



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 2026

https://acessoainformacao.aparecidariodoce.go.gov.br/cidadao/informacao/plano_anual_contratacoes

1.1 A contratação em pauta está incluída no PAC 2026 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: Contratação de empresa especializada na prestação de **serviços gráficos**, visando à **confecção de materiais gráficos personalizados**, incluindo **blocos impressos, etiquetas adesivas e demais materiais gráficos institucionais**, destinados a atender às demandas administrativas e operacionais do **Fundo Municipal de Saúde de Aparecida do Rio Doce – GO**

3. JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO, CONSIDERANDO O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO, SE FOR O CASO (ART. 7º, I, a – IN 009/23)

3.1. A presente contratação justifica-se pela necessidade de atender às demandas administrativas e operacionais do Fundo Municipal de Saúde, no que se refere à **produção de materiais gráficos institucionais**, essenciais para organização de rotinas internas, controle de informações, identificação de documentos e apoio às ações desenvolvidas pelas unidades de saúde do município.

3.2. Os serviços gráficos a serem contratados, tais como **confeção de blocos impressos e etiquetas adesivas personalizadas**, são utilizados de forma recorrente nos setores administrativos, assistenciais e de apoio, contribuindo para a padronização dos registros, melhoria da comunicação interna e adequada identificação de materiais e documentos oficiais.

3.3. A inexistência de estrutura própria para execução de serviços gráficos no âmbito do Fundo Municipal de Saúde torna necessária a contratação de empresa especializada, assegurando a **qualidade do material produzido**, o atendimento às especificações técnicas exigidas e o cumprimento dos prazos necessários à continuidade das atividades administrativas e de atendimento à população.

3.4. A contratação encontra-se alinhada ao planejamento administrativo da Secretaria Municipal de Saúde e às ações previstas no **Plano Anual de Contratações – PAC 2026**, sendo medida indispensável para garantir a eficiência, economicidade e regularidade dos serviços públicos prestados.

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

ITEM	DESCRIÇÃO	UND	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1.	<p>Adesivo – Água Oxigenada</p> <p>Confeção de adesivo autocolante para identificação e controle de troca de Água Oxigenada, conforme modelo institucional.</p> <p>Especificações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medidas: 8 cm (comprimento) x 6 cm (largura) • Impressão em preto • Papel adesivo com boa fixação • Corte retangular • Campos para preenchimento manual: <ul style="list-style-type: none"> • Data da troca • Próxima troca • Responsável 	UND	500,00	0,42	210,00
2.	<p>Adesivo – Álcool 70%</p> <p>Confeção de adesivo autocolante para identificação e controle de troca de Álcool 70%, conforme modelo institucional.</p> <p>Especificações:</p>	UND	500,00	0,42	210,00

	<ul style="list-style-type: none"> • Medidas: 8 cm (comprimento) x 6 cm (largura) • Impressão em preto • Papel adesivo com boa aderência • Corte retangular • Campos para preenchimento manual: <ul style="list-style-type: none"> • Data da troca • Próxima troca • Responsável 				
3.	<p>Adesivo – Álcool Iodado</p> <p>Confecção de adesivo autocolante para identificação e controle de troca de Álcool Iodado, conforme modelo institucional.</p> <p>Especificações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medidas: 8 cm (comprimento) x 6 cm (largura) • Impressão em preto • Papel adesivo resistente • Corte retangular • Campos para preenchimento manual: <ul style="list-style-type: none"> • Data da troca • Próxima troca • Responsável 	UND	500,00	0,42	210,00
4.	<p>Adesivo – Clorexidina Alcoólica 0,5%</p> <p>Confecção de adesivo autocolante para identificação e controle de troca de Clorexidina Alcoólica 0,5%, conforme modelo institucional.</p> <p>Especificações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medidas: 8 cm (comprimento) x 6 cm (largura) • Impressão em preto • Papel adesivo resistente • Corte retangular • Campos para preenchimento manual: <ul style="list-style-type: none"> • Data da troca • Próxima troca 	UND	500,00	0,42	210,00

