

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA

Nº da solicitação:

Órgão: Fundação Hospitalar Dr. José Athanázio

Setor requisitante (Unidade/Setor/Departamento): Obras/Manutenção

Responsável pela Demanda: **Marco Túlio Sabei**

Matrícula:

E-mail: compras@fhja.com.br Telefone: (49) 99111-8486**1. Objeto:** MANUTENÇÃO PREVENTIVA ANUAL DO ELEVADOR COM EMISSÃO DE ART**2. Justificativa da necessidade da contratação:**

A contratação de empresa especializada para a manutenção preventiva do elevador do hospital se faz necessária para garantir o pleno funcionamento, segurança dos usuários e conformidade com as normas técnicas vigentes. O elevador é de uso contínuo e essencial para o transporte de pacientes, colaboradores, materiais e equipamentos entre os pavimentos, sendo indispensável para a rotina hospitalar.

Além disso, a manutenção preventiva realizada por empresa devidamente registrada no CREA, com emissão da ART (Anotação de Responsabilidade Técnica), assegura que os serviços sejam executados por profissionais habilitados, atendendo às exigências legais e garantindo a rastreabilidade e responsabilidade técnica dos trabalhos realizados.

Essa contratação visa evitar paradas inesperadas, reduzir riscos de acidentes, prolongar a vida útil do equipamento e manter o hospital em conformidade com as normas de segurança e fiscalização.

3. Descrições e quantidades

Item	DESCRIÇÃO/ ESPECIFICAÇÃO	TIPO DO ITEM (*)	SUBITEM (**)	MARCA (SE APLICÁVEL)	UNIDADE DE MEDIDA	QUANTIDADE
1	MANUTENÇÃO PREVENTIVA ANUAL DO ELEVADOR COM EMISSÃO DE ART	SERVIÇO	Não continuado		UNIDADE	1
2						

(*) Materiais; serviços; obras; serviços de engenharia.

(**) Consumo; permanente; continuado; não continuado.

4. Grau de prioridade da compra: Alto**5. Necessita de análise de riscos:**☐ SIM☒ Não

Justificativa: _____

6. Previsão no PCA☐ SIM Descrição: _____ ☒ Não, precisa incluir**7. Estimativa de valor:****8. Prazo de entrega/ execução: 30 dias após emissão da AF**

9. Recursos orçamentários:
10. Local e horário da entrega/execução: RUA NEREU RAMOS N 379, CENTRO, FUNDAÇÃO HOSPITALAR DR. JOSÉ ATHANÁZIO, CAMPOS NOVOS, SC HORÁRIO: DAS 8:00 ÀS 17:00
11. Vinculado ou dependente da contratação de outro Documento de Formalização de Demanda: Não
12. Indicação do fiscal do contrato ou servidor que fará a liquidação da despesa: Marco Túlio Sabei
Campos Novos, 16 de Outubro de 2025. Responsável pela Formalização da Demanda Marco Túlio Sabei Gerente Operacional
OBSERVAÇÕES:

Assinado eletronicamente por:

* Marco Túlio Sabei (**.751.739-**)

em 16/10/2025 11:36:14 com assinatura simples

* RAFAEL MOISES MANFREDI (**.589.699-**)

em 16/10/2025 11:59:52 com assinatura qualificada (ICP-Brasil)

Este documento é cópia do original assinado eletronicamente.

Para obter o original utilize o código QR abaixo ou acesse o endereço:

<https://camposnovos-e2.ciga.sc.gov.br/#/documento/0652b5f1-d7c2-4ada-96e6-0c79668324ab>

