

ESTADO DO TOCANTINS
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALIANÇA DO TOCANTINS
ADM: 2021/2024

DOCUMENTO DE OFICIALIZAÇÃO DA DEMANDA

MUNICÍPIO DE ALIANÇA DO TOCANTINS	
SETOR REQUISITANTE (UNIDADE/ORGÃO/SETOR): FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	
RESPONSÁVEL PELA DEMANDA: LUCINEIDE COSTA FARIAS	MATRÍCULA: 620
EMAIL: alianca.saude.to@gmail.com	TELEFONE:

1 – NECESSIDADE: Qual o problema a ser resolvido?

Contratação de uma empresa especializada na prestação de serviços de confecção de prótese dentária.

2 – OBJETO: Qual a solução preliminar para o problema?

OBS: Coloque a descrição/ especificação do objeto ou serviço desejado.

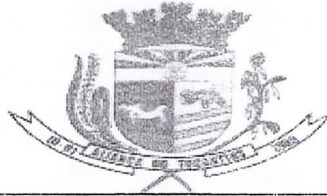
Contratação de uma empresa especializada na prestação de serviços de prótese dentária, visando atender a população do município de Aliança do Tocantins.

3 – JUSTIFICATIVA – porque o problema deve ser resolvido?


Considerando a portaria GM/MS N° 2.291 de 10 de setembro de 2021, que credencia o município de Aliança do Tocantins – TO , ao recebimento de incentivo financeiro referente ao laboratório regional de prótese dentária (LRPD) onde estabeleceu valor mensal de repasse, e considerando a demanda ainda existente no município, se torna necessário uma nova contratação

4 – QUANTIDADE DE SERVIÇO OU BEM A SER CONTRATADO: Qual a quantidade?

Item	Descrição	Quantidade
01	Protese total mandibular	
02	Protese total maxilar	
03	Protese parcial mandibular removível	



F.M.S. Aliança - TO
Fls. n° 03

04	Protese parcial maxilar removível	
5 – JUSTIFICATIVA DA QUANTIDADE: Porque essa quantidade é necessária? A quantidade acima descrita, atenderá a demanda ainda existente no município de Aliança do Tocantins, quantitativo que será distribuído em 22 próteses por mês.		
6 – DATA PARA ENTREGA DO BEM OU EXECUÇÃO DO SERVIÇO: em quanto tempo deve ser iniciado o serviço ou a entrega do bem? Mais rápido possível.		
7 – LOCAL, DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA UNIDADE/SETOR/ÓRGÃO Aliança do Tocantins - TO, 13 de março de 2023.  Lucineide Costa Farias Coordenadora de Atenção Primária Portaria N° 16/2021 LUCINEIDE COSTA FARIAS COOR. DA ATENÇÃO PRIMARIA		
8 – PROTOCOLO – quem recebeu? Em que data? Assinatura: _____ Data: _____ / _____ / _____		