

## DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DA DEMANDA (DFD)

### SETOR REQUISITANTE

Secretaria Municipal de Saúde

**Responsável(is) pela formalização de demanda:**

**Matrícula:**

FRANCIELA BONADIMAN

9507-1

**E-mail:**

**Telefone/Ramal**

saudead@saojoaodopolesine.rs.gov.br

(55)3269-1383

### IDENTIFICAÇÃO DA DEMANDA

Ao passo em que cumprimento, por meio deste Documento de Formalização de Demanda – DFD, solicitar que seja realizado Estudo Técnico Preliminar a fim de solucionar a demanda DO SERVIÇO DE MANUTENÇÃO PARA O CONserto DE AUTOCLAVE DE 21L DO POSTO DE SAÚDE/ESF

Desde já nos colocamos a inteira disposição para esclarecer as dúvidas pertinentes a contratação deste serviço.

São João do Polêsine - RS, 29 de setembro de 2026

Assinatura do Responsável pela formalização.



Assinado eletronicamente por:  
**FRANCIELA BONADIMAN**  
MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DO  
POLÊSINE  
Código do Assinante: 8004

Assinatura digital avançada.

Declaro que li, concordo e autorizo a realização do Estudo Técnico Preliminar para verificação da melhor solução e viabilidade de compra.



Assinatura do Secretário(a).



Assinado eletronicamente por  
**CINTIA BISOGNIN ROSSO**  
MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DO  
POLÊSINE  
Código do Assinante: 710

Assinatura digital avançada.

