**DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA (DOD)**

|  |  |
| --- | --- |
| **ÓRGÃO:** | PREFEITURA MUNICIPAL DE SORRISO - MT |
| **SETOR REQUISITANTE** |  SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO  |
| **RESPONSÁVEL PELA DEMANDA:** | **LUIS FABIO MARCHIORO** |
| **E-MAIL:** saude@sorriso.mt.gov.br | TELEFONE: (66) 3545-8000 |

|  |
| --- |
| 1. **Justificativa da necessidade da contratação/ aquisição do serviço ou produto:**
 |
|   Tal procedimento justifica-se pela necessidade de um centro de atendimento especializado em procedimentos fisioterapêuticos para a população de sorriso, proporcionando melhor atendimento e bem estar nos serviços públicos oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento. |

|  |
| --- |
| 1. **Quantitativo do serviço/produto a ser contratado ou adquirido:**
 |
| Construção do centro de reabilitação renascer, com 795,32 m² |

|  |
| --- |
| 1. **Previsão de data em que deve ser iniciada a prestação do serviço ou aquisição dos produtos**
 |
| Deve-se iniciar a prestação do serviço na data 20/09/2020. |

|  |
| --- |
| 1. **Check List Final de Formalização do Processo**
 |
| ( x ) Parecer Contábil ( x ) Cotações (Orçamentos/ Atas)( x ) Termo de Referência (02 Vias Assinadas e vistadas);( x ) Balizamento e quantitativos (Planilha);( ) Documentação do Fornecedor para o CRC (Quando for Dispensa ou Inexigibilidade); |

|  |
| --- |
| 1. **Indicação do membro da equipe de planejamento e o responsável pela fiscalização:**
 |
| **Nome:** | Rafael Henrique Sottero Bello (Fiscal) |
| **Nome:** | Luciano Clebert Scaburi (Fiscal Substituto) |

**Sorriso-MT, 01 de setembro de 2020.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**LUIS FABIO MARCHIORO**

**Secretário Municipal de Saúde e Saneamento**