

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA - DFD

Órgão: Secretaria Municipal de Saúde - SEMSA	
Sector responsável pela demanda/requisitante (Unidade/Setor/Departamento): Gerência de Assistência Farmacêutica - GAF	
Responsável pela demanda: Amanda Brahim Brandão	Matrícula: 907291-8
E-mail: amandabrahim@vilavelha.es.gov.br e gaf.saude@vilavelha.es.gov.br	

1. OBJETIVO/DEMANDA:

Aquisição de MEDICAMENTOS para fins de **cumprimento à Decisões Judiciais expedidas em desfavor do município de Vila Velha**, por meio de adoção do Sistema de Registro de Preços (SRP), haja vista a conveniência da formulação de futura Ata de Registro de Preços (ARP), com previsão de aquisição (execução da ATA) do objeto de forma parcelada (conforme a necessidade), visando minimizar os riscos de desabastecimento e reduzir os custos necessários.

2. MOTIVAÇÃO/JUSTIFICATIVA DA DEMANDA:

Trata-se o presente processo de aquisição de MEDICAMENTOS para fins de **cumprimento à Decisões Judiciais expedidas em desfavor do município de Vila Velha**, conforme relacionado na tabela do item 1.1, cujo **descumprimento poderá resultar em pesadas sanções pecuniárias a Municipalidade e/ou gestor da pasta (Decisões Judiciais na íntegra anexadas ao processo)**.

Esta contratação/aquisição se faz necessária uma vez que os itens em tela **não são padronizados no município**, logo, este ente público não possui estoque destes itens para atender a referida demanda judicial. Além disso, pontuamos que, por razão de força judicial, a contratação deste serviço está sob a obrigação desta secretaria de saúde municipal.

Por fim, justifica-se ainda, a contratação deste serviço em cumprimento à Resolução da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) nº 229/2012 que elabora e normatiza o fluxo de encaminhamentos entre Estado e Municípios para cumprimento das decisões judiciais.

Sendo assim, há a necessidade de **disponibilização contínua** (conforme determinação judicial) dos seguintes itens:

MEDICAMENTOS			
ITEM	CÓDIGO SMAR	DESCRIÇÃO DETALHADA	UNIDADE DE FORNECIMENTO
01	Primeira aquisição	Aripiprazol 1 mg/ml Solução oral – Frasco 150 ml	Frasco 150 ml
02	Primeira aquisição	Periciazina 4% (40mg/ml) Frasco 20ml Gotas	Frasco 20ml
03	2.18.01.0758.1	Oxcarbazepina 600 mg	Comprimido/Cápsula
04	2.03.04.0128.0	Nistatina + Óxido de Zinco pomada Bisnaga de 60 g	Tubo/bisnaga 60 g
05	2.03.08.0140.7	Diltiazem 60 mg	Comprimido/Cápsula
06	2.19.02.1416.0	Pantoprazol 40 mg	Comprimido/Cápsula
07	2.18.01.1258.5	Nimesulida 20 mg/g gel dermatológico	Tubo/bisnaga 40 g

2.1 DADOS ADICIONAIS DA CONTRATAÇÃO:

Tipo de contratação:	Grau de complexidade:	Grau de prioridade:
Nova contratação	Baixo – medicamentos Atenção Básica	Média e Alta

2.2 NATUREZA DA CONTRATAÇÃO/ CLASSIFICAÇÃO DO OBJETO:

Bens de Consumo.

2.3 QUANTITATIVO DE MATERIAL/ SERVIÇO A SER CONTRATADO:

Pormenorizado no termo de referência anexado ao processo.

3. OBSERVAÇÕES GERAIS:

CÓDIGO DEMONSTRAÇÃO DA PREVISÃO DA CONTRATAÇÃO NO PLANO DE CONTRATAÇÕES ANUAIS (PCA):
Esta aquisição/contratação encontra previsão no plano de contratações anual, possuindo alinhamento com esta Secretaria de Saúde. O Plano de Contratações Anual, está disponível no <https://transparencia.vilavelha.es.gov.br/v2/#/listaPlanoAnual>.

Site PMVV -> transparência -> licitação -> Plano de Contratações Anual -> 2026 (selecionar o ano que se deseja consultar -> ir para detalhes -> clicar na secretaria que se deseja consultar (em nosso caso, Secretaria Municipal de Saúde/SEMSA) -> ir apara detalhes, sob o código: **PCW00252.2026-20 - PAC 2026 - CODIGO: AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS EM CUMPRIMENTO À DECISÃO JUDICIAL.**

3.1 PRAZO DE ENTREGA/EXECUÇÃO:

A entrega dos produtos (bens de consumo) deverá ser feita no prazo máximo de **20 (vinte) dias corridos** após o recebimento da Autorização de Fornecimento (AF)/Ordem de Serviço (OS), com despesas de transporte assumidas pelo licitante.

3.2 PRAZO PARA PAGAMENTO:

O pagamento será efetivado em conformidade com as normativas da Prefeitura Municipal de Vila Velha, e ainda, em obediência à ordem cronológica nos pagamentos, conforme disposto no art. 141 da Lei Federal nº 14.133/2021. Informações pormenorizadas sobre pagamento encontram-se no termo de referência anexado ao processo.

3.3 LOCAL E HORÁRIO DA ENTREGA/EXECUÇÃO:

Entrega mediante agendamento prévio com o ALMOXARIFADO DA SAÚDE, no endereço seguinte:
Almoxarifado da Saúde - Rodovia Darly Santos, km 2,5, Bairro Guaranhuns, Vila Velha/ES, CEP: 29.103-300. Tel.: (27) 3139-9024. Ponto de referência: atrás do posto de gasolina Marcella, em frente ao SESI, na antiga fábrica Piraquê, de **segunda a sexta-feira, no horário de 7h às 12h e 13h às 15h, no prazo máximo de 20 (vinte) dias corridos**, contado da data de recebimento da Autorização de Fornecimento (AF)/Ordem de Serviço (OS).

4. UNIDADE E SERVIDOR RESPONSÁVEL PARA ESCLARECIMENTOS:

- **Nome completo:** Amanda Brahim Brandão
- **E-mail institucional:** amandabrahim@vilavelha.es.gov.br e gaf.saude@vilavelha.es.gov.br
- **Setor:/ Secretaria:** GAF – Gerência de Assistência Farmacêutica/SEMSA
- **Telefone/ ramal:** Não possui

Em conformidade com a legislação que rege o tema, encaminhe-se à autoridade competente (Ordenador de Despesas) para análise de conveniência e oportunidade para a contratação e demais providências cabíveis.

Atenciosamente,

Assinado eletronicamente

Amanda Brahim Brandão

Farmacêutica – Gerência de Assistência Farmacêutica
Matrícula: 907291-8 – e-mail: gaf.saude@vilavelha.es.gov.br

Assinado eletronicamente

Manuela Martins Cruz

Gerente – Gerência de Assistência Farmacêutica
Matrícula: 4384-2/1



MANIFESTO DE ASSINATURAS



Assinado eletronicamente por:
AMANDA BRAHIM BRANDAO
CPF: ***.868.987-**
Data: 22/05/2026 18:18:37 -03:00

Assinado eletronicamente por:
MANUELA MARTINS CRUZ
CPF: ***.037.537-**
Data: 25/05/2026 09:30:38 -03:00