida dessas famílias que por muitas vezes demoram muito para conseguir uma consulta ou geram lotação e tumulto nos hospitais das cidades vizinhas, buscando assim alguns atendimentos ou equipamentos que o município não possui.

2. JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO:

2.1 Considerando o Art. 196, da Constituição Federal, que diz que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

2.2 Considerando a Lei nº 8.080/1990 que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como um de seus princípios e diretrizes a integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

2.3 Considerando que um dos objetivos do SUS é a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

2.4 Considerando a necessidade de equipamentos para as unidades de saúde.

3. QUANTIDADE A SER CONTRATADA:



() Especificar Quantitativo:

(X) O quantitativo será apontado por ocasião do Estudo Técnico Preliminar..

4. ESTIMATIVA DO VALOR DA CONTRATAÇÃO:

Estimativa do valor da Contratação é de R\$ 120.000,00 (cento e vinte mil reais).

Estimativa obtida por meio de:

(X) Consulta ao mercado

() Licitação anterior

5. INDICAÇÃO DA DATA PRETENDIDA PARA A CONCLUSÃO DA CONTRATAÇÃO:

DATA PRETENDIDA: 15/08/2024

5.1. Há data específica para a Entrega ou Execução: () SIM* (X) NÃO

***Justificar:**

5.2. Há contrato ou Ata de Registro de Preço vigente: () SIM* (X) NÃO

***Data do Término da Vigência:**

6. Indicação do(s) integrante(s) administrativo(s) responsável(eis) pela Elaboração do ETP.

| Nome | Secretaria |
|-----------------------|----------------------|
| GELIANE GARCIA SANTOS | SECRETÁRIA MUNICIPAL |

7. Indicação do responsável pela fiscalização:

| Nome / cargo e função | Cargo e função |
|------------------------|-----------------------|
| MARCOS CHAGAS DA SILVA | AGENTE ADMINISTRATIVO |



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE
TENENTE LAURENTINO CRUZ

Sua confiança, nosso trabalho!

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Processo: 2003/2024

Folha Nº _____

Assinatura / Rúbrica

Tenente Laurentino Cruz/RN, 13 de maio de 2024.

Geliane Garcia Santos
Secretário Municipal de Saúde