



ESTADO DE SANTA CATARINA  
MUNICÍPIO DE SÃO BONIFÁCIO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Rua Clemente Lehmkühl, 42 – Centro – São Bonifácio – SC  
Fones: 48 32520064 / 32520237 – E-mail: saudebonifacio@gmail.com

## DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA

Órgão: <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b>	
Setor requisitante (Unidade/Setor/Departamento): <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b>	
Responsável pela Demanda: <b>Deisy Hawerroth</b>	Matrícula:
E-mail: <b>saudebonifacio@gmail.com</b>	Telefone: (48) <b>984211684</b>
Será necessário auxílio de área técnica para elaboração do ETP? SIM ou NÃO? <b>Não</b>	
<b>1. Objeto:</b> <b>Contratação de serviço de pessoa jurídica especializada para fornecimento de exames Anatomo Patológicos.</b>	
<b>2. Justificativa da necessidade da contratação</b>  <b>Tendo em vista que o Município de São Bonifácio fornece aos pacientes procedimentos em Pequenas Cirurgias (sinais na pele) e Exames de Colonoscopia e Endoscopia, que na maioria das vezes resultam em pequenas peças para análise em exame anatomo-patológico para congelamento / parafina por peça cirúrgica ou por biopsia (exceto colo uterino e mama).</b>  <b>O Exame Anatomo Palógico (AP) consiste na avaliação macroscópica e microscópica de células e tecidos, permitindo diagnosticar o tipo de lesão (benigna ou maligna) e suas características.</b>	



### 3. Descrições do Item e quantidades

Item	DESCRIÇÃO/ ESPECIFICAÇÃO	MARCA (SE APLICÁVEL)	UNIDADE DE MEDIDA	QUANTIDADE
1	Contratação de serviço de pessoa jurídica especializada para fornecimento de exames Anatomo Patológicos.		UNIDADE	150

### 4. Descrição da Solução:

**Os serviços serão disponibilizados para os pacientes que necessitam de análise em exame anatomo-patológico para congelamento / parafina por peça cirúrgica ou por biópsia (exceto colo uterino e mama). Através de agendamento via Sistema de Regulação – SISREG.**

**Solicitamos 150 unidades do exame para 12 meses.**

**Atendendo cerca de 100 pacientes nos 12 meses, pois alguns pacientes apresentam mais de uma amostra para análise.**

**Notas Explicativas:** A identificação do problema deve conter:

- 1 Descrição da solução
- 2 Quantidade necessária de produtos ou serviços
- 3 Estimativa
- 4 Demais descrições necessárias

4.1. Prazo de Entrega/ Execução: **Maior2024**

4.2. Local e horário da Entrega/Execução: **Unidade Básica de Saúde de São Bonifácio.**

4.3. Unidade e servidor responsável para esclarecimentos: **Secretaria de Saúde - Maria Helena Kühl**



ESTADO DE SANTA CATARINA  
MUNICÍPIO DE SÃO BONIFÁCIO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Rua Clemente Lehmkuhl, 42 – Centro – São Bonifácio – SC  
Fones: 48 32520064 / 32520237 – E-mail: saudebonifacio@gmail.com

4.4. Prazo para pagamento:

4.5 Fonte de recurso: MAC (Média e Alta Complexidade) ou Próprio

São Bonifácio 03 de abril de 2024.

Responsável pela Formalização da Demanda

Maria Helena Kühl

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.

**OBSERVAÇÕES:**

Este documento requer assinatura da Autoridade da Área Requisitante.

Deisy Hawerroth