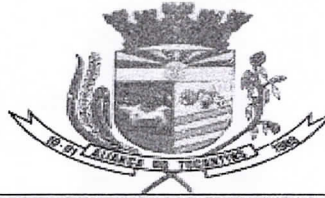




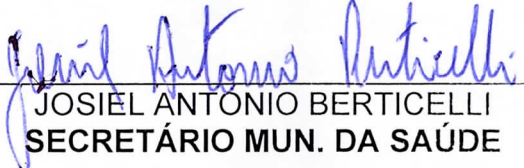
ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALIANÇA DO TOCANTINS  
ADM: 2021/2024

DOCUMENTO DE OFICIALIZAÇÃO DA DEMANDA

MUNICÍPIO DE ALIANÇA DO TOCANTINS	
SETOR REQUISITANTE ( UNIDADE/ORGÃO/SETOR): <b>FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE</b>	
RESPONSÁVEL PELA DEMANDA: <b>JOSIEL ANTONIO BERTICELLI</b>	MATRÍCULA: 1268
EMAIL: alianca.saude.to@gmail.com	TELEFONE:
1 – NECESSIDADE: Qual o problema a ser resolvido? Conserto de veículo.	
2 – OBJETO: Qual a solução preliminar para o problema? OBS: Coloque a descrição/ especificação do objeto ou serviço desejado. Contratação de empresa especializada em manutenção corretiva com reposição de peças para conserto de caminhonete Amarok 4x4, placa (QKE9831) que atende as necessidades do Fundo Municipal de Saúde	
3 – JUSTIFICATIVA – porque o problema deve ser resolvido? A execução do serviço atenderá às necessidades de manutenção corretiva com reposição de peças, a fim de manter o referido veículo em perfeitas condições de funcionamento, evitando-se desta forma transtornos para a Administração que utilizam tal veículo para desempenho cotidiano das atividades.	
4 – QUANTIDADE DE SERVIÇO OU BEM A SER CONTRATADO: Qual a quantidade? 1 contratação.	
5 – JUSTIFICATIVA DA QUANTIDADE: Porque essa quantidade é necessária? Tal contratação é necessária e suficiente para atender a necessidade do Fundo Municipal de Saúde.	
6 – DATA PARA ENTREGA DO BEM OU EXECUÇÃO DO SERVIÇO: em quanto tempo deve ser iniciado o serviço ou a entrega do bem? O mais rápido possível, tendo em vista que o veículo está sem funcionamento.	

**7 – LOCAL, DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA UNIDADE/SETOR/ÓRGÃO**

Aliança do Tocantins - TO, 15 de maio de 2023.

  
\_\_\_\_\_  
JOSIEL ANTONIO BERTICELLI  
SECRETÁRIO MUN. DA SAÚDE

**8 – PROTOCOLO – quem recebeu? Em que data?**

Assinatura: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_