



DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DA DEMANDA – DFD	
IDENTIFICAÇÃO DA ÁREA REQUISITANTE	
UNIDADE REQUISITANTE	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
SIGLA DA UNIDADE	SMS
RESPONSÁVEL PELA DEMANDA	ANA CRISTINA COSTA
CARGO:	SECRETÁRIO DE SAÚDE
E-MAIL:	Sec.saude@aparecidadoriodoce.go.gov.br
TELEFONE:	64- 98433-2103
1. PREVISÃO DA DEMANDA NO PLANO ANUAL DE CONTRATAÇÕES – (ART. 12, VII – 14.133/21) Link do PAC 2024 https://acessoainformacao.aparecidadoriodoce.go.gov.br/cidadao/informacao/plano_anual_contratacoes 1.1 A contratação em pauta está incluída no PAC 2024 para o presente exercício.	
2.0 IDENTIFICAÇÃO DA DEMANDA (DESCRIÇÃO DO OBJETO) (ART. 7º, I, b - IN 009/23) () Serviços não Continuoado () Serviço comum de engenharia (x) Serviços continuado SEM Dedicação 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: (x) Dispensa de Licitação () Inexigibilidade de Licitação 2.2. OBJETO: Dispensa de Licitação para contratação de empresa para fornecimento de seguro automotivo para o veículo: FORD RANGER XLS 3.2 4X4 DIESEL, chassi 8AFAR23S6PJ334162, lotados na Secretaria Municipal de Saúde, para atender as necessidades do Fundo Municipal de Saúde do Município de Aparecida do Rio Doce - Goiás	
3. JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO, CONSIDERANDO O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO, SE FOR O CASO (ART. 7º, I, a – IN 009/23) A presente contratação tem a finalidade de viabilizar a CONTRATAÇÃO DE SERVICOS DE SEGURADORA para os veículos acima descritos em casos de furto, roubo e acidentes. Existem eventos que não podem ser evitados e, nesses casos, por vezes faz se necessário utilizar serviços de mecânica, reboque, assistência médica, indenização por danos a terceiros, carro reserva, cobertura de para-brisa, vidros, retrovisores, para choques, faróis, lanternas; responsabilidade que fica a cargo da seguradora evitando desgaste e transtorno. Com o seguro automobilístico por meio de pagamento da franquia adquire acessibilidade e agilidade dos serviços contratados.	
4. QUANTIDADE A SER CONTRATADA. (ART. 7º, I, c – IN 009/23)	



Item	Descrição detalhada do Objeto	Unid. Medida	Quant.	R\$ unitário	R\$ total
01	SEGURO DO VEÍCULO FORD RANGER XLS 3.2 4X4 DIESEL ANO MODELO 2023 PLACA CHASSI 8AFAR23S6PJ334162 Seguro a ser contratado deve possuir coberturas mínimas e franquias conforme especificado abaixo: COBERTURAS: 1. DANOS MATERIAIS -1º RISCO 2. DANOS CORPORAIS- 1º RISCO 3. ACIDENTES PESSOAIS POR PASSAGEIRO 4. DANOS MORAIS A TERCEIROS- 1º RISCO 5. DANOS AOS VIDROS, RETROVISORES, LANTERNAS E FARÓIS- REDE REFERENCIADA. 6. CARRO EXTRA PICKUP LEVE 30 DIAS- REDE REFERENCIADA. 7. ASSISTÊNCIA 24H COMPLETA (PANE 2.000 KM- SINISTRO 2.000 KM) - REDE REFERENCIADA. PAGAMENTO SERÁ EM 10X.	MESES	12	R\$ 5.200,00	R\$ 5.200,00
4.1 ESTIMATIVA PRELIMINAR DA CONTRATAÇÃO (ART. 7º, I, d – IN 009/23) Estima-se para a contratação almejada o valor total de R\$ 5.200,00 (CINCO MIL E DUZENTOS REAIS)					
5. PREVISÃO DA DATA DE INÍCIO DOS SERVIÇOS OU DA ENTREGA DOS BENS. (ART. 7º, I, e). 5.1. Os serviços ou entrega do objeto deverão iniciar após a emissão da ordem de serviços. 5.2 O contrato terá sua duração de 12 (DOZE) meses a partir de sua assinatura.					
6. RESULTADOS A SEREM ALCANÇADOS COM A CONTRATAÇÃO: (ART. 18, § 1º, IX – 14.133/21) 6.1. Realizar processo de dispensa para atender a demanda da Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida do Rio Doce GO. 6.2. Viabilizar a aquisição, garantir agilidade, regularidade e qualidade, favorecendo a compras de medicamentos e insumos hospitalares para atender as necessidades conforme com a descrição e solicitação medica.					
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 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 R\$ 5.200,00 (CINCO MIL E DUZENTOS REAIS)

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, lotada 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, 05 de Julho de 2024.

GABRIELLA DE PAULA ASSIS
Responsável pela elaboração

Aprovado:

ANA CRISTINA COSTA
Secretária Municipal de Saúde

EDY CARLOS GONÇALVES
Prefeito Municipal