	<ul style="list-style-type: none"> Responsável 				
5.	<p>Adesivo – Clorexidina Aquosa</p> <p>Confecção de adesivo autocolante para identificação e controle de troca de Clorexidina Aquosa, conforme modelo institucional.</p> <p>Especificações:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medidas: 8 cm (comprimento) x 6 cm (largura) Impressão em preto Papel adesivo de boa aderência Corte retangular Campos para preenchimento manual: <ul style="list-style-type: none"> Data da troca Próxima troca Responsável 	UND	500,00	0,42	210,00
6.	<p>Adesivo – Clorexidina Degermante</p> <p>Confecção de adesivo autocolante para identificação e controle de troca de Clorexidina Degermante, conforme modelo institucional.</p> <p>Especificações:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medidas: 8 cm (comprimento) x 6 cm (largura) Impressão em preto Papel adesivo com boa fixação Corte retangular Campos para preenchimento manual: <ul style="list-style-type: none"> Data da troca Próxima troca Responsável 	UND	500,00	0,42	210,00
7.	<p>Adesivo – P.V.P.I. Tópico</p>	UND	500,00	0,42	210,00

	<p>Confecção de adesivo autocolante para identificação e controle de troca de P.V.P.I. Tópico, conforme modelo institucional.</p> <p>Especificações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medidas: 8 cm (comprimento) x 6 cm (largura) • Impressão em preto • Papel adesivo de boa qualidade • Corte retangular • Campos para preenchimento manual: <ul style="list-style-type: none"> • Data da troca • Próxima troca • Responsável 				
8.	<p>Adesivo – Vaselina</p> <p>Confecção de adesivo autocolante para identificação e controle de troca de Vaselina, conforme modelo institucional.</p> <p>Especificações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medidas: 8 cm (comprimento) x 6 cm (largura) • Impressão em preto • Papel adesivo com boa fixação • Corte retangular • Campos para preenchimento manual: <ul style="list-style-type: none"> • Data da troca • Próxima troca • Responsável 	UND	500,00	0,42	210,00
9.	<p>Adesivo para Controle de Troca de Gel</p> <p>Confecção de cartela contendo adesivos personalizados para identificação e controle de troca de gel, conforme modelo fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde.</p> <p>Especificações mínimas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medidas de cada adesivo: 8 cm (comprimento) x 6 cm (largura) 	UND	500,00	0,42	210,00

	<ul style="list-style-type: none"> • Impressão em preto • Papel adesivo (autocolante) de boa fixação • Corte retangular • Layout contendo os seguintes campos para preenchimento manual: <ul style="list-style-type: none"> ○ GEL ○ Data da troca ○ Próxima troca ○ Responsável • Fornecido em cartelas com múltiplos adesivos por folha <p>Impressão conforme modelo padrão institucional</p>				
10	<p>Confecção de adesivo autocolante para identificação de Cateter, conforme modelo institucional da Secretaria Municipal de Saúde.</p> <p>Especificações mínimas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medidas: 8 cm (comprimento) x 6 cm (largura) • Formato retangular • Impressão em preto • Papel adesivo autocolante de boa aderência • Corte individual • Campos para preenchimento manual: <ul style="list-style-type: none"> • CATETER • Data • Hora • Responsável 	UND	500,00	0,42	210,00
11	<p>Confecção de adesivo autocolante para Identificação de Soro, conforme modelo institucional da Secretaria Municipal de Saúde, destinado à identificação de soluções intravenosas e medicações administradas em pacientes.</p> <p>Especificações mínimas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medidas: 8 cm (comprimento) x 6 cm (largura) 	UND	500,00	0,42	210,00

