DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA - DFD

SETOR REQUISITANTE: Secretaria da Saúde/Hospital Nosso Senhor do Bonfim

RESPONSÁVEL PELA DEMANDA: Helen Caroline Corrêa

1. OBJETO: Contratação de empresa especializada em prestação de serviços em reforma e reparos em capas de colchões para atender necessidades do Hospital Nosso Senhor do Bonfim.

2. JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO: Após avaliação do estado de conservação, constatou-se que diversos colchões apresentam desgaste do revestimento impermeável, rasgos, fissuras, descascamentos e deformações, comprometendo sua capacidade de impermeabilização e dificultando os procedimentos de limpeza e desinfecção. Essas condições favorecem o acúmulo de sujidades e microrganismos, aumentando o risco de contaminação cruzada e de infecções relacionadas à assistência à saúde.
A reforma dos colchões hospitalares justifica-se pela necessidade de restabelecer as condições adequadas de segurança, conforto, higiene e funcionalidade dos equipamentos utilizados na assistência aos pacientes.
Além dos benefícios assistenciais, a reforma representa uma alternativa economicamente mais vantajosa em relação à aquisição de novos colchões, proporcionando maior aproveitamento do patrimônio público, prolongando sua vida útil e reduzindo custos sem comprometer a qualidade e a segurança do atendimento.

2. DESCRIÇÃO E QUANTIDADES:

ITEM	DESCRIÇÃO / ESPECIFICAÇÃO	UNID. DE MEDIDA	QUANT.
01	REPARO E REFORMA DE CAPA DE COLCHÃO HOSPITALAR MEDIDA 88X186X13CM	SÇ	10
02	REFORMA DE COLCHONETE 185X60X5CM	SÇ	03
03	REFORMA DE COLCHONETE 61X51x5CM	SÇ	01
04	REFORMA DE COLCHONETE 97X51x5CM	SÇ	01
05	REFORMA DE COLCHONETE 108X51x5CM	SÇ	01
06	REFORMA DE COLCHONETE 55X51x5CM	SÇ	01

3. OBSERVAÇÕES GERAIS

- O pagamento será realizado após conferência e atesto da nota fiscal;
- A contratação seguirá as diretrizes da Lei nº 14.133/2021 ou, se aplicável, do art. 75 da mesma lei, conforme dispensa legal.

3.1 **Prazo de entrega / Execução:** Os serviços deverão ser prestados no prazo máximo de 30 dias após emissão da ordem de fornecimento.

3.2 **Local e Horário da Entrega / Execução:** Hospital Nosso Senhor do Bonfim em horário comercial.

3.3 **Unidade e servidor responsável para esclarecimentos:** Hospital Nosso Senhor do Bonfim/Helen Caroline Corrêa.

Silvânia-GO, 10 de junho de 2026.

JOÃO AUGUSTO LOPES LOBO
COORDENADOR DO DEPARTAMENTO DE COMPRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Helen Caroline Corrêa
Diretora Administrativa HNSB

HELEN CAROLINE CORRÊA
DIRETORA ADMINISTRATIVA – HNSB

ANA PAULA DE SOUZA ALVES
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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.