

ESP-DEPTO.REG.SAUDE - DRS-XVI SOROCABA

# Estudo Técnico Preliminar 190/2025

## 1. Informações Básicas

Número do processo: 024.00025959/2025-37

## 2. Descrição da necessidade

A presente Contratação se justifica devido a necessidade em atendimento a ação judicial-processo nº4430120110030300,

COMARCA DE PIEDADE – 1ª VARA

do autor M.T.M.M, hoje com 15 anos, com doença congênita definida pela medicina como Miopatia Mitocondrial, em uso de gastrostomia para alimentação enteral devido a dificuldade de deglutição desde 2011, conforme laudo médico da Dra. Mara Lúcia Corra CRM-069937. Hoje dependente de BIPAP para ventilação artificial. Constante em folhas 03 e 04 do processo judicial.

Em razão do quadro apresentado, foi indicado a realização de tratamento multidisciplinar. em Empresa Especializada, na modalidade.

De acordo com a sentença, parte integrante do processo judicial acima citado, o magistrado determina o fornecimento do serviço, composto de atendimento profissional multidisciplinar necessários, conforme prescrição médica.

## 3. Área requisitante

Área Requisitante	Responsável
ação judicial-gaj	Patricia Buarque Valente Galhardo

## 4. Descrição dos Requisitos da Contratação

- 3.1. A Contratada deve cumprir todas as obrigações constantes no Termo de Referência e sua proposta, ofertando mão-de-obra, fornecendo equipamentos e insumos descritos no Termo de Referência, assumindo seus riscos e despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto.
- 3.2 Manter pessoal técnico e em número suficiente para a realização dos serviços;
- 3.3 Apresentar registro ou inscrição na entidade profissional competente de responsável técnica da empresa, em plena validade;
- 3.4 Enviar mensalmente relatórios discriminando as atividades desenvolvidas diariamente/ semanalmente, bem como a evolução do paciente, em papel timbrado e assinado pelo(s) profissional(is) que realizou(ram) o atendimento.
- 3.5 Executar os serviços nas dependências da residência do autor, sito

**Estrada dos Lavradores, Km 09, Bairro Piraporinha – Piedade- S.P., CEP: 18170-000 conforme autos do processo judicial.**

Os serviços deverão ser executados pelo prazo inicial de 04 meses, por dispensa emergencial.

## 5. Levantamento de Mercado

O levantamento de mercado baseou-se 100% em pesquisas junto a potenciais empresas prestadoras de serviço de home care, devido as especificidades solicitadas para a individualidade do paciente.

Os orçamentos solicitados às empresas especializadas para cumprimento do solicitado na ação judicial, estão anexas ao processo Sei nº024.00025959/2025-37.

## 6. Descrição da solução como um todo

A escolha da solução se deu através de pesquisa de mercado e do conhecimento técnico e prático do objeto a ser contratado, através da análise da viabilidade de implementação das soluções disponíveis no mercado.

Sendo assim, de uma forma geral, Identificou-se que para o fornecimento de Serviço de Atenção Domiciliar (Home Care) em atendimento de mandado judicial, predomina a contratação através de pregão eletrônico.

De modo geral, a contratação dos serviços por intermédio de pregão, traz na maioria das vezes, o ganho econômico, uma vez que os licitantes tendem a ofertar melhores preços e diminuir suas margens de lucro, a depender dos quantitativos a serem contratados pela Administração em Edital.

O Cumprimento da ordem judicial, se dará por meio de contratação de empresa especializada em serviços continuados de cuidados de saúde em regime domiciliar, tipo home care, capaz de fornecer medicamentos, insumos, mão-de-obra de cada especialidade, transporte para unidade hospitalar e demais prescrições solicitadas na ação judicial.

## 7. Estimativa das Quantidades a serem Contratadas

1.0 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL		Quantidades máximas / mês:
1.1.	Técnico de enfermagem - 24h	31 plantões/mês
1.2.	Enfermeiro - visita semanal	04 visitas/mês
1.3.	Fisioterapia motora – 01 sessão/dia	31 sessões/mês
1.4.	Fisioterapia respiratória - 02 sessões/dia	62 sessões/mês
1.5.	Fonoaudióloga – 05 sessões/semana	20 sessões/mês
1.6.	Médico gastroenterologista – 01 visita mensal	01 visita/mês
1.7.	Médico pediatra – 01 visita/semana	05 visitas/mês

1.8.	Médico Neurologista infantil (a cada 03 meses)	01 visita/trimestral
1.9.	Nutricionista -01 visita quinzenal	02 visitas/mês
1.10.	Pneumologista – 01 visita/mês	01 visita/mês
1.11.	Psicólogo – 01 visita/quinzenal	02 visitas/mês
1.12.	Terapeuta Ocupacional – 04 sessões/semana	16 sessões/mês
1.13.	Odontologista – 01 visita/procedimento/mês	01 visita/mês
<b>2.0. EQUIPAMENTOS</b>		<b>Quantidades máximas / mês:</b>
2.1.	Ambú infantil	01 unidade/mês
2.2.	Aparelho de aspiração portátil de aspiração de cânula de traqueostomia e secreções (aspirador elétrico)	01 unidade/mês
2.3.	Bateria para Nobreak	01 unidade/mês
2.4.	BIPAP	01 unidade/mês
2.5.	Bomba de infusão	01 unidade/mês
2.6	Inalador	01 unidade/mês
2.7	Nobreak com 02 baterias externas compatíveis	01 unidade/mês
2.8	Cilindro de Oxigênio 4m <sup>3</sup> (repor sempre que necessário)	20 unidades/mês
2.9	Oxímetro de mesa	01 unidade/mês
2.10	Oxímetro de pulso portátil	01 unidade/mês
2.11	Suporte de soro para alimentação enteral	01 unidade/mês
2.12	Válvulas para oxigênio	01 unidade/mês
<b>3.0. MEDICAMENTOS</b>		<b>Quantidades máximas / mês:</b>

3.1.	Sulfato de Salbutamol 2,5mg/2,5ml – (caixa com 20 Flaconetes) - Frasco com 2,5ml - Utilizar 06 gotas de 6/6h	04 caixas/mês
3.2.	Acetilcisteína Xarope 40mg/ml – Dar 7,5ml por GTM de 8/8h se necessário – (frasco com 120ml)	06 frascos/mês
3.3.	Acetilcisteína 100mg/ml - ampola para inalação – Nebulizar 01 ampola de 8/8h se necessário – (caixa com 05 ampolas)	18 caixas/mês
3.4.	Adrenalina 1mg/ml – Ampolas de 1ml – Caixa com 01 ampola de 1ml – Nebulizar com 02 ampolas se sangramento traqueal até de 4/4h	15 ampolas/mês
3.5.	Brometo de Ipratrópio – Nebulizar 20 gotas de 8/8h	02 Frascos/mês
3.6.	Budesonida 32mcg – aplicar 02 jatos em cada narina de 12/12h (Frasco com 120 doses)	02 Frascos/mês
3.7.	Butilbrometo de Escopolamina Gotas + Dipirona Sódica – Dar 24 gotas de 8/8h via GTM se dor. (Frasco com 20 ml)	03 Frascos/mês
3.8.	Vitamina D 200un - Dar 05 gotas via GTM 1x/dia	02 Frascos/mês
3.9.	Loção oleosa a base de Triglicerídeos de Ácidos Cáprico e Caprílico, Óleo de girassol clarificado, Lecitina, Palmitato de retinol, Acetato de Tocoferol e Alfa-Tocoferol. (frasco com 200ml) - Aplicar no corpo 4x/dia	02 frascos/mês
3.10.	Dipirona gotas – (frasco de 20 ml) – Dar 24 gotas via GTM de 6/6h em caso de dor	02 Frascos/mês
3.11.	Domperidona solução 1mg/ml – (Frasco com 100ml) – Dar 10ml Via GTM de 8/8h	08 Frascos/mês
3.12.	Saccharomyces boulardii - Pó oral 200 mg/g – Dar 01 sachê de 12/12h em caso de diarreia – (Caixa com 04 envelopes com 1g)	02 Caixas/mês
3.13.	Ibuprofeno – 100mg/ml – Dar 24 gotas via GTM de 8/8h em caso de dor ou febre – (frasco com 20ml)	03 Frascos/mês
3.14.	Polivitamínico Suspensão Oral Tutti-Frutti - composto por uma seleção balanceada de vitaminas e minerais, incluindo vitaminas A, C, D, E, complexo B, zinco, ferro e outros nutrientes essenciais para o crescimento saudável e o desenvolvimento infantil. – Frasco com 100ml – Dar 05ml via GTM 1x/dia	02 Frascos/mês
3.15.	Lactulose Xarope oral 667 mg/ml – Dar 10 ml via GTM 1x/dia – (Frasco com 120ml)	03 Frascos/mês

