



1. DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA Nº 08/2025

Órgão: Prefeitura Municipal de São Gotardo/MG

Setor Requisitante: Secretaria Municipal de Saúde

Responsável pela Demanda: Larisse Freitas
Martins

Matrícula:

E-mail: farmaciahd@sãogotardo.mg.gov.br

Endereço: Rua Doutor Moacir Franco, 208

1. OBJETO:

Albumina humana é uma solução coloidal injetável indicada restabelecer e manter o volume sanguíneo.

2. JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

A Albumina Humana é um hemoderivado essencial utilizado no tratamento de pacientes em terapia renal substitutiva, especialmente aqueles submetidos à hemodiálise. Sua utilização está indicada em situações clínicas específicas, como:

Hipotensão refratária durante a hemodiálise, comum em pacientes com hipoalbuminemia, onde a administração de albumina pode contribuir para a estabilidade hemodinâmica.

Edema generalizado e ascite em pacientes com hipoalbuminemia severa, quando há necessidade de reposição proteica para controle do equilíbrio osmótico e redução de complicações clínicas.

Síndrome nefrótica com hipoalbuminemia importante, que não responde adequadamente ao tratamento conservador.

Casos de desnutrição proteico-calórica grave, em que a reposição com albumina auxilia na melhora do estado nutricional e na resposta ao tratamento dialítico.

A reposição de albumina nestas condições visa prevenir complicações, garantir a eficácia do tratamento dialítico e promover a recuperação clínica do paciente. Portanto, a aquisição deste insumo é fundamental para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência prestada aos pacientes do centro de hemodiálise.

2. DESCRIÇÕES E QUANTIDADES

Código Item	Unidade	Quantidade	Descrição
28176	AMP	15	ALBUMINA HUMANA 20% (0,2G/ML)SOLUÇÃO PARA INFUSÃO 50 ML

4. OBSERVAÇÕES GERAIS



- 4.1. Prazo de Entrega/ Execução: 7 (sete) dias úteis após a emissão da autorização de empenho
- 4.2. Local e horário da Entrega/Execução: Rua Dr: Moacir franco, 208
- 4.3. Unidade e servidor responsável para esclarecimentos: Centro de hemodiálise Santa casa de São Gotardo
- 4.4. Prazo para pagamento: 30 (trinta) dias após a entrega do bem/serviço.
- 4.5. Bloco Média e Alta Complexidade
Manter o Serviço de Hemodiálise
Ficha: 946 - Material de Consumo
Fonte :1600 Conta: 6240399

5. PRIORIDADE DA CONTRATAÇÃO:

5.1. Diante da demanda que urge análise, solicitamos que a tramitação deste instrumento, bem como a sua eventual contratação seja realizada em prioridade de tramitação / contratação de nível: Alto/ Existem itens nesse documento que fora frustrados em processos anteriores, havendo a necessidade inclusive de compra direta. A mesma deu-se fracassada no PAL 060-2024.

6. DEMANDA A AUTORIZAÇÃO:

6.1. Submeto esta demanda para análise e deliberação, visando sua inclusão na demanda do exercício 2025, sendo que diante da 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.

São Gotardo/MG, 14 de Abril de 2025

Larisse Freitas Martins

7. ANÁLISE E CONCLUSÃO PELA AUTORIDADE COMPETENTE

7.1. Registro que a demanda foi incluída para ANÁLISE e será prontamente organizada e complementada na elaboração das futuras contratações do exercício 2025.

São Gotardo/MG, 14 de Abril de 2025

**Responsável pela Análise da Demanda
(Alta Administração)**

8. OBSERVAÇÕES: