

**DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA****Órgão:** Fundo Municipal de Saúde de Pouso Redondo**Setor requisitante (Unidade/Setor/Departamento):** Secretaria de Saúde**Responsável pela Demanda:** Cristiane Borghesan**E-mail:** cris99070799@gmail.com**Telefone:** 47-99103-0840

1. Objeto: Credenciamento de clínica de fisioterapia para realização de sessões de fisioterapia clínica, neurológica, hospitalar e domiciliar para os pacientes da Rede Municipal de Saúde tendo em vista a demanda do Município.

2. Justificativa da necessidade da contratação: O credenciamento de clínica de fisioterapia é de suma importância tendo em vista a grande demanda na fila de espera para sessões de fisioterapia do Município, que mesmo possuindo o profissional vinculado não consegue suprir a demanda, tornando o serviço indispensável. E buscamos sempre o acolhimento e resolutividade ao paciente.

3. Descrições e quantidades

Item	DESCRIÇÃO/ ESPECIFICAÇÃO	TIPO DO ITEM (*)	SUBITEM (**)	MARCA (SE APLICÁVEL)	UNIDADE DE MEDIDA	QUANTIDADE
1	Clinica de fisioterapia para realização de sessões de fisioterapia clínica, neurológica, hospitalar e domiciliar .	Serviço	Continuado	Não se aplica	Unidade	7.200 anual

(*) Materiais; serviços; obras; serviços de engenharia. (**) Consumo; permanente; continuado; não continuado.

4. Grau de prioridade da compra: Alto**5. Estimativa de valor:** R\$ 192.456,00**6. Prazo de entrega/ execução:****7. Local e horário da entrega/execução:****8. Vinculado ou dependente da contratação de outro Documento de Formalização de Demanda:** Não.**9. Indicação do fiscal do contrato ou servidor que fará a liquidação da despesa:**

Pouso Redondo 29 de novembro de 2024

Cristiane Borghesan

Assistente de Departamento de Saúde

OBSERVAÇÕES:

Assinantes

Veracidade do documento

Documento assinado digitalmente.
Verifique a veracidade utilizando o QR Code ao lado ou acesse
o site **verificador-assinaturas.plataforma.betha.cloud** e insira o código abaixo:

Z18**LY5****002****75R**