



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALEXÂNIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA

ESTRUTURA REQUISITANTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE ALEXÂNIA

ÓRGÃO REQUISITANTE: Secretaria Municipal de Saúde

RESPONSÁVEL PELA DEMANDA: Marília Marta Américo Sales de Melo

1. OBJETO:

Aquisição emergencial de 02 (duas) doses da vacina Shingrix (Herpes Zoster Recombinante/Inativada), destinadas ao cumprimento de decisão judicial proferida nos autos do processo nº 5065314-59.2026.8.09.0003, em favor da paciente Celi Oliveira Magalhães Freire.

2. DESCRIÇÕES E QUANTIDADES:

Item	Descritivo	Unid.	Quant.
1	Vacina Shingrix (Herpes Zoster Recombinante/Inativada)	UND	2

3. BREVE JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE:

Trata-se de demanda de caráter **emergencial**, destinada ao cumprimento de decisão judicial proferida nos autos nº 5065314-59.2026.8.09.0003, que determinou ao Município de Alexânia, solidariamente com o Estado de Goiás, o fornecimento de 02 (duas) doses da vacina Shingrix (Herpes Zoster Recombinante/Inativada).

A paciente é portadora de esclerose múltipla, em uso de imunossupressor de alta potência, apresentando contraindicação absoluta à vacina disponibilizada pelo SUS (vírus vivo atenuado), sendo a vacina prescrita a única alternativa terapêutica segura para prevenção de complicações graves.

Destaca-se que há **prazo judicial de 05 (cinco) dias** para cumprimento da decisão, sob pena de sanções legais, o que evidencia a urgência da aquisição.

A vacina possui registro regular na ANVISA, sendo tecnicamente indicada conforme prescrição médica e parecer técnico, não havendo alternativa terapêutica disponível na rede pública.

4. ALINHAMENTO AO PLANO DE CONTRATAÇÕES ANUAL – PCA

Uma vez que o PCA ano 2026 não foi elaborado, não há previsão da presente contratação no PCA 2026, mas em conformidade com os Programas e Ações do PPA 2026-2030, relacionados às atribuições pertinentes a esta Secretaria, e em conformidade com as suas competências e com a Lei Orçamentária Anual - LOA.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALEXÂNIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS

5. FONTE(S) DE RECURSO PARA O CUSTEIO DA DESPESA

Fonte de Recurso: (X) Tesouro (X) Próprio () Convênio () Outro _____

6. PRAZO DA CONTRATAÇÃO

1 Ano

7. GRAU DE PRIORIDADE DA COMPRA

(X) Alto

() Médio

() Baixo

8. INDICAÇÃO DE FISCAL/GESTOR DE CONTRATOS

Gestor do Contrato: Frank Cerquinho Ferreira

Fiscal do Contrato: Luciene Pereira dos Santos de Oliveira Gomes

9. INDICAÇÃO DE VINCULAÇÃO OU DEPENDÊNCIA COM O OBJETO DE OUTRA CONTRATAÇÃO:

() SIM. Descrever:

(X) NÃO

Alexânia/GO, 15 de abril de 2026.

Responsável pela Formalização da Demanda:

Marília Marta Américo Sales de Melo
Gerência de Programas de Saúde
CPF nº 059.596.631-47

Em conformidade com a legislação que rege o tema, encaminhe-se à autoridade competente para análise de conveniência e oportunidade para a contratação e demais providências cabíveis.