



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓDIA DE ITAÍ

CNPJ: 45.931.359/0001-10

Rodovia SP 255, Km 299 – Itaip – SP – Fone: (14) 3761-1565 –
www.santacasadeitai.org.br

Fis. _____

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA

Órgão: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓDIA DE ITAÍ	
Setor Requisitante: PEDIATRIA	
Responsável pela Demanda Gerival L. de Moraes	Cargo: Provedor
E-mail: scitai@hotmail.com	Telefone: 14- 3761-1565
Objeto: Implantação de Brinquedoteca na Ala Pediátrica	
Número da Solicitação no Sistema de Compras: O processo irá tramitar via físico	

1. Justificativa da contratação

Este projeto visa atender às crianças hospitalizadas na unidade de Pediatria da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Itaip, fomentando e ampliando o acesso deste público, durante o período de permanência hospitalar, à cultura, à saúde no âmbito da prevenção de doenças mais comuns na infância (doenças diarreicas e respiratórias), à conceitos de educação alimentar, à conceitos de educação em saúde (higiene bucal, pediculose, higiene pessoal) e ao brincar, estimulando o desenvolvimento das atividades lúdicas.

2. Quantidade e descrição simplificada do material ou serviço a ser adquirido/contratado

Reformar uma área de 69,63m² - retirada de esquadrias, inclusão de portas e janelas de alumínio, remoção de entulho, demolição de alvenaria, nivelamento de piso, instalação de vergas e contravergas, estrutura, revestimentos, forro de gesso, instalação de luminária e arandelas, instalação de grama sintética, pintura, climatização e cobertura.

3. Dotação Orçamentária

Recursos oriundo de doação do CMDCA no valor de R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais).
E contrapartida da entidade no valor de R\$ 7.246,18 (sete mil, duzentos e quarenta e seis reais e dezoito centavos)
Totalizando R\$ 47.246,18 (quarenta e sete mil, duzentos e quarenta e seis reais e dezoito centavos)



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓDIA DE ITAÍ

CNPJ: 45.931.359/0001-10

Rodovia SP 255, Km 299 – Itaiti – SP – Fone: (14) 3761-1565 –

www.santacasadeitai.org.br

Fis. _____

4. Forma e prazo de pagamento

4.1. Forma de Pagamento: Transferência Bancária

4.1.1. Caso seja em forma especial, indicá-lo e justificá-lo: -

4.2. Prazo de Pagamento: por medições, a cada 30 dias.

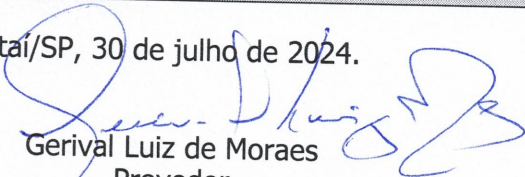
4.2.1. Caso seja em prazo especial, indicá-lo e justificá-lo:

5. Indicação do gestor da contratação

Eduarda H. Prado
Gestora Hospitalar

6. Indicação, se necessário, do responsável pela fiscalização (técnica e/ou administrativa)

Itaiti/SP, 30 de julho de 2024.


Gerival Luiz de Moraes
Provedor