



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?
Aquisição de veículo.
2 – OBJETO: Qual a solução preliminar para o problema? OBS: Coloque a descrição/ especificação do objeto ou serviço desejado.
Aquisição de Veículo Pick-up Cabine Dupla 4x4 (Diesel), conforme recurso de emenda parlamentar proposta de aquisição de equipamento/material permanente Nº. DA PROPOSTA: 11341.0250001/22-001. Que segue anexada.
3 – JUSTIFICATIVA – porque o problema deve ser resolvido?
A aquisição, destinam-se a unidade básica de saúde I aliança, onde oportunizarão uma melhoria dos trabalhos realizados pelas equipes de saúde da unidade de saúde do município. É fundamental para melhor o atendimento de saúde do município, visto que existe uma extensão territorial grande e faz necessário o deslocamento das equipes de saúde. Devido o crescimento da demanda por serviços na área da saúde nos últimos anos, o município de Aliança do Tocantins vem buscando a melhoria constante do atendimento ofertado aos pacientes do sus, que são encaminhados para as unidades de saúde.
4 – QUANTIDADE DE SERVIÇO OU BEM A SER CONTRATADO: Qual a quantidade?
1 Pick-up Cabine Dupla 4x4 (Diesel).
5 – JUSTIFICATIVA DA QUANTIDADE: Porque essa quantidade é necessária?



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

Conforme a proposta anexada, o município recebeu uma emenda parlamentar para esta aquisição.

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

O mais rápido possível.

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

Aliança do Tocantins - TO, 27 de junho de 2022.

Leandra Batista Pimentel Pires

Diretora de Gestão da Saúde

8 – PROTOCOLO – quem recebeu? Em que data?

Assinatura: _____

Data: _____ / _____ / _____