

1. INFORMAÇÕES GERAIS

1.1 Data prevista para conclusão do processo

MEDIDAS, PROVAS, ADAPTAÇÕES, AJUSTES E ENTREGAS – devem ser realizadas pela contratada no CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO – CER II GUARULHOS – na Rua das Palmeiras nº 865, Gopoúva - Guarulhos/SP.

Em até 15 dias após o recebimento do Pedido de Fornecimento, será feito o agendamento pelo CER para aferição das medidas. Fone: 2229-5688 e-mail: ceriiguarulhos@gmail.com ou opmceriiguarulhos@gmail.com.

Prazo determinado para a conclusão e entrega dos itens será de **30 dias CORRIDOS**

1.2 Descrição sucinta do objeto

Atendimento ao Processo Judicial nº **1023432-77.2019.8.26.0224**, que confere ganho de causa a paciente no que refere a dispensação do item.

1.3 Grau de prioridade da compra ou da contratação

- ALTA

Dado a determinação judicial que determina obrigação de fazer.

Acrescentamos ainda que, tal equipamento é utilizado na assistência à saúde e auxilia na aquisição, melhora e manutenção da autonomia e independência da pessoa com deficiência.

O fornecimento desses equipamentos encontra-se em conformidade com as disposições legais estabelecidas pela Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

2. JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

2.1 Justificativa da necessidade da contratação

Dado que o Município não tem uma OFICINA ORTOPÉDICA e que, possui um grande número de pacientes que necessitam de tais equipamentos. Faz-se necessário a aquisição por via licitatória **EMERGENCIAL**.

2.2 Indicação de vinculação ou dependência com o objeto de outro documento de formalização de demanda.

PA nº33952/2023 em andamento para realização de Credenciamento. Sendo que o item não foi vinculado até o momento

3. MATERIAIS/SERVIÇOS

Item	Descrição	Unid.	Qtde.	Valor Unitário	Valor Total
01 A.P.A	CADEIRA DE RODAS INFANTIL COM FECHAMENTO EM X	UNID	01	R\$7.198,00	R\$7.198,00
01 A.P.A	ÓRTESE NEUROFISIOLÓGICA DE IMPACTO AO SOLO	PAR	01	R\$1.017,50	R\$1.017,50
01 A.P.A	TREINADOR DE MARCHA	UNID	01	R\$20.000,00	R\$20.000,00

4. EQUIPE RESPONSÁVEL PELO ESTUDO PRELIMINAR

Paula Cristina Santoro

Fernando Pellegrini Ferraz

Carla Cristina Costa Monteiro de Lima

Illora Aswinkumar Darbar Shimoato

5. IDENTIFICAÇÃO DA ÁREA REQUISITANTE E RESPONSÁVEIS

Área Requisitante (Unidade/Setor/Depto):

UNIDADE: CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO CER II – GUARULHOS

SETOR: SECRETÁRIA DA SAÚDE

DEPARTAMENTO: DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE

Responsável(eis) pela demanda:

Nome: **ILLORA ASWINKUMAR DARBAR SHIMOZATO**

Tel: 11 99764-6705

E-mail: opmcerciiguarulhos@gmail.com

Cód. Funcional: 63.223

Cargo/Função: Gerente em Saúde I



Documento assinado eletronicamente por **Illora Aswinkumar Darbar Shimozato, Gerência de Saúde**, em 30/04/2025, às 11:38, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **Lucia Regina Macarielli, Diretor (a) de Departamento**, em 13/05/2025, às 11:12, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://sei.guarulhos.sp.gov.br/sei/web/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1939663** e o código CRC **96F836BB**.