



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA DE SAÚDE

DOCUMENTO DE OFICIALIZAÇÃO DA DEMANDA – DOD

1 – IDENTIFICAÇÃO DA ÁREA REQUISITANTE DA CONTRATAÇÃO

SETOR REQUISITANTE	CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO
RESPONSÁVEL	ANA KAROLINE GOUVEIA RAFAEL
MATRÍCULA	57900
E-MAIL	facenpmcg@gmail.com
TELEFONE	3077-0115

2 – DESCRIÇÃO DO OBJETO

Aquisição de LEITOR E SENSOR FREESTYLE LIBRE para atender as demandas judiciais de PEDRO HENRIQUE SOUZA LINO, MARIA AELLOA MARTINS MORAIS, JOÃO MIGUEL THOMAZ DA SILVA, DIEGO FABIANO ELIAS DA COSTA, ALICE ARAUJO MACEDO E ELIZABETE DE ANDRADE FERREIRA, processos Nº 0812720-32.2024.8.15.0001, 0818956-97.2024.8.15.0001, 0821519-64.2024.8.15.0001, 0821525-71.2024.8.15.0001, 0822423-84.2024.8.15.0001 E 0823187-70.2024.8.15.0001 pelo período de 180 dias. Os pacientes apresentam como diagnóstico principal Diabetes mellitus tipo I (CID 10 E10) e (CID 10 E10.9), necessitando com urgência dos insumos em questão para monitoramento e controle da doença.

Tem-se a previsibilidade de contratação do seguinte quantitativo:

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	UNIDADE	QUANTIDADE
1	LEITOR FREESTYLE LIBRE	CAIXA	06
2	SENSOR FREESTYLE LIBRE	CAIXA	84

O prazo de entrega dos bens é IMEDIATO, a partir da Ordem de fornecimento, e entregue no seguinte endereço Rua: João Capiba S/N, bairro: Catolé.

3 – MOTIVAÇÃO E FINALIDADE DA CONTRATAÇÃO

Assinado por 1 pessoa: ANA KAROLINE GOUVEIA RAFAEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://campinagrande.1doc.com.br/verificacao/3182-A5FC-7DAB-161E> e informe o código 3182-A5FC-7DAB-161E





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA DE SAÚDE

A contratação se dá pela necessidade de atender os pacientes PEDRO HENRIQUE SOUZA LINO, MARIA AELLOA MARTINS MORAIS, JOÃO MIGUEL THOMAZ DA SILVA, DIEGO FABIANO ELIAS DA COSTA, ALICE ARAUJO MACEDO E ELIZABETE DE ANDRADE FERREIRA, os quais são portadores de *Diabetes mellitus* tipo I (CID 10 E10) e (CID 10 E10.9), e caso não tenha o seu pedido atendido poderá ter a sua saúde prejudicada em definitivo. Assim, necessitando com urgência dos insumos, conforme laudo médico prescrito.

4 – VINCULAÇÃO AO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E ORÇAMENTO

Pretende-se com a formalização da demanda, após a análise que definirá o melhor procedimento administrativo, contratar a empresa a qual fornecerá os insumos, através de recursos do Município e fornecer os insumos pleiteados aos pacientes supra indicados com a finalidade de atender a necessidade urgente.

5 – DEMONSTRATIVO DOS RESULTADOS PRETENDIDOS EM TERMOS DE ECONOMICIDADE

Tendo em vista que será a contratação de aquisição de insumos, não será necessário a disponibilidade de recursos humanos e/ou materiais necessitando tão somente recursos financeiros para aquisição dos insumos os quais ficarão a cargo do município.

6 – INDICAÇÃO DE COLABORADOR DA ÁREA REQUISITANTE PARA COMPOR EQUIPE DO PLANEJAMENTO DA CONTRATAÇÃO E GERENCIAMENTO DO RISCO

Para elaboração do Estudo Técnico Preliminar, esta Secretaria indica os seguintes servidores:

Mércia Amaro da Costa – Gerente Central de Abastecimento Farmacêutico

Luciano Ângelo Guimarães Barbosa – Fiscal Técnico de Contratos

7 – ENCAMINHAMENTO DO PEDIDO





**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA DE SAÚDE**

Considerando sua relevância e oportunidade em relação aos objetivos estratégicos e as necessidades da Área Requisitante, encaminho pedido de autorização para prosseguimento e posterior realização do Estudo Técnico Preliminar (ETP), anexa a esse documento.

Data da assinatura eletrônica.

**ANA KAROLINE GOUVEIA RAFAEL
RESPONSÁVEL PELA AREA REQUISITANTE
Assinado digitalmente**

Assinado por 1 pessoa: ANA KAROLINE GOUVEIA RAFAEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://campinagrande.1doc.com.br/verificacao/3182-A5FC-7DAB-161E> e informe o código 3182-A5FC-7DAB-161E





VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 3182-A5FC-7DAB-161E

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



ANA KAROLINE GOUVEIA RAFAEL (CPF 089.XXX.XXX-73) em 08/08/2024 10:48:20 (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://campinagrande.1doc.com.br/verificacao/3182-A5FC-7DAB-161E>