



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 ☐ 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 ☐ Inexigibilidade de Licitação 2.2. OBJETO: Dispensa de Licitação para aquisição de colchão para cama fawler hospitalar, confeccionado em espuma, com a capa em courvin, com a certificação do in-metro, D-33, de cor azul, 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 a aquisição de colchão para cama hospitalar. Esse colchão protege contra derramamento de liquido, prevenindo manchas que poderiam ser causadas por estes derramamentos. Evita que líquidos atinjam a parte interior do produto e a danifique, tornando-o mais durável e resistente e aumentando sua vida útil. Tras conforto firme com maciez. O Colchão para cama hospitalar serve para controlar e aliviar a pressão do corpo atendendo assim as necessidades do hospital municipal da secretária de Saúde de Aparecida do Rio Doce-Go.					
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		UND	5	R\$ 250,00	R\$ 1.250,00



	COLCHÃO para cama fawler hospitalar, confeccionado em espuma, com capa em courvin, na cor azul. Dimensão: 188x88x10 cm Densidade: D-33 COM CERTIFICAÇÃO DO INMETRO.				
4.1 ESTIMATIVA PRELIMINAR DA CONTRATAÇÃO (ART. 7º, I, d – IN 009/23) Estima-se para a contratação almejada o valor total de R\$ 1.250,00 (um mil duzentos e cinquenta reais).					
5. PREVISÃO DA DATA DE INÍCIO DOS SERVIÇOS OU DA ENTREGA DOS BENS. (ART. 7º, I, e). 5.1. As entrega do objeto deverá ser de até 2 (dois) após a emissão da ordem de fornecimento. 5.2 O contrato terá sua duração de 2 (DOIS) 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 conforto e qualidade.					
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\$ 1.250,00 (um mil duzentos e cinquenta 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.					



PREFEITURA DE
**APARECIDA
DO RIO DOCE**

- 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, 11 de Julho de 2024.

GABRIELLA DE PAULA ASSIS
Responsável pela elaboração

Aprovado:

ANA CRISTINA COSTA
Secretária Municipal de Saúde

EDY CARLOS GONÇALVES
Prefeito Municipal