



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: Futura e eventual credenciamento de LABORATÓRIOS DE ANÁLISES CLÍNICAS PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE COLETA, ANÁLISE E DISTRIBUIÇÃO DE RESULTADOS DOS EXAMES LABORATORIAIS para o fundo municipal de saúde de Pouso Redondo de forma complementar, na Rede Municipal de Saúde tendo em vista a demanda do Município.						
2. Justificativa da necessidade da contratação: O Município não possui serviço próprio de Laboratório, e é uma necessidade premente para garantir a continuidade e a eficiência dos serviços de saúde oferecidos pelo Fundo Municipal de Saúde. A demanda por exames laboratoriais tem aumentado significativamente devido ao crescimento populacional e à maior conscientização da população sobre a importância do diagnóstico precoce e acompanhamento contínuo de diversas condições de saúde.						
3. Descrições e quantidades						
Item	DESCRIÇÃO/ESPECIFICAÇÃO	TIPO DO ITEM (*)	SUBITEM (**)	MARCA (SE APLICÁVEL)	UNIDADE DE MEDIDA	QUANTIDADE
1	LABORATÓRIOS DE ANÁLISES CLÍNICAS PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE COLETA, ANÁLISE E DISTRIBUIÇÃO DE RESULTADOS DOS EXAMES LABORATORIAIS	Serviço	Continuado	Não se aplica	Unidade	Por se tratar de futura e eventual contratação, não se estima quantidades pretendidas.
(*) Materiais; serviços; obras; serviços de engenharia. (**) Consumo; permanente; continuado; não continuado.						
4. Grau de prioridade da compra: Alto						
5. Estimativa de valor: R\$ 1.200.000,00						
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:

JQY**653****466****DO0**