**DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Órgão: **MUNICÍPIO DE CORDILHEIRA ALTA / SC** | | | |
| Setor requisitante: **FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE** | | | |
| Responsável pela Demanda**: SIDONIA SALETE CECON MERÍSIO** | | |  |
| E-mail:saude@pmcordi.sc.gov.br |  | Telefone: ( 49 ) 3358 1200 | |
| **1. Objeto:**  **TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS FINANCEIROS AO CIS-AMOSC PARA O CUSTEIO DAS DESPESAS COM PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS, RELATIVO AS DESPESAS DE MANUTENÇÃO E DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS E DE INVESTIMENTOS DO CONSÓRCIO, ADIMPLEMENTO DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM SAÚDE, DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL, A SEREM PRESTADOS AOS MUNÍCIPES DO MUNICÍPIO DE CORDILHEIRA ALTA E, ADIMPLEMENTO REFERENTE AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS E CORRELATOS – FARMÁCIA BÁSICA E PSICOTRÓPICOS, TUDO EM CONFORMIDADE COM AS DIRETRIZES DO SUS E NOS TERMOS DO ART. 8º DA LEI Nº 11.107/05** | | | |
| **2. Justificativa:**  **Necessidade de adesão aos contratos de rateio do CIS-AMOSC a fim de dar manutenção às atividades do Fundo Municipal de Saúde, especialmente tocante aos exames e serviços não disponibilizados nas Unidades de Saúde local.**  **Prestação de serviços especializados de referência e de maior complexidade a nível ambulatorial para a população do Município de Cordilheira Alta.** | | | |
| **3. Descrição do(s) itens / Estimativa do valor**  **O Município pagará pelo Objeto contratado um valor global estimado de R$ 1.154.625,09 (Hum milhão cento e cinquenta e quatro mil seiscentos e vinte e cinco reais e nove centavos) e repassará ao CIS-AMOSC, até o dia 25 (vinte e cinco) de cada mês, mediante débito na conta FPM, o valor correspondente aos serviços de saúde efetivamente utilizados no mês de referência (consultas/exames/procedimentos/OPM’s).** | | | |
| **4. Modalidade de contratação**  **Dispensa de Licitação- Contrato** | | | |
| **5. Data pretendida para contratação e justificativa**  **De 02/01/2024 a 31/12/2024, Contratação para o ano de 2024.** | | | |
| **6. Vinculação com outra contratação**  **Não há.** | | | |
| **7. Responsáveis por prestar informações**  **Sidonia Salete Cecon Merísio** | | | |
| Cordilheira Alta/ SC 21 de novembro de 2023  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Sidonia Salete Cecon Merísio**  Gestora do Fundo Municipal de Saude | | | |
| Em conformidade com a legislação que rege o tema, encaminhe-se à autoridade competente para análise de conveniência e oportunidade para a contratação e demais providências cabíveis, conforme Termo de Referência em anexo. | | | |
| **OBSERVAÇÕES:**  **Recebimento:** Este documento requer assinatura da Autoridade Competente.  Cordilheira Alta/ SC ... de ..................de 2023  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rudimar Marafon | | | |