

**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 ou hospital especializado para realização de exames de ultrassonografia.**2. Justificativa da necessidade da contratação:** A contratação para realização de exames de ultrassonografia é imprescindível para atender as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, atender a demanda de emergência dos pacientes que não podem aguardar a fila de espera do convênio CISAMAVI. Buscando sempre o acolhimento e resolutividade.**3. Descrições e quantidades**

Item	DESCRIÇÃO/ ESPECIFICAÇÃO	TIPO DO ITEM (*)	SUBITEM (**)	MARCA (SE APLICÁVEL)	UNIDADE DE MEDIDA	QUANTIDADE
1	Clinica ou hospital especializado em ultrassonografia	Serviço	Continuado	Não se aplica	Unidade	4.800 anual

(*) Materiais; serviços; obras; serviços de engenharia. **(**)** Consumo; permanente; continuado; não continuado.**4. Grau de prioridade da compra:** Alto**5. Estimativa de valor:** R\$ 432.000,00**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 13 de Dezembro 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:

N64**NXY****YYX****DPL**