



IDENTIFICAÇÃO DA ÁREA REQUISITANTE

1. ESTÁ PREVISTO NO PLANEJAMENTO DE CONTRATAÇÃO DA UNIDADE? (Indicar documento comprobatório)

2. JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DA COMPRA OU CONTRATAÇÃO DE SERVIÇO TERCEIRIZADO, CONSIDERANDO O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO, SE FOR O CASO.

Devido a grande demanda de viagens SUS as cidades de referencia, as intercorrências nos veículos acontecem, a manutenção se faz necessário e é imprescindível que se mantenha o veículo em condições de rodar para atender as nossas necessidade e manter a segurança dos servidores motoristas e usuários.

(x) URGENTE

() **NÃO URGENTE**

Diante da justificativa acima e imprescindível a revisão do veículo Onix placa JBI9D54 ano 2023 modelo LT.



Estado do Rio Grande do Sul
Município de Ibiraiaras
Secretaria Municipal de Saúde

3. DESCRIÇÃO DOS MATERIAIS OU SERVIÇOS A SEREM CONTRATADOS.

ITEN	DESCRIÇÃO	QUANT.
01	Compressor	01
02	Condensador	01
03	Gás refrigerante	01

4. PREVISÃO DE DATA EM QUE DEVE SER INICIADA A PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS OU AQUISIÇÃO DOS ITENS.

INDICAR SE O SERVIÇO É CONTINUO OU NÃO.

() SERVIÇO CONTÍNUO (x) SERVIÇO NÃO CONTÍNUO

5. INDICAÇÃO DO MEMBRO DA EQUIPE DE PLANEJAMENTO E SE NECESSÁRIO O RESPONSÁVEL PELA FISCALIZAÇÃO.

Nome do Agente Municipal: ADELICIO FABRIS

Cargo Público: MOTORISTA

Matrícula: 35440

DFD FINALIZADO EM: 17/07/2025

Jose Cavagnollo
Responsável pela demanda



Estado do Rio Grande do Sul
Município de Ibiraiaras
Secretaria Municipal de Saúde

Análise da Autoridade Competente: (Secretários ou Prefeito)

() Indefiro a demanda

(x) Defiro a demanda

Passo ao setor administrativo desta Secretaria para que providencie a cotação e pesquisas de preços em sites públicos juntamente com o Estudo Tecno Preliminar e, posteriormente, confeccione o Termo de Referência para encaminhar ao setor de Compras e Licitações juntamente com demais documentos.

Jose Cavagnollo
Secretário Municipal de Saúde