

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DA DEMANDA – DFD	
IDENTIFICAÇÃO DA ÁREA REQUISITANTE	
UNIDADE REQUISITANTE	Fundo Municipal de Saúde
SIGLA DA UNIDADE	FMS
RESPONSÁVEL PELA DEMANDA	Ana Cristina Costa
CARGO:	Secretário de Saúde/Gestora
E-MAIL:	Sms.aparecidariodoce@gmail.com
TELEFONE:	64 984332103
1. PREVISÃO DA DEMANDA NO PLANO ANUAL DE CONTRATAÇÕES – (ART. 12, VII – 14.133/21) Link do PAC 2024 https://acessoainformacao.aparecidariodoce.go.gov.br/cidadao/informacao/plano_anual_contratacoes 1.1 A contratação em pauta não está incluída no PAC 2024 para o presente exercício.	
2.0 IDENTIFICAÇÃO DA DEMANDA (DESCRIÇÃO DO OBJETO) (ART. 7º, I, b - IN 009/23) (x) Serviços não Continuado () Serviço comum de engenharia () Serviços continuado SEM Dedicção Exclusiva de Mão de Obra () Serviços continuado COM dedicação exclusiva de Mão de Obra () Material de consumo () Material permanente / equipamento 2.1 FORMA DE CONTRATAÇÃO SUGERIDA: () Dispensa de Licitação (x) Inexigibilidade de Licitação 2.2. OBJETO: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA HABILITADA (REGISTRO NO CREA E AUTORIZAÇÃO ANVISA) EM REALIZAÇÃO DE VISITA TÉCNICA PARA REVISÃO DE INFRAESTRUTURA POS INSTALAÇÃO DE APARELHO DE RX DIGITAL LOTUS NS 0571, E EMISSÃO DE LAUDO	
3. JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO, CONSIDERANDO O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO, SE FOR O CASO (ART. 7º, I, a – IN 009/23) 3.1. Para atender as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, a presente solicitação tem por finalidade viabilizar a Contratação de empresa habilitada para realização de visita técnica para revisão de infraestrutura pós instalação de aparelho de RX com emissão de laudo; 3.2. Em obediência aos parâmetros estabelecidos pela SUVISA – Superintendência de Vigilância Sanitária faz-se necessária essa visita técnica de revisão e inspeção para certificação do correto proceder na infraestrutura e instalação do aparelho de RX, garantindo o acesso ao alvará de funcionamento e a segurança dos usuários dos serviços de saúde pública.	

3.3. o produto está instalado no Bloco A do Centro Municipal de Saúde/Hospital Municipal Walter Luiz Batista e aguardando visita técnica com emissão de laudo, para possíveis correções e posterior funcionamento .

4. QUANTIDADE A SER CONTRATADA. (ART. 7º, I, c – IN 009/23)

Item	Descrição do Objeto	Unid. Medida	Quant.	R\$ Estimado Dos Serviços
01	CONTRATAÇÃO DE EMPRESA HABILITADA EM VISITA TECNICA PARA REVISÃO DA INFRAESTRUTURA PÓS INSTALAÇÃO DO APARELHO DE RAO X COM EMISSÃO DE LAUDO (REGISTRO CREA E AUTORIZADA PELA ANVISA) EQUIPAMENTO: RAO-X MARCA: LOTUS NÚMERO DE SERIE: 0571 LOCAL CENTRO MUNICIPAL DE SAUDE/HOSPITAL MUNICIPAL WALTER LUIZ BATISTA	SV	1	R\$ 3.200,00

4.1 ESTIMATIVA PRELIMINAR DA CONTRATAÇÃO (ART. 7º, I, d – IN 009/23)

Estima-se para a contratação almejada o valor total de R\$ 3.200,00 (Tres mil e duzentos reais)

5. PREVISÃO DA DATA DE INÍCIO DOS SERVIÇOS OU DA ENTREGA DOS BENS. (ART. 7º, I, e).

5.1. A prestação dos serviços deverão iniciar até dia 30/05/24

5.2 O contrato terá sua duração de 30(dias) a partir de sua assinatura.

5. RESULTADOS A SEREM ALCANÇADOS COM A CONTRATAÇÃO: (ART. 18, § 1º, IX – 14.133/21)

6.1 Viabilizar a Contratação de empresa habilitada para realização de visita técnica para revisão de infraestrutura pós instalação de aparelho de RX com emissão de laudo autorizado pela ANVISA.

6.2. Adquirir a certificação do correto proceder na infraestrutura e instalação do aparelho de RX, garantindo o acesso ao alvará de funcionamento e a segurança dos usuários dos serviços de saúde pública.

7. GRAU DE PRIORIDADE DA COMPRA OU DA CONTRATAÇÃO: (ART. 7º, I, f – IN 009/23)

() Emergencial alto Risco população () Media Prioridade baixo risco (x) Baixa prioridade

8. INDICAÇÃO DE VINCULAÇÃO OU DEPENDÊNCIA COM OBJETO DE OUTRA CONTRATAÇÃO: (ART. 7º, I, g – IN 09/23)

8.1 Essa contratação tem/não tem relação de dependência ou vinculação a outra contratação.

9. CREDITOS ORÇAMENTARIOS:

9.1 Repasse Federal () Estadual () Municipal (x)

9.2 Valor do repasse R\$ _____ (_____)se houver

9.3 Valor da Contrapartida R\$ _____ (_____) **se houver**
9.4 Valor Ordinário **de** _____
9.5 N° da Emenda Parlamentar _____ N° do Processo _____ N° Plano de Ação _____ **se houver.**

10.0 INDICAÇÃO DOS(S) INTEGRANTES DA EQUIPE DE PLANEJAMENTO:

10.1 Gestor do Contrato: Ana Cristina Costa CPF: 036.749.314-43 Lotado na Secretaria de Municipal de Saúde no Cargo Secretária Municipal de Saúde.

10.2 Fiscal do Contrato: **ISENILDA CLEMENTE DA SILVA CARVALHO, CPF de nº 897.466.511-53, concursada, lotado na Secretaria de Saúde Zelador/Cargo Assessor Especial I.**

10.3 Engenheiro Responsável: _____ CREA/GO nº _____.

11 . PARECER E ENCAMINHAMENTO:

11.1 Aprovo a continuidade do procedimento destinado à contratação em tela, considerando sua aderência aos objetivos estratégicos da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE**, bem como às necessidades da Área Requisitante.

11.2. encaminha-se a Secretaria de Administração para geração do PROTOCOLO do Documento de Formalização da Demanda (DFD);

11.3. Encaminha-se ao Departamento de contabilidade para emissão de certidão Orçamentaria.

11.4. Encaminha-se à Equipe do Agente de Contratação para as providências necessárias para a juntada dos documentos para instrução do processo, dentre outros: como, decreto de nomeação da Equipe de licitação e Decreto de Nomeação do Gestor.

Aparecida do Rio Doce, **02 de Maio** de 2024.

Responsável pela elaboração do DFD

Gestora do FMS

Edy Carlos Gonçalves
Prefeito