



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: LEANDRA BATISTA PIMENTEL PIRES	MATRÍCULA: 1088
EMAIL: alianca.saude.to@gmail.com	TELEFONE: 63992705369

1 – NECESSIDADE: Qual o problema a ser resolvido? Contratação de empresa especializada na Prestação de Serviços em Manutenção preventiva e corretiva em computadores, notebooks, impressoras e servidores, incluindo instalação e desinstalação de periféricos, atualização e manutenção de softwares e manutenção de rede interna.
2 – OBJETO: Qual a solução preliminar para o problema? OBS: Coloque a descrição/ especificação do objeto ou serviço desejado. Contratar empresa especializada na Prestação de Serviços em Manutenção preventiva e corretiva em computadores, notebooks, impressoras e servidores, incluindo instalação e desinstalação de periféricos, atualização e manutenção de softwares e manutenção de rede interna.
3 – JUSTIFICATIVA – porque o problema deve ser resolvido? Tem por objetivo a contratação de empresa especializa para a execução dos serviços de manutenção preventiva e corretiva em computadores, notebook, impressoras e serviços incluindo a instalação e desinstalação de periféricos, atualização e manutenção de softwares, manutenção de rede interna, para o fundo municipal de saúde.
4 – QUANTIDADE DE SERVIÇO OU BEM A SER CONTRATADO: Qual a quantidade? 12 meses.
5 – JUSTIFICATIVA DA QUANTIDADE: Porque essa quantidade é necessária?



As quantidades acima é o suficiente para atender a demanda dos serviços de saúde pelo período de 1 (um) ano.

6 – DATA PARA ENTREGA DO BEM OU EXECUÇÃO DO SERVIÇO: em quanto tempo deve ser iniciado o serviço ou a entrega do bem?

Imediato

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

Aliança do Tocantins - TO, 18 de Janeiro de 2024.

Leandra Batista Pimentel Pires

Diretora de Gestão da Saúde

Leandra B. Pimentel Pires
Diretora de Gestão em Saúde
Decreto nº 055/2021

8 – PROTOCOLO – quem recebeu? Em que data?

Assinatura: _____

Data: ____/____/____