



**DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA 2026 –FMS**

**Ao Sr: Thiago Pereira Costa**  
Agente de Contratação

<b>INFORMAÇÕES DA UNIDADE</b>		
<b>Setor Requisitante (Unidade/Setor/Depto.):</b> Secretaria Municipal de Saúde		
<b>Gestor da Unidade Requisitante:</b> Vital Lourenço Gomes Júnior	<b>Matrícula do Gestor:</b> 04/2025	
<b>Responsável pela Demanda:</b> Valeria lima de Assis	<b>Matrícula/Portaria nº:</b> 3075-1	
<b>E-mail:</b> <a href="mailto:saudebjt@gmail.com">saudebjt@gmail.com</a>	<b>Telefone:</b> (94) 99284 -7745	
<b>Objeto:</b>  <input type="checkbox"/> Serviço não continuado  <input type="checkbox"/> Serviço continuado SEM dedicação exclusiva de mão de obra  <input type="checkbox"/> Serviço continuado COM dedicação exclusiva de mão de obra  <input type="checkbox"/> Material de consumo  <input type="checkbox"/> Material permanente / equipamento  <input checked="" type="checkbox"/> Locação de imóveis		
<b>Forma de Contratação sugerida:</b>  <input type="checkbox"/> Modalidades da Lei n.º14.133/21: (especificar a modalidade)  <input type="checkbox"/> Pregão (especificar se Pregão próprio ou como participe em Pregão de outro Órgão, com o uso do SRP)  <input checked="" type="checkbox"/> Dispensa/Inexigibilidade  <input type="checkbox"/> Adesão à IRP de outro Órgão		
<b>Graude Prioridadeda Contratação</b>		
ALTO ( )	MÉDIO ( x )	BAIXO ( )

**1. Objeto:**

Locação de 01 (um) Imóvel Urbano, localizado na Av. Jarbas Passarinho s/n, Bairro Centro, no Município de Bom Jesus do Tocantins-PA, Para Instalação do Serviço de Atendimento ao transtorno do esparto do autismo (TEA). Pelo período de 12 (doze) meses.



PREFEITURA DE

**BOM JESUS  
DO TOCANTINS**

CONSTRUINDO A CIDADE DOS NOSSOS SONHOS!

**Secretaria de  
Saúde****2. Justificativa da necessidade da contratação da solução, considerando o Planejamento Estratégico, se for o caso:**

A locação do imóvel justifica-se pela necessidade de garantir a continuidade dos serviços públicos de saúde ofertados à população usuária do Sistema Único de Saúde – SUS, especialmente aqueles realizados pelo Centro de Atendimento ao Transtorno do Espectro do Autismo (TEA).

A Secretaria Municipal de Saúde possui a responsabilidade de assegurar atendimento especializado aos pacientes diagnosticados com Transtorno do Espectro Autista, promovendo acompanhamento multiprofissional adequado.

Ressalta-se que o Município não dispõe de imóvel próprio com características estruturais adequadas para abrigar o referido serviço, tornando necessária a locação de espaço que atenda às exigências de acessibilidade, localização, segurança, divisão de ambientes e capacidade de atendimento.

O imóvel selecionado apresenta condições compatíveis com as necessidades da Administração Pública, possuindo valor de locação compatível com o mercado local, conforme laudo de avaliação imobiliária.

A ausência da contratação poderá ocasionar prejuízos à continuidade dos serviços públicos essenciais prestados à população.

**3. Descrições e quantidades**

Item	Descrição/Especificação	Unidade de Medida	Quant. Estimada
01	Locação de 01 (um) Imóvel Urbano, localizado na Av. Jarbas Passarinho s/n, Bairro Centro, no Município de Bom Jesus do Tocantins-PA, Para Instalação do Serviço de Atendimento ao transtorno do esperto do autismo (TEA). Pelo período de 12 (doze) meses.	Mês	12

**4. Observações gerais:**

Sede e Unidades de Saúde	Necessidade/Aplicação
Serviço de Atendimento ao transtorno do esperto do autismo (TEA). Pelo período de 12 (doze) meses.do Município de Bom Jesus do Tocantins-PA	São amplas e visam oferecer suporte abrangente a indivíduos com autismo e suas famílias.

**4.1. Prazo de Entrega/Execução: Conforme ordem de serviço****4.2. Local e horário da Entrega/Execução:24 horas**

Sede e Unidade de Saúde	Endereço
TEA - Para Instalação do Serviço de Atendimento ao transtorno do esperto do autismo (TEA). Pelo período de 12 (doze) meses. do Município de Bom Jesus do Tocantins-PA	Av. Jarbas Passarinho S/N, Bairro Centro, no Município de Bom Jesus do Tocantins-PA

**4.3. Unidade e servidor responsável para esclarecimentos:**

**Tec de enfermagem**  
Valeria Lima De Assis

**4.4. Prazo para pagamento: Até 30 dias**



PREFEITURA DE

**BOM JESUS  
DO TOCANTINS**

CONSTRUINDO A CIDADE DOS NOSSOS SONHOS!

**Secretaria de  
Saúde**

Submeto Documento de Formalização da Demanda para avaliação

Bom Jesus do Tocantins-PA, 08 de janeiro de 2026.

*Valeria Lima de Assis*

Valeria Lima De Assis

3075-1