	<ul style="list-style-type: none"> • Formato retangular • Impressão em preto • Papel adesivo autocolante com boa aderência • Corte individual • Fornecido em cartelas com múltiplos adesivos por folha • Layout contendo os seguintes campos para preenchimento manual: <ul style="list-style-type: none"> • Identificação do Soro • Nome do paciente • Data • Tipo de soro • Medicação • Volume (ML) • Responsável 				
12	<p>Confecção de bloco de receituário simples 50x1 folhas 15x21 cm personalizado, conforme foto modelo anexa. O receituário deverá conter identificação institucional da Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida do Rio Doce – GO, logomarca do SUS, campos para preenchimento de Nome do paciente, Unidade de Saúde, Prescrição médica, bem como espaço para assinatura e carimbo do requisitante. Impressão colorida, layout conforme padrão institucional utilizado pela rede municipal de saúde. Bloco com 50 folhas. Medidas: 15 cm de comprimento x 21 cm de largura.</p>	UND	100,00	8,13	813,33
13	<p>Confecção de Bloco de Requisição Interna Autocopiativo</p> <p>Bloco de Requisição Interna personalizado, contendo 02 (duas) vias, sendo a 1ª via em papel sulfite branco e a 2ª via em papel autocopiativo (papel carbono químico) na cor amarela, destinado ao uso administrativo da Secretaria Municipal.</p> <p>Impressão em preto, conforme modelo padrão institucional fornecido, contendo logomarca oficial, campos para identificação do órgão solicitante, discriminação de produtos ou serviços, quantitativo, valor</p>	UND	50	35,30	1.765,00

	<p>unitário, valor total, assinaturas e campo para total geral da requisição.</p> <p>Especificações mínimas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formato: A4 (21 cm x 29,7 cm) • Papel 1ª via: sulfite branco 75g • Papel 2ª via: autocopiativo (CB/CFB) amarelo • Numeração sequencial em vermelho • Blocos com 50 folhas • Colagem na parte superior (cabeceado) • Serrilha para destaque das vias • Impressão frente 				
14	<p>Confecção de Bloco/Formulário APAC – Laudo para Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (SUS) – Autocopiativo</p> <p>Confecção de formulário padronizado do SUS – APAC (Laudo para Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial), destinado ao uso do Centro Municipal de Saúde, contendo 02 (duas) vias autocopiativas.</p> <p>Especificações mínimas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formato aproximado: A4 (21 cm x 29,7 cm) • 1ª via: papel sulfite branco 75g • 2ª via: papel autocopiativo (carbonado químico) cor azul • Impressão em preto, conforme modelo oficial do SUS fornecido • Frente impressa • Numeração sequencial (se necessário) • Blocos com 50 folhas • Colagem superior (cabeceado) • Serrilha para destacamento das vias • Papel autocopiativo com boa transferência de escrita entre as vias <p>Contendo todos os campos obrigatórios do modelo padrão SUS: identificação do paciente, procedimento solicitado,</p>	UND	50,00		
				39,46	1.973,33

	procedimentos secundários, justificativa, solicitação, autorização e identificação do estabelecimento executante.					
15	<p>Confecção de Ficha de Encaminhamento SUS – Referência e Contra Referência (com micro perfuração) bloco 50x1</p> <p>Confecção de formulário padronizado “Ficha de Encaminhamento (Referência e Contra Referência)”, destinado ao uso das unidades vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde, conforme modelo institucional contendo identificação do SUS, Ministério da Saúde, Governo do Estado e Secretaria Municipal.</p> <p>Especificações mínimas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formato A4 (21 cm x 29,7 cm) • Papel sulfite branco 75g • Impressão em preto • Impressão frente • Layout conforme modelo fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde • Micro perfuração (serrilha) horizontal central, permitindo o destacamento da parte superior (Referência) e da parte inferior (Contra Referência), tornando-as formulários independentes após separação • Margens e linhas adequadas para preenchimento manual • Fornecido em blocos com 50 folhas por bloco), com colagem superior (cabeceado), se em formato de bloco <p>Conteúdo do formulário:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação do paciente (nome, endereço, data de nascimento, CPF, RG, sexo, unidade de origem) • Unidade de referência e unidade executante • Motivo do encaminhamento • Resumo do histórico do paciente e tratamento 	UND	50		25,35	1.267,66

