



GOVERNO DO MUNICÍPIO DE SILVÂNIA

Secretaria de Saúde

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA - DFD

SETOR REQUISITANTE: Secretaria Municipal de Saúde

RESPONSÁVEL PELA DEMANDA: Jayne de Oliveira

1. OBJETO: Aquisição de equipamento de ventilação mecânica não invasiva do tipo CPAP Automático, incluindo umidificador integrado e acessórios indispensáveis (máscara nasal e circuito/traqueia), destinado ao atendimento da paciente XXXXX XXXXXXXX XXXXX, em estrito cumprimento à sentença judicial proferida nos autos do Mandado de Segurança nº 5439180-26.2025.8.09.0144 (Vara das Fazendas Públicas de Silvânia) e à requisição do Ministério Público do Estado de Goiás (Ofício nº 2025005274900).

2. JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO:

A presente contratação fundamenta-se na imperiosa necessidade de cumprimento da sentença judicial proferida nos autos do Mandado de Segurança nº 5439180-26.2025.8.09.0144, que determinou ao Município de Silvânia o fornecimento de aparelho CPAP à paciente XXXXX XXXXXXXX XXXXX no prazo máximo de 30 (trinta) dias. A medida visa evitar sanções legais ao erário, como o bloqueio de verbas públicas ou a imposição de multas diárias pelo descumprimento da ordem mandamental.

Sob a ótica clínica, a paciente (idosa de 75 anos) possui diagnóstico de Apneia Obstrutiva do Sono Grave (CID G47.3), correndo risco iminente de eventos cardiovasculares severos, como AVC e morte súbita, caso não utilize o equipamento de forma contínua. A aquisição respalda-se ainda em pareceres favoráveis da Câmara de Avaliação Técnica em Saúde (CATS/MPGO) e do NATJUS, que confirmaram a imprescindibilidade da tecnologia para a preservação da vida da paciente.

3. DESCRIÇÃO E QUANTIDADES

ITEM	DESCRIÇÃO / ESPECIFICAÇÃO	UNID. DE MEDIDA	QUANT.
01	APARELHO DE PRESSÃO POSITIVA AUTOMÁTICO (CPAP) COM UMIDIFICADOR INTEGRADO Descrição: Equipamento médico para tratamento de Apneia Obstrutiva do Sono, com funcionamento de ajuste automático de pressão (APAP). Modos de Funcionamento: Deve operar em modo de pressão fixa (CPAP) e modo automático (APAP/AutoSet), ajustando a pressão ciclo a ciclo conforme a necessidade respiratória do paciente. Faixa de Pressão: Configurável entre 4 e 20 cmH2O. Alimentação Elétrica: Fonte externa Bivolt Automático (100V – 240V), compatível com redes elétricas de 110V e 220V sem necessidade de transformadores adicionais.	Unidade	01



GOVERNO DO MUNICÍPIO DE SILVÊRIA

Secretaria de Saúde

	Umidificação: Deve possuir umidificador aquecido integrado ou acoplável ao equipamento, com controle de nível de umidade ajustável e câmara de água lavável. Recursos de Conforto: ○ Alívio Expiratório: Tecnologia que reduz a pressão no momento da exalação para facilitar a respiração do paciente. ○ Rampa: Recurso de rampa automática ou ajustável (0 a 45 minutos) para início do sono com pressão mais baixa. ○ Acionamento: Recurso de ligar/desligar automático ao detectar a respiração do usuário (SmartStart/Stop). Gerenciamento de Dados: Deve possuir capacidade de armazenamento de dados de eficácia clínica (IAH - Índice de Apneia e Hipopneia, vazamento de máscara e horas de uso) via Cartão de Memória (SD Card) ou transmissão de dados sem fio, permitindo a leitura de relatórios médicos. Nível de Ruído: Operação silenciosa (inferior a 30 dBA). Acessórios Inclusos no Item: Bolsa de transporte, filtro de ar (já instalado ou sobressalente), fonte de energia e manual do usuário em português. Registro: Equipamento com registro vigente na ANVISA. Garantia: Mínima de 12 (doze) meses para a unidade principal.		
02	TUBO DE AR (TRAQUEIA/CIRCUITO) Descrição: Tubo flexível para condução de fluxo de ar. Compatibilidade: Deve ser compatível com o equipamento CPAP ofertado no Item 01. Características: Material leve, flexível e durável, com conectores padrão (mencionar diâmetro se houver preferência, padrão usual é 15mm ou 22mm), comprimento mínimo de 1,80 metros para permitir mobilidade no leito.	Unidade	01



GOVERNO DO MUNICÍPIO DE SILVÊRIA

Secretaria de Saúde

03	MÁSCARA NASAL (INTERFACE) Descrição: Interface para acoplamento do CPAP ao paciente. Tipo: Máscara de modelo Nasal (podendo ser do tipo almofadas nasais ou nasal cobrindo o nariz), conforme melhor adaptação anatômica. Material: Almofada fabricada em silicone de grau médico ou gel (macio e hipoalergênico). Não serão aceitas máscaras de acrílico rígido ou materiais que causem lesões por pressão. Fixação: Deve acompanhar fixador cefálico (arnês/headgear) ajustável, em tecido macio e respirável. Tamanho: O fornecedor deve disponibilizar o tamanho adequado ao paciente (P, M ou G) ou fornecer modelo "FitPack" que inclua todos os tamanhos de almofada na mesma embalagem. Registro: Produto com registro vigente na ANVISA.	Unidade	01
4. OBSERVAÇÕES GERAIS			
4.1 – Prazo de entrega / Execução: Entrega imediata após emissão de ordem de compra, considerando a urgência da paciente e a obediência à ordem judicial.			
4.2 - Local e Horário da Entrega / Execução: Secretaria de Saúde – 07:30 as 11:30 e 13:00 as 17:00			
4.3 – Unidade e servidor responsável para esclarecimentos: Ana Clara Corrêa Ramos – Secretaria Municipal de Saúde			
Silvéria, 20 de janeiro de 2026.			
Jayne de Oliveira Secretária Municipal de Saúde Decreto nº 1.164/2025			
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.			