

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD
IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE RESPONSÁVEL PELA DEMANDA
Área Responsável (Secretaria/Departamento/Orgão): Gerência de Atenção Especializada

Responsável pela demanda (Titular da Pasta): Laryssa Karol Ferreira dos Santos

Função: Gerente Geral

IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE
Nome Completo: Paloma Stenia de Macêdo Marques

Matrícula: 56.265-5

Cargo: Apoio da Rede Ambulatorial

Lotação: GGAE

Por este instrumento declaro ter ciência de minha indicação para auxiliar ou, a depender do caso, integrar a Equipe de Planejamento da Contratação da solução ora demandada.

INFORMAÇÕES DA NECESSIDADE DE CONTRATAÇÃO
TIPO DO ITEM:
Descrição sucinta da solicitação:

Contratação de Empresa para Prestação de Serviços em Assistência Ventilatória_Fracassado no P.L. Nº. 0010/2026 - P.E Nº. 90010/2026, pelo período de 12 meses, para atender à demanda de pacientes do SUS submetidos a Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada, pelo período de 12(doze) meses.

Estimativa das quantidades com a memória de cálculo (se for o caso):

ITE M	CATMAT /CATSE R	DESCRIÇÃO	APRES.	QUANT.	QUANT/ Meses
1	20222	LOCAÇÃO, INSTALAÇÃO, MONITORAMENTO, INCLUINDO MANUTENÇÕES PREVENTIVA E CORRETIVA DE EQUIPAMENTO BIPAP <ul style="list-style-type: none"> • Modo de funcionamento: CPAP, S, ST, T, PAC e Tecnologia que permita manutenção de volume corrente ou alveolar alvo • Nivel de Ruído de aproximadamente 26 dB (margem +/-2dB) • Intervalo de pressão aproximado de 3 a 30 cmH2O(margem de +/-1cmH2O) e 4 a 20 cmH2O(margem +/-1cmH2O) em modo CPAP. • Deve ser acompanhado de traqueia de tamanho aproximado de 1,80m(margem +/- 0,1m), com máscara nasal ou oro nasal (de acordo com a necessidade do paciente) e presilhas de 4 pontos. 	UNIDADE	10	12
2	20222	LOCAÇÃO, INSTALAÇÃO, MONITORAMENTO, INCLUINDO MANUTENÇÕES PREVENTIVA E CORRETIVA DE EQUIPAMENTO CONCENTRADOR DE OXIGENIO PORTÁTIL <p>Deve possuir modo pulsado, contínuo e noturno. Bateria: com duração de 0,9h no fluxo contínuo 2L/min.</p> <p>Concentração de oxigênio: 87 a 96% em todas as configurações.</p> <p>Temperatura de operação: 5 a 40°C</p> <p>Deve vir com no mínimo 01 bateria de íons de lítio reserva. Deve vir acompanhado de cateter nasal e bolsa de transporte ou carrinho de transporte.</p>	UNIDADE	10	12

3	20222	LOCAÇÃO, INSTALAÇÃO, MONITORAMENTO, INCLUINDO MANUTENÇÕES PREVENTIVA E CORRETIVA DE EQUIPAMENTO CONCENTRADOR DE OXIGENIO <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de concentrador: Estacionário • Deve possuir OPI 5L/min • Nível de Ruído de aproximadamente 48 dBA (+/- 1 dB) • Fluxo por litro: até 5 litros • Pressão de saída aproximada de 5,5 psi (margem +/- 1 psi) • Concentração de oxigênio: 93% ± 3%. • Modo de fluxo contínuo: de 1 a 5L/min • Alarmes e indicadores: Sonoro e luzes indicadoras • Consumo de energia de aproximadamente até 350 w • Voltagem: 220V ou bivolt de acordo com a residência do paciente. • Deve vir acompanhado de umidificador de oxigênio, extensor de aproximadamente 2 a 7 metros, cateter nasal, máscara de oxigênio ou máscara de traqueostomia de acordo com a paciente. 	UNIDADE	60	12
4	20222	LOCAÇÃO, INSTALAÇÃO, MONITORAMENTO, INCLUINDO MANUTENÇÕES PREVENTIVA E CORRETIVA DE EQUIPAMENTO CPAP <ul style="list-style-type: none"> • Modo de funcionamento: CPAP Fixo • Nível de Ruído aproximadamente 30 dB (+/- 2dB) • Intervalo de pressão aproximado de 4 a 20 CMH2O(margem de +/-1cmH2O) • Rampa com intervalo de pressão de 0 a 45min. • Com software e cartão para leitura de dados. • Deve ser acompanhado de traqueia de no aproximadamente 1,80m, com máscara nasal ou oro nasal (de acordo com a necessidade do paciente) e presilhas de 4 pontos. 	UNIDADE	50	12

Requisitos necessários para a contratação:

Capacidade Técnica

- ✓ Autorização de funcionamento junto a órgãos competentes (Licença Sanitária e, se aplicável, AFE/ANVISA).
- ✓ Segurança e Qualidade dos procedimentos:
- ✓ Equipamentos certificados pelo INMETRO, cedidos em comodato;
- ✓ Materiais atóxicos, de fácil higienização, resistentes e seguros;
- ✓ Garantia mínima e entrega em perfeitas condições.

