

**DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD**

<b>SETOR REQUISITANTE:</b> Hospital Nosso Senhor do Bonfim			
<b>RESPONSÁVEL PELA DEMANDA:</b> Lana Caroline Mariano Rodrigues			
<p><b>1. OBJETO:</b> Solicitação de contratação de empresa autorizada para fornecimento de insumos farmacêuticos destinados ao atendimento das demandas do Hospital Nosso Senhor do Bonfim, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Silvânia, visando garantir a continuidade e a qualidade da assistência farmacêutica prestada aos pacientes.</p>			
<p><b>2. JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO:</b> A contratação de empresa autorizada para o fornecimento de insumos farmacêuticos é necessária para garantir o abastecimento adequado do Hospital Nosso Senhor do Bonfim, assegurando a continuidade dos atendimentos prestados à população e a manutenção da assistência farmacêutica de forma eficiente e segura. A disponibilidade desses produtos é indispensável para o tratamento dos pacientes, a realização de procedimentos médicos e o pleno funcionamento dos serviços de saúde vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de Silvânia.</p>			
<b>3. DESCRIÇÃO E QUANTIDADES:</b>			
ITEM	DESCRIÇÃO / ESPECIFICAÇÃO	UNID. DE MEDIDA	QUANT.
1	TUBO ENDOTRAQUEAL 6.0	UNIDADE	100
2	TUBO ENDOTRAQUEAL 6.5	UNIDADE	100
3	TUBO ENDOTRAQUEAL 7.0	UNIDADE	100
4	TUBO ENDOTRAQUEAL 2.0	UNIDADE	50
5	TUBO ENDOTRAQUEAL 7.5	UNIDADE	100
6	TUBO ENDOTRAQUEAL 8.0	UNIDADE	100
7	MASCARA LARÍNGEA 5	UNIDADE	50
8	MASCARA LARÍNGEA 6	UNIDADE	50
9	MASCARA LARÍNGEA 3	UNIDADE	50
10	TALA MOLDAVEL ARAMADA EM EVA PP	UNIDADE	30
11	TALA MOLDAVEL ARAMADA EM EVA P	UNIDADE	30
12	TALA MOLDAVEL ARAMADA EM EVA M	UNIDADE	20
13	TALA MOLDAVEL ARAMADA EM EVA G	UNIDADE	20
14	TALA MOLDAVEL ARAMADA EM EVA GG	UNIDADE	20
<b>4. OBSERVAÇÕES GERAIS</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O pagamento será realizado após conferência e atesto da nota fiscal;</li> <li>• A contratação seguirá as diretrizes da Lei nº 14.133/2021 ou, se aplicável, do art. 75 da mesma lei, conforme dispensa legal.</li> </ul>			
<b>4.1 Prazo de entrega / Execução:</b> O prazo de entrega dos bens e/ou da prestação de serviços é de IMEDIATO, contados do recebimento ordem de compra e/ou serviço			
<b>4.2 Local e Horário da Entrega / Execução:</b> Secretaria de Saúde localizada na Avenida Dom Bosco nº777, no Centro, aos cuidados de Elaine Moreira de Souza responsável pelo almoxarifado do local das 07:30 as 11:30 e das 13:00 as 17:00 de segunda a sexta.			



# Silvânia

GOVERNO DO MUNICÍPIO

**4.3 Unidade e servidor responsável para esclarecimentos:** Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Silvânia Go. **Responsável:** Lana Caroline mariano rodrigues , esse servidor será o ponto de contato para esclarecimentos técnicos e operacionais da demanda.

Silvânia-GO, 10 de junho de 2026.

Lana Caroline Mariano Rodrigues

Farmacêutica- HNSB

Responsável pela Demanda

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.