DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA

Órgão do Município: PREFEITURA MUNICIPAL DE AGROLÂNDIA

Divisão requisitante: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Responsável pela Demanda: ELKE VERENA BARG SCHLICHTING DA SILVA Matrícula: 89826

E-mail: sec.saude@agrolandia.sc.gov.br Telefone: (47) 3534/4492

1. Objeto: CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS EM REGIME AMBULATORIAL PARA ATENDER ÀS DEMANDAS DO MUNICÍPIO DE AGROLÂNDIA/SC.

2. Justificativa da necessidade da contratação:

A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE É O ÓRGÃO PÚBLICO DO GOVERNO MUNICIPAL RESPONSÁVEL PELA DIREÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS E ATUA GARANTINDO A UNIVERSALIDADE, A EQUIDADE E A INTEGRALIDADE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, VISANDO O MELHOR USO DOS RECURSOS TÉCNICOS, HUMANOS E FINANCEIROS. SEGUNDO A CONSTITUIÇÃO FEDERAL, ARTIGO 196. "A SAÚDE É DIREITO DE TODOS E DEVER DOESTADO, GARANTIDO MEDIANTE POLÍTICAS SOCIAIS E ECONÔMICAS QUE VISEM À REDUÇÃO DO RISCO DE DOENÇA E DE OUTROS AGRAVOS E AO ACESSO UNIVERSAL E IGUALITÁRIO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS PARA SUA PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO".

A CONTRATAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS PARA ATENDIMENTO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE É IMPRESCINDÍVEL PARA ATENDER ÀS NECESSIDADES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, BUSCANDO SEMPRE O ACOLHIMENTO E RESOLUTIVIDADE, EM CONFORMIDADE COM A COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE, QUE NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES, APROVA O PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) NO ESTADO DE SANTA CATARINA, O QUAL ENGLOBA O CONJUNTO DE AÇÕES QUE BUSCAM PROMOÇÃO DA SAÚDE, PREVENÇÃO DE DOENÇAS E ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM TODOS OS NÍVEIS DE COMPLEXIDADE, CONSIDERANDO AS DIMENSÕES BIOLÓGICA, SOCIAL E CULTURAL DOS SUJEITOS.

3. Descrições e quantidades:

ITEM	DESCRIÇÃO/ ESPECIFICAÇÃO	TIPO DO ITEM	SUBITEM	UNIDADE DE MEDIDA	QUANT.
1	SERVIÇO MÉDICO CLÍNICO GERAL	SERVIÇO	CONTINUADO	ATENDIMENTO	14.400

4. Grau de prioridade da compra: ALTO.

5. Estimativa de valor: R$ 656.784,00.

6. Prazo de entrega/execução: ATÉ 05 DIAS ÚTEIS APÓS A ASSINATURA DO CONTRATO.

7. Local e horário da entrega/execução: UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE AGROLÂNDIA, DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA, DAS 07H30 ÀS 11H30 E DAS 13H00 ÀS 17H00.

8. Vinculado ou dependente da contratação de outro Documento de Formalização de Demanda: NÃO.

9. Indicação do fiscal do contrato ou servidor que fará a liquidação da despesa:

10. Contratação prevista no Plano de Contratação Anual (PCA)
(**X**)Sim
( ) Não

Agrolândia, 23 de janeiro de 2026.

Elke Verena Barg Schlichting da Silva
Matrícula nº 89826
Responsável pela Demanda

Assinado digitalmente por: ELKE VERENA BARG SCHLICHTING DA SILVA ***.630.139-** Secretária de Saúde 28/01/2026 11:57:27

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 28/01/2026 11:57 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p26cdd10a91973