	<ul style="list-style-type: none"> • Campo para data, assinatura e carimbo do profissional responsável 				
16	<p>Confecção de Talonário de Notificação de Receita B (Psicotrópicos)</p> <p>Confecção de talonário de Notificação de Receita B, na cor azul, conforme exigências da Vigilância Sanitária e normas da ANVISA, destinado ao uso do Centro Municipal de Saúde.</p> <p>Especificações mínimas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formato aproximado: 16 cm x 9 cm (ou conforme padrão oficial) • Papel na cor azul, gramatura mínima 75g • Impressão em preto • Numeração sequencial em vermelho, conforme faixa autorizada pela Vigilância Sanitária • Contendo canhoto lateral (talão destacável) com micro perfuração (serrilha) para destacamento • Blocos com 50 folhas cada (ou conforme necessidade) • Colagem superior (cabeceado) • Impressão frente • Layout conforme modelo oficial exigido para Notificação de Receita B • Identificação do emitente (nome da unidade, endereço, CNPJ, telefone) • Campos obrigatórios: identificação do paciente, medicamento/substância, quantidade, forma farmacêutica, posologia, identificação do comprador, assinatura do emitente e carimbo do fornecedor <p>Conforme legislação sanitária vigente aplicável às notificações de receita de medicamentos sujeitos a controle especial.</p>	UND	50	12,93	646,66
17	<p>Confecção de Bloco – Ficha de Campo “Goiás Contra o Aedes” (Frente e Verso)</p>	UND	50	21,33	1.066,66

	<p>Confecção de bloco de formulários destinados às atividades de campo realizadas pelos agentes de combate às endemias, no âmbito do programa Goiás Contra o Aedes, utilizados para registro de inspeções domiciliares, identificação de riscos e acompanhamento das visitas realizadas nas residências do município.</p> <p>Especificações mínimas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formato: A4 (21 cm x 29,7 cm) • Papel: sulfite branco 75g • Impressão: preto • Impressão frente e verso • Layout conforme modelo institucional utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde • Contendo identificação institucional com logomarca do SUS, Secretaria Municipal de Saúde e Governo de Goiás • Formulário com campos para registro de: <ul style="list-style-type: none"> • Quadra • Lote • Número • Rua • Pendências identificadas • Registro de riscos encontrados no imóvel • Tarefas orientadas ao morador/proprietário • Dados do agente responsável pela visita • Mês da inspeção • Estrutura em tabela para controle mensal das inspeções realizadas • Blocos contendo 50 folhas cada • Colagem superior (cabeceado) para fácil destacamento das folhas 				
18	<p>Confecção de Bloco – Ficha Residencial “Goiás Contra o Aedes”</p> <p>Confecção de bloco de formulários destinados às atividades de campo realizadas pelos agentes de combate às endemias, utilizados</p>	UND	50	12,16	608,33

	<p>para registro de inspeções domiciliares, identificação de focos e acompanhamento das ações do programa Goiás Contra o Aedes no município.</p> <p>Especificações mínimas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formato: 21 cm (comprimento) x 15 cm (largura) • Papel: sulfite branco 75g • Impressão: em preto • Impressão: frente (conforme modelo institucional) • Layout: conforme padrão utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida do Rio Doce – GO • Contendo identificação institucional com logomarca do SUS, Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura Municipal • Formulário estruturado em tabela contendo campos para: <ul style="list-style-type: none"> • Identificação da ficha residencial • Ano e mês da inspeção • Registro de riscos encontrados no imóvel • Tarefas orientadas ao morador ou proprietário • Dados do agente responsável pela visita (nome, dia e hora) ○ Registro de acompanhamento mensal das inspeções (jan a dez) • Bloco contendo 50 folhas • Colagem superior (cabeceado) para fácil destacamento das folhas 				
19	<p>Confecção de Bloco – Ficha de Visita Domiciliar (PCFAD)</p> <p>Confecção de bloco de formulários destinados ao registro das visitas domiciliares realizadas pelos agentes de combate às endemias no âmbito do Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue – PCFAD, utilizados para</p>	UND	50	11,66	583,33