Motivação e Justificativa:

A contratação de empresa especializada para **Locação, Instalação e Manutenção Domiciliar de Equipamento de Assistência Ventilatória** garante a continuidade assistencial 24 horas/7 dias na semana, segurança e qualidade no atendimento domiciliar aos pacientes que demandam por estes serviços de forma contínua. Tal medida assegura o cuidado integral e eficiente aos pacientes do SUS residentes em Caruaru-PE, com base em prescrição e laudo médico. A rede municipal de saúde do Município de Caruaru apresenta elevada e contínua demanda por atendimentos na rede hospitalar, nas unidades de urgência e emergência e nos serviços pré-hospitalares, conforme evidenciado pelos expressivos quantitativos mensais registrados nas UPAs Boa Vista, Salgado e Rendeiras, no SAMU, nas unidades hospitalares municipais, na maternidade e na demanda da Central de Transportes (para atendimentos fora do domicílio, por exemplo). Tal cenário assistencial reflete a importância da manutenção adequada, regular e eficiente serviços de saúde ofertados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no município, *caracterizado por um número significativo de pacientes com agravos respiratórios agudos e crônicos*. No conjunto de tais atendimentos - ofertados pela rede de atendimento à saúde especializada - verifica-se elevada incidência de pacientes com necessidade de assistência ventilatória, incluindo casos de apneia obstrutiva do sono, insuficiência respiratória, síndrome do desconforto respiratório agudo, edema pulmonar cardiogênico e outros distúrbios respiratórios que demandam suporte ventilatório contínuo ou

prolongado. Há 109 pacientes em atendimento atualmente, para **ODP** - Oxigenoterapia Domiciliar De Longa Permanência. Tais quadros clínicos exigem intervenções especializadas e a disponibilização de tecnologias adequadas para garantir a estabilização clínica, a redução de complicações, a diminuição do tempo de internação hospitalar e a continuidade do cuidado após a alta. Nesse contexto, destaca-se a necessidade de suporte ventilatório não invasivo, especialmente por meio do uso de CPAP (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas) e de concentradores de oxigênio, tanto em ambiente hospitalar quanto no domicílio do paciente. A oxigenoterapia domiciliar prolongada e a assistência ventilatória com CPAP constituem terapias consagradas e indispensáveis para pacientes do SUS que, mediante prescrição e laudo médico, necessitam de acompanhamento contínuo, associado à atuação sistemática da equipe multiprofissional, com ênfase no acompanhamento fisioterapêutico. A disponibilização desses equipamentos e serviços é fundamental para assegurar a continuidade assistencial 24 horas, promover maior segurança clínica, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, reduzir reinternações evitáveis e otimizar a utilização dos leitos hospitalares da rede municipal. Ademais, a inexistência ou insuficiência desse suporte compromete diretamente a integralidade do cuidado, princípio basilar do SUS, além de expor pacientes a riscos clínicos significativos. Tendo em vista a importância da continuidade ininterrupta do serviço - já que os pacientes não podem ficar sem ele - justificando-se assim a necessidade e suma importância da presente contratação.

Resultados Pretendidos:

- Continuidade assistencial 24/7: Garantir que os pacientes submetidos à oxigenoterapia e assistência ventilatória recebam atendimento domiciliar sem interrupções.
- Segurança e qualidade no atendimento: Assegurar que os equipamentos sejam instalados, monitorados e mantidos por profissionais capacitados, minimizando riscos clínicos.
- Suporte técnico especializado: Disponibilizar manutenção preventiva e corretiva de forma ágil, garantindo funcionamento adequado dos equipamentos.
- Integralidade do cuidado: Atender às necessidades clínicas dos pacientes de forma personalizada, seguindo prescrição e laudo médico, em conformidade com as diretrizes do SUS e determinações legais.

Em caso de deliberação pela continuidade da contratação, sugerimos a nomeação da equipe de Fiscalização da Contratação, conforme segue:

FISCAL TITULAR	NOME: PALOMA STENIA DE MACÊDO MARQUES CARGO/FUNÇÃO: Apoio da Rede Ambulatorial MATRÍCULA: 562655
FISCAL SUPLENTE	NOME: LARYSSA KAROL FERREIRA DOS SANTOS CARGO/FUNÇÃO: Gerente Geral de Atenção Especializada MATRÍCULA: 561982

RESPONSABILIDADE PELA FORMALIZAÇÃO DA DEMANDA E CONTEÚDO DO DOCUMENTO

Assumo que os colaboradores designados como membro da equipe de planejamento e responsável pela fiscalização ficarão à disposição para dirimir eventuais dúvidas sobre esta requisição, bem como para acompanhar todo o procedimento de contratação, fornecendo todas as informações técnicas necessárias junto ao agente de contratação, pregoeiro e sua equipe de apoio.

Certifico que a formalização da demanda acima identificada se faz necessária pelos motivos expostos na justificativa da contratação do presente documento.

Caruaru (PE), 29 de junho de 2026.

PALOMA STENIA DE MACÊDO MARQUES

Apoio Rede Ambulatorial



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 142C-7E6F-81EB-0231

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ PALOMA STENIA DE MACEDO MARQUES (CPF 122.XXX.XXX-03) em 29/06/2026 12:03:00
GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
- ✓ LARYSSA KAROL FERREIRA DOS SANTOS (CPF 705.XXX.XXX-21) em 30/06/2026 08:36:11
GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
- ✓ ANA TEREZA DE FRANÇA BEZERRA SILVA (CPF 068.XXX.XXX-36) em 30/06/2026 08:47:08
GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://caruaru.1doc.com.br/verificacao/142C-7E6F-81EB-0231>