



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
MUNICÍPIO DE SÃO VICENTE DO SUL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

| Nº 22/2026                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                               | DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------|
| <b>Data:</b><br>29/09/2026                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Setor Solicitante:</b> SECRETARIA DE SAUDE-<br><b>Responsável pela solicitação:</b> Paola Sturza Brum<br><b>E-mail:</b> admhospital@saovicentodosul.rs.gov.br<br><b>Telefone Fixo:</b> 0800-000-4377<br><b>Ramal:</b> 309                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |                    |
| <b>Material:</b><br>( ) Consumo<br>( ) Permanente<br>( x ) Serviços                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |                    |
| <b>Prazo final de entrega / conclusão dos serviços:</b>                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Responsável Técnico:</b> Paola Sturza<br><b>Telefone:</b> 08000004377 ramal 309                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Previsão de Consumo:</b><br>Imediato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Objeto</b>                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Departamento / Coordenação</b>                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Secretário(a):</b><br><b>Nome do Secretário</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Substituição do eletroduto da Subestação do Hospital, incluindo materiais e serviços técnicos especializados.                                                                                                                                 | 29/09/2026 Declaro estar ciente e concordo com a solicitação.<br><br><br><b>Paola Sturza Brum</b><br>Diretora Adm. Do hospital<br>Portaria nº 009/2025<br><br>Assinatura e carimbo | 29/09/2026 Existe a necessidade de aquisição material / serviço descrito abaixo. Estou de acordo com a solicitação e justificativa.<br><br><br><b>Gabriella da Silva Zuquetto</b><br>Secretária Municipal de Saúde<br>Portaria nº 536/2024<br><br>Secretário de Saúde<br>Assinatura e carimbo |                     |                    |
| <b>Fiscal do Contrato:</b><br>Paola Sturza Brum                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |                    |
| <b>Gestor Do Contrato:</b><br>Gabriella Zuquetto                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |                    |
| <b>JUSTIFICATIVA:</b> A contratação é necessária para substituir o eletroduto de PVC deformado da subestação por eletroduto de aço galvanizado, garantindo a segurança da instalação elétrica, evitando a entrada de água no painel de medição e possibilitando a adequada ligação do novo transformador do Hospital. |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |                    |
| <b>I.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Material Especificado</b>                                                                                                                                                                                                                  | <b>Q</b>                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>UN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Valor unit.</b>  | <b>Valor total</b> |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Substituição do eletroduto da Subestação do Hospital, incluindo materiais e serviços técnicos especializados, com passagem e acomodação dos cabos alimentadores (4#150 mm²) na saída do transformador até a medição indireta padrão RGE/CPFL. | 01                                                                                                                                                                                                                                                                    | UN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 5.000,00            | 5.000,00           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>VALOR TOTAL:</b> | 5.000,00           |