

**DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA - DFD**

**SETOR REQUISITANTE: Secretaria de Saúde**

**RESPONSÁVEL PELA DEMANDA: XXXXXX XXXXXXXX XXX XXXXXX**

**1. OBJETO:**

A aquisição do suplemento FORTINI COMPLETE lata 400g atendendo a ordem judicial em favor de xxxxx xxxxxxxx xxx xxxxxx portador de paralisia cerebral espástica, condição neurológica crônica que compromete severamente a coordenação motora e a deglutição, resultando em dificuldades alimentares e risco nutricional elevado. A condição exige suporte nutricional especializado para garantir crescimento, manutenção do estado nutricional adequado e prevenção de complicações clínicas. A fórmula Fortini Complete lata 400g é nutricionalmente completa, hipercalórica e hipoproteica, desenvolvida para atender às necessidades de crianças com distúrbios alimentares e/ou deficiência neurológica

**2. JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO:**

A aquisição da fórmula nutricional Fortini Complete lata 400g justifica-se pela necessidade de atendimento à decisão judicial que determina o fornecimento regular do referido suplemento ao paciente xxxxxx xxxxxxxx xxx xxxxxx, diagnosticado com Paralisia Cerebral Espástica – CID G80.0.

Diante do exposto, justifica-se a necessidade de aquisição imediata do suplemento por dispensa de licitação, conforme prevê a Lei nº 14.133/2021, Art. 75, inciso VIII, por tratar-se de situação clínica que exige resposta rápida, com o objetivo de evitar agravamento do quadro clínico, internações e riscos à vida do paciente.

**3. DESCRIÇÃO E QUANTIDADES**

ITEM	DESCRIÇÃO / ESPECIFICAÇÃO	UNID. DE MEDIDA	QUANT.
01	FORTINI COMPLETE	UNIDADE	120

**4. OBSERVAÇÕES GERAIS**

A contratação ora solicitada visa exclusivamente o cumprimento de **ordem judicial**, devendo ser tratada com prioridade, respeitando os prazos estabelecidos para início do fornecimento, sob pena de responsabilização.

A contratada deverá fornecer o suplemento em sua forma original de apresentação, devidamente lacrado, dentro do prazo de validade mínimo de 12 (doze) meses, com registro ativo na ANVISA, e conforme as especificações da bula e prescrição médica

A entrega do suplemento será acompanhada por servidor responsável, que deverá realizar a conferência do produto, a verificação da nota fiscal e o preenchimento de termo de recebimento, garantindo que todas as exigências foram cumpridas.

4.1 – Prazo de entrega / Execução:

O prazo de entrega dos bens e/ou da prestação de serviços é de **10 (dez) dias**, contados do recebimento ordem de compra e/ou serviço.

4.2 - Local e Horário da Entrega / Execução:



# Silvânia

GOVERNO DO MUNICÍPIO

Secretaria de Saúde localizada na Avenida Dom Bosco nº777, no Centro, aos cuidados de  
xxxxxx xxxxxxxxx xxx xxxxxx responsável pelo almoxarifado do local das 07:30 as 11:30 e  
das 13:00 as 17:00 de segunda a sexta.

4.3 – Unidade e servidor responsável para esclarecimentos:

Silvânia, 09 de março de 2026.

\_\_\_\_\_  
Xxxxxx xxxxxxxxx xxx xxxxxx

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.