**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO AMAZONAS – SES/AM**

**SECRETARIA EXECUTIVA DE ASSISTÊNCIA – SEA/SES-AM [Secretaria responsável pela demanda]**

**DOCUMENTO DE OFICIALIZAÇÃO DA DEMANDA (DOD)**

| 1. **IDENTIFICAÇÃO DO REQUISITANTE RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO DOD** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **Secretaria / Órgão auxiliar:** | Secretaria Executiva de Assistência – SEA/SES-AM | **Unidade Administrativa:** | Assessoria da Secretaria Executiva de Assistência – SEA\_ASS/SEA/SES-AM |
| **Nome do requisitante:** | Nome do servido**r** | **Cargo / Função:** | Chefe da Assessoria da Secretaria Executiva de Assistência – SEA\_ASS/SEA/SES-AM |
| **E-mail:** | email.servidor@provedor.gov.br | **Telefone (s):** | (92) 99555 5555 |

1. **IDENTIFICAÇÃO DA DEMANDA**
   1. *[Deve-se redigir uma redação, na qual melhor descreva a* ***NECESSIDADE*** da unidade/setor demandante.*]*
      1. *Texto*
         1. *Texto*
            1. *Texto*

*Texto*

1. **JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE**
   1. *[Deve-se informar a situação que gerou a necessidade e que justifique a contratação pretendida ou a aquisição pleiteada.*
2. **ESTIMATIVA DE QUANTIDADE**
   1. *[Quantitativo do serviço/produto a ser contratado ou adquirido. Deve-se informar a unidade de medida para real mensuração.]*

Tabela 01 - Estimativas de Quantidades

| **Lote 1 ou lote único.** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **ID** | **DESCRIÇÃO DO OBJETO** | **UND** | **QTD (Mensal)** | **QTD (Anual)** |
| **A** | **B = A x 12** |
| 1 |  |  |  |  |  |

Fonte: (Área Técnica)

1. **PREVISÃO DE DATA EM QUE DEVE SER INICIADA A PRESTAÇÃO DO SERVIÇO OU AQUISIÇÃO**
   1. *[Informar a data pretendida em que será iniciada a prestação de serviço ou a necessidade de aquisição]*
2. **ALINHAMENTO ESTRATÉGICO COM OS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DA GESTÃO ESTADUAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, SE HOUVER**
   1. *[Sempre que possível, indicar qual disposição estratégica será realizada ao atender a demanda, como disposições do PES – Plano Estadual de Saúde e/ou PAS Plano Anual de Saúde 2024, que contribua para a contínua melhoria na gestão da saúde.]*
3. **FONTE DE RECURSO**
   1. **Observação:** *[Somente preencher quando o demandante conhecer a fonte ou origem do recurso, como por exemplo: Emenda Parlamentar, Portarias específicas do MS. etc.]*
4. **ANUÊNCIA DA EQUIPE:**
   1. **ANUÊNCIA DA ÁREA REQUISITANTE:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Assinado Eletronicamente)

**MEMBRO ELABORADOR**

Assessoria da Secretaria Executiva de Assistência – SEA\_ASS/SEA/SES-AM

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Assinado Eletronicamente)

**RESPONSÁVEL PELA EQUIPE DE ELABORAÇÃO**

Assessoria da Secretaria Executiva de Assistência – SEA\_ASS/SEA/SES-AM

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Assinado Eletronicamente)

**SECRETÁRIO RESPONSÁVEL PELO SETOR**

Secretário (a) Executivo (a) de Assistência – SEA/SES-AM

* 1. **ANUÊNCIA DO GESTOR RESPONSÁVEL PELA PASTA;**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Assinado Eletronicamente)

**SECRETÁRIO (A) DE ESTADO DE SAÚDE - SES-AM**

Secretária de Estado de Saúde do Amazonas - SES-AM

**OU**

(Assinado Eletronicamente)

**SECRETÁRIO EXECUTIVO - SES-AM**

Secretária de Estado de Saúde do Amazonas - SES-AM