

# DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DA DEMANDA

|                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Órgão:</b><br>FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CHAPADÃO DO SUL                      |
| <b>Setor Requisitante (Unidade/Setor/Depto):</b><br>Secretaria Municipal de Saúde |
| <b>Responsável pela Demanda:</b><br>Karla Viviane Pereira da Silva                |

## 1 – Justificativa da necessidade da compra do material.

### Objeto:

REGISTRO DE PREÇOS PARA FUTURA AQUISIÇÃO DE LEITE EM PÓ, E SUPLEMENTOS ALIMENTARES PARA SUPRIR A DEMANDA DO SETOR DE NUTRIÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E HOSPITAL MUNICIPAL, EM ATENDIMENTO AO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE.

Justifica-se a presente solicitação, tendo em vista a necessidade de aquisição de leites, fórmulas infantis, suplementos alimentares especiais e dietas enterais para atender idosos, crianças e pacientes que apresentam necessidades de cuidados alimentares especiais, assim como pacientes acamados do Hospital Municipal.

As aquisições de dieta alimentar especial para os pacientes da Atenção Primária são para atendimento a crianças e adultos em situação de vulnerabilidade social e/ou socioeconômica com distúrbios da digestão e absorção de nutrientes, cadastrados no sistema de saúde e com declaração médica para comprovação da indicação de uso.

A terapia nutricional é parte imprescindível, nas mais diversas faixas etárias, para o processo preventivo e terapêutico de múltiplas patologias, onde a utilização de formulações especializadas associadas aos demais cuidados multiprofissionais, configura condição fundamental para melhora e/ou manutenção da saúde do paciente.

## 2 – Quantidade de material a ser adquirida.

A quantidade de itens a serem adquiridos, foram estimados para um período de 12(doze) meses.

## 3 – Previsão de data em que deve ser iniciado o fornecimento

*Setembro/2024, podendo sofrer alterações.*

## 4 – Indicação do responsável pela fiscalização.

**Andreia C. Tomiazzi Alcântara** – Gestora de Contratos/Atas – Secretaria de Saúde

**Jovelino Luiz de Lima Filho** - Gestora de Contratos/Atas Substituto – Secretaria de Saúde

**Renata da Silva Cruz** – Nutricionista – Fiscal pela Secretaria de Saúde.

**Paula Costa Cunha** – Nutricionista – Fiscal pela Secretaria de Saúde em substituição

**Karla Viviane Pereira da Silva**  
**Demandante**

**Chapadão do Sul/MS, 23 de Agosto de 2024.**

Patricia Gomes Porto  
Responsável pela Formalização da Demanda



## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 3802-F10D-B7AD-8E5F

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ **PATRICIA GOMES PORTO** (CPF 028.XXX.XXX-08) em 23/08/2024 09:04:50 (GMT-04:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
- ✓ **KARLA VIVIANE PEREIRA DA SILVA** (CPF 017.XXX.XXX-78) em 23/08/2024 09:11:29 (GMT-04:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
- ✓ **ANDREIA CHAGAS TOMIAZZI ALCÂNTARA** (CPF 022.XXX.XXX-01) em 23/08/2024 09:19:08 (GMT-04:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
- ✓ **PAULA COSTA CUNHA** (CPF 013.XXX.XXX-69) em 23/08/2024 09:25:36 (GMT-04:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
- ✓ **JOVELINO LUIZ DE LIMA FILHO** (CPF 529.XXX.XXX-68) em 23/08/2024 10:44:39 (GMT-04:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
- ✓ **RENATA DA SILVA CRUZ** (CPF 001.XXX.XXX-67) em 26/08/2024 16:07:51 (GMT-04:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://chapadaodosul.1doc.com.br/verificacao/3802-F10D-B7AD-8E5F>