# Município de Lagoa Formosa

**Praça Dona Filomena – nº 02 – Lagoa Formosa (MG)**

**CNPJ: 18.602.078/0001 – 41 ☎ (034) 3824-2000**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
**DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA**
**(DFD) – S/Nº 2025/SMS**

| **1. Identificação do requisitante** | |
|---|---|
| **Setor requisitante:** | Secretaria Municipal de Saúde |
| **Responsável pela demanda:** | Julia Camargos Braga |
| **Matrícula:** | 5947 |
| **E-mail institucional:** | caps@lagoaformosa.mg.gov.br |
| **Telefone:** | (34) 3824-0191 |

**2. Identificação da demanda**

| Item | Descrição | Quantidade | Unidade |
|---|---|---|---|
| 1 | PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO COMPULSORIA POR ORDEM JUDICIAL DE PACIENTE DO SEXO MASCULINO EM CLINICA MÉDICA OU TERAPEUTICA ESPECIALIZADA. | 150 | Mês |
| 2 | PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO COMPULSORIA POR ORDEM JUDICIAL DE PACIENTE DO SEXO FEMININO EM CLINICA MÉDICA OU TERAPEUTICA ESPECIALIZADA. | 100 | Mês |
| 3 | TAXA DE REMOÇÃO | 50 | SV |

## 3. Justificativa

A presente demanda tem por objeto a contratação de serviços especializados em internação compulsória por ordem judicial de pacientes de ambos os sexos, maiores de idade, salvo exceções, em clínica médica ou terapêutica especializada, com a finalidade de atender às necessidades de saúde pública relacionadas a dependência química ou situações de risco iminente à integridade do próprio paciente ou de terceiros.

## 1. Previsão no Plano de Contratação Anual (PCA)

A presente demanda está prevista no PCA de 2025, tópico 37 – Serviços Médicos Especializados.

## 4. Indicação do(s) integrante(s) da equipe de planejamento

A equipe de planejamento da presente contratação será composta pelos seguintes membros, os quais possuem ciência da sua indicação:

**Nome:** Julia Camargos Braga
**Cargo:** Coordenadora de Setor
**Matrícula:** 5947
**E-mail institucional:** caps@lagoaformosa.mg.gov.br
**Telefone:** (34) 3824-0191

**Nome:** Natielle Lorrany Alves Lima
**Cargo:** Coordenador de Setor
**Matrícula:** 5941
**E-mail institucional:** atencaoblagoa@gmail.com
**Telefone:** (34) 3824-2259

| **5. Estimativa preliminar do valor da contratação** |
|---|
| Consirando o valor mensal do processo vigente, a presente contratação está estimada em R$ 900.000,00 (Novecentos mil reais). |

| **6. Indicação da dotação orçamentária** |
|---|
| Ficha 367, Fonte 500, CO: 1002. Recurso próprio. |

| **7. Data pretendida para a conclusão da contratação** |
|---|
| A presente contratação deverá ser formalizada até 30/11/2025, de modo a permitir o início da execução do objeto em tempo hábil. |

| **8. Vinculação ou dependência com outra contratação** |
|---|
| Não há vinculação ou dependência desta contratação em relação a outra. |

| **9. Prioridade da contratação** |
|---|
| A contratação possui o grau de prioridade alta. |

| **10. Autorização** |
|---|
| Submeto este documento de formalização de demanda para análise e deliberação acerca de seu o prosseguimento.<br><br>06 de outubro de 2025.<br><br>_____<br>Julia Camargos Braga<br>Coordenadora de Setor<br><br>Considerando a pertinência da demanda, **AUTORIZO** a continuidade do procedimento destinado à contratação em tela.<br><br>_____<br>Aline de Oliveira Braga<br>Secretária Municipal de Saúde |