	<p>controle e acompanhamento das inspeções realizadas nos imóveis do município.</p> <p>Especificações mínimas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formato: 21 cm (comprimento) x 15 cm (largura) • Papel: sulfite branco 75g • Impressão: em preto • Impressão: frente • Layout: conforme modelo institucional utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde • Contendo identificação institucional do Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue – PCFAD, bem como identificação do município e órgãos responsáveis • Formulário contendo campos para: <ul style="list-style-type: none"> • Unidade da Federação (UF) • Município • Bairro • Quarteirão • Número • Lado • Data da visita • Hora • Atividade realizada • Nome legível do responsável pela visita • Estrutura em tabela para registro das visitas realizadas nas residências • Blocos contendo 50 folhas • Colagem superior (cabeceado) para fácil destacamento das folhas 				
				TOTAL	11.034,33

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

Estima-se para a contratação almejada o valor total de R\$ 11.034,33

(Onze mil e trinta e quatro reais e trinta e três centavos).

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

5.1 Os serviços deverão iniciar **de imediato**, após a emissão da Ordem de Fornecimento.

5.2 A entrega dos materiais deverá ocorrer no prazo máximo de até **10 (dez) dias úteis**, contados do início da execução



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

- 6.1. Garantir a padronização dos impressos e materiais gráficos utilizados nas unidades vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde.
- 6.2. Assegurar melhor organização e controle interno de procedimentos administrativos e assistenciais, especialmente quanto à identificação de insumos, medicamentos e registros clínicos.
- 6.3. Proporcionar maior segurança na identificação de materiais hospitalares e controle de troca de soluções e substâncias utilizadas nos atendimentos.
- 6.4. Garantir o adequado registro e formalização de prescrições médicas, encaminhamentos, autorizações e notificações sanitárias, em conformidade com as normas vigentes.
- 6.5. Atender às exigências da Vigilância Sanitária e demais órgãos de controle quanto à utilização de talonários e formulários oficiais.
- 6.6. Evitar desabastecimento de materiais gráficos essenciais ao funcionamento das unidades de saúde.
- 6.7. Assegurar continuidade e eficiência dos serviços públicos de saúde prestados à população do Município de Aparecida do Rio Doce – GO.

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\$ _____ (_____).

9.3 Valor da Contrapartida R\$ _____ (_____).

9.4 Valor Ordinário estimado é de **R\$ 11.034,33**

(Onze mil e trinta e quatro reais e trinta e três centavos).

9.5 N° da Emenda Parlamentar _____ N° do Processo _____ N° Plano de Ação _____.

10. INDICAÇÃO DOS(S) INTEGRANTES DA EQUIPE DE PLANEJAMENTO:



10.1. Gestora da Demanda: **Ana Cristina Costa**, inscrita no CPF nº 036.749.314-43, lotada na Secretaria Municipal de Saúde, ocupando o cargo de Secretária Municipal de Saúde.

10.2. Fiscal da Contratação: **MOZANIEL ALVES DA SILVA**, inscrita no CPF nº 965.158.301-06, servidor efetivo, lotada na SEC. DE ADMINISTRACAO E DESENVOLVIMENTO – EFE.

11 . PARECER E ENCAMINHAMENTO:

11.1 Aprovo a continuidade do procedimento destinado à contratação em tela, considerando sua aderência aos objetivos estratégicos do FUNDO 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, 09 de fevereiro de 2026.

Responsável pela elaboração do DFD
Karolina Rodrigues Dos Reis

Ana Cristina Costa
Gestora do FMS



Edy Carlos Gonçalves
Prefeito