



CÂMARA MUNICIPAL DE VOTUPORANGA

PALÁCIO 8 DE AGOSTO

Praça "Vereador Viana Filho" – Vila América

CEP 15502-105 / Fone/Fax (017) 3421-1188

Site: www.camaravotuporanga.sp.gov.br

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DA DEMANDA - DFD		DATA	12/06/2025		
1. ÁREA REQUISITANTE DA DEMANDA					
Depto(s). Requisite(s)		Coordenadoria de Recursos Humanos			
Responsável(eis) pela demanda		Cesar Fernando Soares da Costa			
E-mail	financeiro@camaravotuporanga.sp.gov.br	Fone/Whatsapp	(17) 99722-7631		
2. IDENTIFICAÇÃO DA DEMANDA					
2.1. OBJETO:					
ASSISTÊNCIA MÉDICA OU SEGURO SAÚDE, PARA REALIZAÇÃO DE AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE AOS SERVIDORES DA CÂMARA MUNICIPAL DE VOTUPORANGA, COM A POSSIBILIDADE DE INCLUSÃO DE DEPENDENTES, A CRITÉRIO DO TITULAR QUE ENTRE SI FAZEM A CÂMARA MUNICIPAL DE VOTUPORANGA/SP E A EMPRESA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VOTUPORANGA.					
2.2. DESCRIÇÃO E ESPECIFICAÇÕES DO OBJETO					
Ref.: Contr- 06/2025 - Valor vigente: R\$ 244.444,56 - Vencimento: 18/03/2026 - Proc Adm.: 14/2025					
Objeto: Aditivo de acréscimo de valor por inclusão de beneficiário - 1º Aditivo					
Contratada: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VOTUPORANGA					
2.3. QUANTITATIVOS DEMANDADO			FORNECIMENTO: () único (x) parcelado		
item	Produto(s)	unidade/	Qtde.	período aplicação	
1	Assistencia Médica	meses	12	9 meses	
3. JUSTIFICATIVA					
A partir da inclusão do servidor recém empossado na Câmara, no mês de junho/ 2026.					
4. RESULTADOS A SEREM ALCANÇADOS					
Montante contratual - Valor passará p/R\$ 248.272,20 – mensal- R\$ 20.689,35					
5. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL					
Do cumprimento da lei municipal					
• A Lei Municipal nº 2822/1995: regula o benefício de assistência médica para os servidores ativos, aposentados, pensionistas da Câmara Municipal de Votuporanga. 1º Aditivo de Contrato					

Documento enviado para assinatura ao(s): CÉSAR FERNANDO SOARES DA COSTA.
Para verificar a(s) assinatura(s), utilize o seu validador preferencial.
e-CAM | PROCESSO ELETRÔNICO | <<<<>>>> DOCUMENTO OFICIAL <<<<>>>> DATA / HORA: 13/06/2025 13:25:33 | CÂMARA MUNICIPAL DE VOTUPORANGA/SP.
CHAVE DE ACESSO: PROT-177422-4F2K8U-5E6M2N | Para validar acesse nosso Portal em: <http://www.camaravotuporanga.sp.gov.br>.





CÂMARA MUNICIPAL DE VOTUPORANGA

PALÁCIO 8 DE AGOSTO

Praça "Vereador Viana Filho" – Vila América

CEP 15502-105 / Fone/Fax (017) 3421-1188

Site: www.camaravotuporanga.sp.gov.br

6. PREVISÃO NO PLANO ANUAL DE CONTRATAÇÃO – PCA 2025 - (X) SIM

A contratação está prevista no PCA-2025, item: Natureza: 3.3.90.40.16 -Serviços da Tecnologia da Informação – publicado no sítio eletrônico da Câmara, endereço: <https://camaravotuporanga.sp.gov.br/wp-content/uploads/2023/09/pca2025.pdf>

7-RESPONSÁVEL PELA DEMANDA

Diretoria Geral Administrativa Votuporanga/SP, 12 de junho de 2025.

