



ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE  
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO  
DIRETORIA DE PLANEJAMENTO E REGULAÇÃO – DPR

| DATA       | ORIGEM                                                                                              | DESTINO                   | Nº.        |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------|
| 01/11/2024 | DIRETORIA DE PLANEJAMENTO<br>E REGULAÇÃO – DPR                                                      | GABINETE DO<br>SECRETÁRIO | _____/2024 |
| ASSUNTO    | <i>Abertura de processo para procedimento auxiliar de licitação/contratação:<br/>CREDENCIAMENTO</i> |                           |            |

**DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA (DFD)**

Ao Exmo. Secretário Municipal de Saúde  
**CARLOS MARQUES DUNGA JUNIOR**

**Prezado Secretário,**

Meus cumprimentos. Por meio deste venho encaminhar-lhe o **documento de formalização de demanda**, conforme art. 72, I da Lei nº 14.133/2021, com apresentação de Estudo Técnico Preliminar – ETP e Termo de Referência, propondo a abertura de processo para: **CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS NA ÁREA DE SAÚDE PÚBLICA PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, DE FORMA COMPLEMENTAR, EM REGIME DE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS, CIRURGIAS, PARECERES MÉDICOS, PLANTÕES PRESENCIAIS E/OU SOBREAVISO, VISITAS CLÍNICAS PARA PESSOA FÍSICA E JURÍDICA NAS ZONAS URBANA E RURAL DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE – PARAÍBA**, com a pessoa jurídica **P K C A MANGUEIRA** CNPJ: 57.622.368/0001 -09

A justificativa para a realização do procedimento encontra-se motivada na necessidade de salvaguardar o interesse público e assegurar a integralidade da assistência, por meio do reforço no quadro médico, tendo em vista a insuficiência de servidores do quadro efetivo para fazer frente ao aumento vertiginoso da demanda, que acompanhou a criação de novos serviços.

Sendo o que apresentamos no momento, reitero votos de estima e respeito.

Cordialmente,

\_\_\_\_\_  
**ELIETE SILVA NUNES ALMEIDA**  
Diretora de Planejamento e Regulação de Serviços de Saúde





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: CDF9-55F5-226F-7765

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



ELIETE SILVA NUNES ALMEIDA (CPF 226.XXX.XXX-44) em 01/11/2024 12:04:10 (GMT-03:00)

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://campinagrande.1doc.com.br/verificacao/CDF9-55F5-226F-7765>