Formulário – Solicitação de Recursos via Emendas Impositivas - Secretarias

1. Dados da Secretaria

- Nome da Secretaria/Fundo: Secretaria Municipal de Saúde/ Fundo Municipal de Saúde
- CNPJ: 09.277.712/0001-27
- Endereço: Rua Ondina Bueno Siqueira, 180
- Telefone: 0800 400 1005 Ramal 3148
- E-mail: secretaria.saude@arapoti.pr.gov.br

2. Dados do (a) Secretário (a)

- Secretário (a): Andrea Cristina da Silva
- CPF: 321.981.378-01
- Telefone: 0800 400 1005 Ramal 3148

3. Informações do Projeto

- Título do Projeto: Equipamentos Odontologia
- Valor aproximado para execução: R$ 107.068,00
- Natureza da Despesa: ( ) Custeio (X) Investimento
- Justificativa da necessidade:

Considerando as demandas da população de Arapoti, torna-se necessária a substituição dos equipamentos que, com o uso contínuo, vêm apresentando desgaste e perda de eficiência. A aquisição de novos equipamentos é essencial para garantir a continuidade e a qualidade dos serviços prestados à população.

- Troca dos compressores das ubs, os equipamentos estão muito antigos e demandam muita manutenção;
- 2 Cadeiras odontológicas: Substituir cadeiras antigas;
- 3 Raio x odontológico: Para equipar melhor as ubs, evitando assim o deslocamento dos pacientes ao Ceo para realizar o raio x e agilizando o tratamento.

4. Público-Alvo Beneficiado

- Descrição:

População de Arapoti – Garantindo um atendimento seguro e de qualidade
Equipe Odontológica – Garantindo que a equipe odontológica tenha condições de desempenhar o seu trabalho

O atendimento odontológico prestado à população de Arapoti exige a constante disponibilidade de equipamentos em pleno funcionamento, uma vez que a prática odontológica é altamente dependente desses recursos. Com o tempo, os equipamentos sofrem desgaste, tornando necessária sua substituição para assegurar a continuidade e a qualidade dos serviços oferecidos. Além disso, a aquisição de novas tecnologias é

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 28/10/2025 09:06 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6

essencial para aprimorar o atendimento, promover maior eficiência e garantir um serviço moderno e seguro à população.

.

5. Declaração

Declaro, para os devidos fins, que as informações acima são verdadeiras e que a entidade encontra-se regular perante os órgãos competentes.

Assinado eletronicamente por
ANDREA CRISTINA DA SILVA
***.981.378-**
23/10/2025 09:02:44

Assinatura digital avançada com certificado digital não ICP-Brasil.

Andrea Cristina da Silva
Secretaria Municipal de Saúde

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 28/10/2025 09:46 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6

Assinado eletronicamente por
ANDREA CRISTINA DA SILVA
***.981.378-**
28/10/2025 10:46:40

Assinatura digital avançada com certificado digital não ICP-Brasil.