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

| 1. **IDENTIFICAÇÃO DO(S) SERVIDOR(ES) RESPONSÁVEL(EIS) PELA ELABORAÇÃO DO DOD**
 |
| --- |
| **Secretaria Requisitante:** | Secretaria Executiva Adjunta de Gestão Administrativa - SEAGA/SES-AM | **Unidade Requisitante:** | Assessoria da Secretaria Executiva Adjunta de Gestão Administrativa – SEAGA/SES-AM |
| **Servidor Responsável** | **NOME DO SERVIDOR** | **Cargo / Função:** |  |
| **E-mail:** | email.servidor@provedor.gov.br | **Telefone (s):** | (92) 99555-5555 |

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

| 1. **JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE**
 |
| --- |
| *[Deve-se informar a situação de fato ou de direito que gerou a necessidade e que justifique a contratação pretendida ou a aquisição pleiteada.]* |

| 1. **ESTIMATIVA DE QUANTIDADE**
 |
| --- |
| *[Quantitativo do serviço/produto a ser contratado ou adquirido. Deve-se informar a unidade de medida para real mensuração.]* |

| 1. **PREVISÃO DE DATA PARA INÍCIO DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO OU AQUISIÇÃO**
 |
| --- |
| *[Informar a data pretendida em que será iniciada a prestação de serviço ou a necessidade de aquisição]* |

| 1. **ALINHAMENTO ESTRATÉGICO COM OS INSTRUMENTO DE PLANEJAMENTO DA GESTÃO ESTADUAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, SE HOUVER**
 |
| --- |
| *[Sempre que possível, indicar qual disposição estratégica será atingida ou viabilizada 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.]* |

| 1. **ANUÊNCIA DOS REQUISITANTES:**
 |
| --- |
| * 1. **EQUIPE DE ELABORAÇÃO;**
 |
|

| (*Assinado Eletronicamente*)**NOME DO SERVIDOR ELABORADOR**Assessoria da Secretaria Executiva Adjunta de Gestão Administrativa - SEAGA/SES-AM | (*Assinado Eletronicamente*)**NOME DO SERVIDOR ELABORADOR**Assessoria da Secretaria Executiva Adjunta de Gestão Administrativa - SEAGA/SES-AM |
| --- | --- |

 |
| * 1. **ANUÊNCIA DA AUTORIDADE REQUISITANTE;**
 |
| (*Assinado Eletronicamente*)**NOME DO(A) SECRETÁRIO(A) RESPONSÁVEL PELA UNIDADE DEMANDANTE**Secretário (a) Executivo ou Adjunto - XX/SES-AM |

**Observação:**

| **FONTE DE RECURSO** |
| --- |
| *(Somente preencher quando o demandante conhecer a fonte ou origem do recurso, como por exemplo: Emenda Parlamentar, Portarias específicas do MS, etc.)* |