



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 SONDA DE GASTROTOMIA E CÂNULA DE SHILEY para atender as demandas judiciais de MATEUS LIMA SANTOS menor representado pelo genitor o Sr. FRANKLIN PAULO SANTOS, JOÃO PEDRO FERREIRA DE BRITO, PIETRO SOUSA DE LIMA menor representado pela sua genitora DANIELY MIRELY SOUSA SILVA E BERNARDO SAMUEL PIANO DE MELO, processo N° 0803402-06.2016.8.15.0001, 0831075-90.2024.8.15.0001, 0829907-24.2022.8.15.0001 E 0805308-16.2025.8.15.0001 pelo período de 180 dias. O paciente Mateus é portador de PARALISIA CEREBRAL QUADRIPLÉGICA ESPÁTICA, CID-10(G-80); João Pedro apresenta ATROFIA MUSCULAR ESPINHAL HEREDITÁRIA CID 10 G12.1, G71.0, associada com outras comorbidades; Pietro apresenta paralisia cerebral quadriplégica espática secundária a síndrome da zika congênita e síndrome epiléptica, atualmente gastrotomizado - CID 10 Q02, G80.0, Q07.8; Bernardo tem diagnóstico principal de MICROCEFALIA POR ZYKA CID-10 Q02, apresentando quadro de insuficiência respiratória, sendo necessária a realização de traqueostomia, necessitando com urgência de tratamento para controle da enfermidade com o material médico em questão.

Tem-se a previsibilidade de contratação do seguinte quantitativo:

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	UNIDADE	QUANTIDADE
1	SONDA DE GASTROTOMIA TIPO BOTTON MIC-KEY 18FR 1.7CM	UNIDADE	02
2	CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA SHILEY 6CN75R (7.5MMI.D/10.8MM O.D/25.4MM)	UNIDADE	02
3	SONDA GASTROSTOMIA KANGAROO 20 FR	UNIDADE	02
4	CÂNULA SHILEY 6,0 C/ CUFF PEDIÁTRICA	UNIDADE	02

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.





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA DE SAÚDE

3 – MOTIVAÇÃO E FINALIDADE DA CONTRATAÇÃO

A contratação se dá pela necessidade de atender os pacientes Mateus é portador de PARALISIA CEREBRAL QUADRIPLÁGICA ESPÁTICA, CID-10(G-80); João Pedro apresenta ATROFIA MUSCULAR ESPINHAL HEREDITÁRIA CID 10 G12.1, G71.0, associada com outras comorbidades; Pietro apresenta paralisia cerebral quadriplégica espática secundária a síndrome da zika congênita e síndrome epiléptica, atualmente gastrotomizado - CID 10 Q02, G80.0, Q07.8; Bernardo tem diagnóstico principal de MICROCEFALIA POR ZYKA CID-10 Q02, apresentando quadro de insuficiência respiratória, sendo necessária a realização de traqueostomia, e caso não tenham o seu pedido atendido poderá ter a sua saúde prejudicada em definitivo. Assim, necessitando com urgência do material médico, 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 o insumo, 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 material médico, não será necessário a disponibilidade de recursos humanos e/ou materiais necessitando tão somente recursos financeiros para aquisição do insumo o qual ficará a cargo do município.

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





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

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

Mércia Amaro da Costa – Gerente Central de Abastecimento Farmacêutico

7 – ENCAMINHAMENTO DO PEDIDO

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 ÁREA REQUISITANTE
Assinado digitalmente

Assinado por 1 pessoa: ANA KAROLINE GOUVEIA RAFAEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://campinagrande.1doc.com.br/verificacao/0F58-FA99-C058-7F6A> e informe o código 0F58-FA99-C058-7F6A





VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 0F58-FA99-C058-7F6A

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



ANA KAROLINE GOUVEIA RAFAEL (CPF 089.XXX.XXX-73) em 19/03/2025 11:40:32 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/0F58-FA99-C058-7F6A>