



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM SUCESSO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
Rua Cândido Francisco Soares, n. 67 Centro Cep – 37220-000 – Bom Sucesso – Minas Gerais  
Telefone: (35) 3841-1209 Email: pmboc@yahoo.com.br



**DFD - DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA**

**DATA RECOMENDADA PARA A CONTRATAÇÃO**

O objeto deverá ser contratado até: 16/01/2026

**INFORMAÇÕES DA UNIDADE / SETOR / SERVIDOR DEMANDANTE**

**Setor requisitante:** Secretaria Municipal de Saúde

**Responsável pela demanda:** Poliana Silveira

**E-mail:** pmboc2021@hotmail.com

**Telefone:** 35 9 9811-2900

**Indicação do Agente Público Responsável pela Fiscalização**

**Fiscalização – Nome:** Poliana Silveira

**INFORMAÇÕES ACERCA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO**

**Descrição sucinta da solicitação:** Prestação de Serviço de transporte do Consorcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Microrregião de Lavras-CISLAV.

**Descrição da necessidade da contratação:**

Ofertar à população transporte gratuito para realizarem suas consultas e exames, exonerando o município de adquirir veículos com capacidade acima de 28 passageiros.

**Descrição dos resultados pretendidos:**

Transportar a população de forma gratuita, com qualidade e segurança, para exames e consultas fora do município, além de economia aos cofres públicos quanto a manutenção veicular.

**Estimativa das quantidades com a memória de cálculo (se for o caso):**

As quantidades foram estipuladas pela duração pretendida do contrato (12 meses), no formato mensal.

Item	Descrição	Valor Estimado Anual
1	Prestação de serviço do programa Transporta SUS Locação de veículo com: manutenção preventiva e corretiva; abastecimento; lavagem; peças de reposição; troca de pneus; alinhamento; balanceamento; aferição de tacógrafo, entre outros.	R\$ 119.658,00

**Descrição dos requisitos necessários à contratação:**

- O prestador emitirá a nota fiscal após o recebimento da Naf do serviço prestado;
- O prestador deverá enviar relatório com quilometragem rodada, mais o valor da parcela fixa;
- Os motoristas serão de responsabilidade da secretaria;



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM SUCESSO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
Rua Cândido Francisco Soares, n. 67 Centro Cep – 37220-000 – Bom Sucesso – Minas Gerais  
Telefone: (35) 3841-1209 Email: pmboc@yahoo.com.br



- Fica total responsabilidade ao consorcio a respeito da manutenção preventiva e corretiva,abastecimento,lavagem do veiculo e outros serviços.

**Providências a serem adotadas previamente à contratação:**

Não se aplica.

**Possíveis impactos ambientais e respectivas medidas de tratamento**

Não se aplica

**Dotação Orçamentaria:**

**Ficha: 298 Fonte: 1500**

**RESPONSABILIDADE PELA FORMALIZAÇÃO DA DEMANDA**

Assumo que ficarei, assim como o responsável pela fiscalização, à disposição para dirimir eventuais dúvidas sobre esta requisição, bem como para acompanhar todo o procedimento de contratação, fornecendo todas as informações técnicas necessárias junto ao agente de contratação, pregoeiro e sua equipe de apoio.

Certifico que a formalização da demanda acima identificada se faz necessária pelos motivos expostos na justificativa da contratação do presente documento.

Bom Sucesso-MG, 10 de dezembro de 2025

---

**POLIANA SILVEIRA**  
*Secretária Municipal de Saúde*