3.16	Simeticona gotas – Dar 24 gotas de 8/8h em caso de gases (farsco com 15ml)	08 Frascos/mês
3.17	Omeprazol 20mg – Dar 01 cp via GTM de manhã em jejum – (Caixa com 28 comprimidos)	02 caixas/mês
3.18	Fosfato Sódico de Prednisolona 3mg/ml – Dar 8ml via GTM 1x/dia se necessário	04 Frascos/mês
3.19	Cetoprofeno 20mg/ml Gotas – Dar GTM 24 gotas de 8/8h em caso de dor (frasco com 20ml)	03 Frascos/mês
3.20	Salbutamol 100mcg – Aplicar 04 puffs na TQT de 6/6h se necessário (Frasco spray com 200 doses)	05 Frascos/mês
3.21	Fumarato de Formoterol Di-Hidratado + Budesonida – (Frasco com 120 doses) – Aplicar 01 Puff via TQT de 12/12h	01 Frasco/mês
3.22	Pomada óxido de zinco com nistatina – (Bisnaga com 60gr) – aplicar em região perineal a cada troca de fraldas	04 Bisnagas/mês
3.23	Hialuronato de sódio 0,15% colírio – pingar 01 gota em ambos olhos de 2 /2h- (frasco com 10ml)	04 Frascos/mês
3.24	Macrogol 3350 17g – Dar 01 sachê via GTM 1x/dia- (caixa com 14 envelopes com 17,5 g)	03 caixas/mês
3.25	Pomada Kolagenase com Clorafenicol – aplicar nas lesões 3x/dia se necessário – (Bisnaga com 50g)	01 Bisnaga/mês
3.26	Dexpanthenol 50mg/g – gel oftálmico estéril – Aplicar em ambos os olhos a cada 8h – (bisnaga com 10 g)	02 Frascos/mês
3.27	Cloridrato de moxifloxacino 5,45mg/ml Colírio ( Solução oftálmica estéril) – Pingar 01 gota em ambos os olhos de 6/6h – (Frasco com 05 ml)	03 Frascos/mês
3.28	Amoxicilina com Clavulanato 400 + 57.5 ml – Dar 8ml via GTM se necessário por 10 dias – (Frasco com 70ml)	02 Frascos/mês *S/N
3.29	Axetilcefuroxima Pó Suspensão 250mg/5ml - (frasco com 50ml) – Dar 5ml de 12/12h se necessário por 10 dias	02 Frascos/mês *S/N
3.30	Ceftriaxona 1g – aplicar 1g IM de 12/12h se necessário por 10 dias – (caixa com 01 frasco ampola de 1g + 01 ampola diluente de 3,5ml)	10 ampolas/mês *S/N
3.31	Cefaclor 375mg/5ml – Dar 6ml via GTM de 12/12h se necessário por 10 dias (Frasco com 100ml)	02 Frascos/mês *S/N