Cesar Fernando Soares da Costa
Coordenador de Recursos Humanos

Documento enviado para assinatura ao(s): CÉSAR FERNANDO SOARES DA COSTA.
Para verificar a(s) assinatura(s), utilize o seu validador preferencial.
e-CAM | PROCESSO ELETRÔNICO | <<<<>> DOCUMENTO OFICIAL <<<<>> DATA / HORA: 13/06/2025 13:25:33 | CÂMARA MUNICIPAL DE VOTUPORANGA/SP.
CHAVE DE ACESSO: PROT-177422-4F2K8U-5E6M2N | Para validar acesse nosso Portal em: <http://www.camaravotuporanga.sp.gov.br>.





SanSaúde
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE VOTUPORANGA

ANS - Nº 33011-6

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA INCLUSÃO DE BENEFICIARIOS
NO PLANO DE SAUDE COLETIVO**

DADOS DO FUNCIONÁRIO:

Nome Completo: PEDRO HENRIQUE PEREIRA DOS REIS KOJIMA			Autorização Empresa*
RG: 62.791.161-4	CPF: 519.652.498-33	Data Nascim/o: 15/04/2003	
Endereço Residencial: RUA DOMINGOS MEGA, 2064-JD DAS PALMEIRAS-15501-452 VOTUPORANGA-SP			
RAZÃO SOCIAL EMPRESA: CÂMARA MUNICIPAL DE VOTUPORANGA			
CNPJ: 49.677.917/0001-14			
Cargo: ASSESSOR GABINETE DA PRESIDÊNCIA	Data de Admissão: 05/06/2025		
Plano de Saúde pretendido: ESSENCIAL	**Valor:		

DADOS DOS DEPENDENTES:

1) Nome Completo:			Autorização Empresa*
RG:	CPF:	Nascim/o:	
Grau de Parentesco: FILHO		**Valor:	
2) Nome Completo:			Autorização Empresa*
RG:	CPF:	Nascim/o:	
Grau de Parentesco: FILHA		**Valor:	
3) Nome Completo:			Autorização Empresa*
RG:	CPF:	Nascim/o:	
Grau de Parentesco:		**Valor:	
4) Nome Completo:			Autorização Empresa*
RG:	CPF:	Nascim/o:	
Grau de Parentesco:		**Valor:	

*Uma vez autorizado, a empresa deverá vistar os campos individualizados para cada beneficiário.

**Os valores mencionados correspondem aos valores vigentes, acordados entre a Pessoa Jurídica Contratante e esta Operadora de Saúde e, poderá sofrer alterações conforme disposições estabelecidas no contrato firmado entre as partes.

A empresa - CÂMARA MUNICIPAL DE VOTUPORANGA - , por seu representante legal, vem pelo presente, solicitar a inclusão do funcionário e/ ou dependente (s) acima autorizado (s) no plano de saúde, ora informado, firmado junto a esta Operadora de Saúde, Santa Casa de Misericórdia de Votuporanga / Sansaúde.

Votuporanga, 06 de Junho de 2025.

Pedro Henrique Pereira dos Reis Kojima

Assinatura Representante Legal e carimbo da Empresa
Nome: CÉSAR FERNANDO SOARES DA COSTA
RG: 20.396.623

Documento enviado para assinatura ao(s): CÉSAR FERNANDO SOARES DA COSTA. Para verificar a(s) assinatura(s), utilize o seu validador preferencial. e-CAM | PROCESSO ELETRÔNICO | <<<<>> DOCUMENTO OFICIAL <<<<>> DATA / HORA: 13/06/2025 13:25:33 | CÂMARA MUNICIPAL DE VOTUPORANGA/SP. CHAVE DE ACESSO: PROTM-177422-4F2K8U-5E6M2N | Para validar acesse nosso Portal em: http://www.camaravotuporanga.sp.gov.br.

