

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA (DFD)

Órgão: Secretaria de Administração

Setor Requisitante (Unidade/Setor/Depto): Secretaria de Saúde

Responsável pela Demanda:
Michele Sales

Data: 12/04/2024

E-mail:
saudef2@saolourencodaserra.sp.gov.br

Telefone: (11) 4686-3744
Ramal: 3745

1 - OBJETO

Solicitamos a aquisição de 01 (um) Aspirador de Secreção Elétrico Móvel proveniente do Recurso do Ministério da Saúde para esta Secretaria.

2 - JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

A aquisição se faz necessária para o auxílio durante e após as cirurgias, removendo fluidos cirúrgicos, tecidos (incluindo ossos), gases e fluidos corporais.

3 - QUANTIDADE E DESCRIÇÃO.

01 (um) Aspirador de Secreção Elétrico Móvel com as seguintes especificações.

- FLUXO DE ASPIRAÇÃO|SUPORTE
C/RODÍZIOS|FRASCO|ALIMENTAÇÃO|GRAU PROTEÇÃO|VÁCUO:20 A 30
LPM|NÃO POSSUI POR SER PORTÁTIL ATÉ 3,5KG|TERMOPLÁSTICO|BIVOLT
BAT DE LÍTO RECARREGÁVEL|P22|0 A 620mmHg

4 - OBSERVAÇÕES GERAIS

4 – OBSERVAÇÕES GERAIS

4.1. **Prazo de Entrega/Execução:** Até 20 dias após pedido.

4.2. **Local e horários da Entrega/Execução:** De segunda a sexta-feira, as 08 às 16h, no Almoxnafado da secretaria de saúde, localizado na rua João Alfredo de Moraes, 79 Centro- São Lourenço da Serra

4.3. **Unidade e servidor responsável para esclarecimentos:** Secretaria da Saúde - Rosana

4.4. **Prazo para pagamento:** 30 dias após assinatura de recebimento na nota fiscal

São Lourenço da Serra, 12 de abril de 2024



Michele Sales
Secretária de Saúde