



PREFEITURA DE
APARECIDA DO RIO DOCE
Lugar de gente feliz!

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 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 (x) Inexigibilidade de Licitação 2.2. OBJETO: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA HABILITADA EM REALIZAÇÃO DE VISITA TECNICA PARA DIAGNOSTICO EM EQUIPAMENTO DE RX DIGITAL MARCA LOTUS NUMERO DE SERIE 0571	
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 no Hospital Municipal Walter Luiz Batista para diagnóstico em equipamento de RX Digital 3.2 O referido equipamento vem dando mostra de desconfiguração pois mesmo em funcionamento apresentava informação de aparelho desligado e fica inviável a transmissão de imagem pelo sistema.	

3.3 O setor de RX é fundamental na unidade de saúde, pois o exame de imagem permite diagnóstico preciso, viabilizando segurança à equipe médica, agilidade no encaminhamento e êxito no tratamento.

3.4 O não funcionamento do equipamento implica ainda na necessidade de deslocar os pacientes a outro município para realização dos exames.

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

Item	Descrição do Objeto a ser analisado	Unid. Medida	Quant.	R\$ Estimado Dos Serviços
01	CONTRATAÇÃO DE EMPRESA HABILITADA EM REALIZAÇÃO DE VISITA TÉCNICA PARA DIAGNÓSTICO EM EQUIPAMENTO DE RAIO-X DIGITAL MARCA LOTUS NUMERO DE SERIE 0571 IRREGULARIDADES NO FUNCIONAMENTO: Mensagem de aparelho desligado mesmo quando em funcionamento; Impossibilidade de transmissão de imagem ao Sistema Integrado.	SV	1	R\$ 3.300,00

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

Estima-se para a contratação almejada o valor total de R\$ 3.300,00 (Três Mil e Trezentos Reais)

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

5.1. A serviços deverão ser prestados de imediato

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

6 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 em unidade de saúde para diagnóstico em aparelho de Raio-x digital**

6.2 garantir a configuração adequado de conformidade com as respectivas instruções normativas da RDC 611/2022 para cada modalidade.

6.3 garantir o funcionamento para atendimento aos 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 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 R\$ 3.300,00 (Três Mil e Trezentos 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, 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, **11de Novembro** de 2024.

Responsável pela elaboração do DFD

Ana Cristina Costa
Gestora do FMS

Edy Carlos Gonçalves
Prefeito de Ap. do Rio Doce GO



PREFEITURA DE
APARECIDA DO RIO DOCE
Lugar de gente feliz!