3.32	<b>Azitromicina 200mg/5ml – dar 6ml via GTM 1x/dia se necessário por 10 dias - (caixa com 1 frasco com 1500mg de pó para solução de uso oral + 1 frasco com 22mL de diluente + seringa dosadora)</b>	03 Frascos/mês *S/N
3.33	Cefadroxila 250/5ml Suspensão- (Pó para suspensão oral Frasco com 100ml) – Dar 7,5ml de 12/12h se necessário por 10 dias	01 frasco/mês *S/N
3.34	Claritromicina 250mg/5ml – Dar 5ml de 12/12h se necessário por 10 dias – (Frasco com 60ml)	02 Frascos/mês *S/N
3.35	Vitamina C 500mg – Dar 01 cápsula 1x/dia – (Caixa com 30 cápsulas)	02 Caixas/mês
3.36	Vitamina E 200mg – Dar 01 cápsula 1x/dia -(Frasco com 60 cápsulas)	01 Frasco/mês
3.37	Coenzima Q10 100mg – Dar GTM 02 sachês 8/8 – (Caixa com 30 sachês)	186 sachês/mês
3.38	Tiamina 10mg + Riboflavina 50mg + Piridoxina 900mcg +L carnitina 900mg + Biotina 5mg + Cobalamina 50mcg - (manipulado) – Dar 01 sachê 2x/dia	62 sachês/mês
3.39	Antisséptico bucal - Clorexedine 12% + Aroma de menta 0,5% + água destilada qsp 200ml +aroma de Tutti frutti + sem álcool na composição – (manipulado) – Frasco de 200ml - Aplicar na boca 2x/dia	01 Frasco /mês
3.40.	Soro Fisiológico 0,9% - (frasco de 500 ml) - Uso na nebulização contínua	15 frascos/mês
3.41.	Solução oral dipirona 500mg + adifenina 10mg + prometazina 5mg gotas – Dar 20 gotas via GTM se dor até 8/8h - (Frasco com 20 ml) Se necessário	03 frascos/mês *S/N
3.42.	Cefdinir - 250mg - Pó para suspensão oral 250 mg/ 5 ml: embalagem com 1 frasco de 100mL. Dar GTM 7ml 1x/dia por 10 dias – Se necessário	01 frasco/mês *S/N
3.43.	Pomada para prevenção de assaduras - Óleo de calêndula: ação anti-inflamatória. Óxido de zinco: ação absorvente, secante, e protetora, minimiza a fricção da pele. Óleo de amêndoa doce e lanolina: ação hidratante. – Uso a cada troca de fraldas. (Bisnaga de 120g)	03 bisnagas/mês
3.44.		01 bisnaga/mês *S/N

	Pomada Cetoconazol 20 mg + Dipropionato de Betametasona 0,64 mg – aplicar em região genital – Bisnaga de 30g - Se necessário	
3.45.	Xarope – Levocetirizina 2,5/ml – frasco de 120ml – 4ml/dia	02 frascos/mês
<b>4.0. MATERIAIS / INSUMOS</b>		<b>Quantidades máximas / mês:</b>
4.1.	Água destilada 500ml (para BIPAP)	31 frascos/mês
4.2.	Álcool à 70% líquido (frasco de 500ml)	02 litros/mês
4.3.	Álcool à 70% gel (frasco de 500ml)	2,5 litros/mês
4.4.	Sonda Botton para Gastrostomia - Mic-key – (16Fr – 1,5cm) – troca semestral ou (antes se houver necessidade)	01 unidade/semestre
4.5.	Cânula para traqueostomia BCI com cuff (ID 6,0cm e OD 8,7mm) - troca trimestral ou (antes se houver necessidade)	01 unidade/ trimestral
4.6.	Clorexidina aquosa não degermante – frasco de 1000ml	01 litro/mês
4.7.	Equipo para bomba infusora – 01 unidade/dia	31 unidades/mês
4.8.	Extensão para sonda Mic-Key – troca quinzenal	02 unidades/mês
4.9.	Fixador pra traqueostomia – troca diária	31 unidades/mês
4.10.	Fralda descartável (geriátrica tamanho P) - 10 trocas/dia *(o tamanho da fralda pode variar de acordo com o crescimento do adolescente)	310 unidades/mês
4.11.	Frasco de alimentação – 03 frascos de 500ml/dia	93 unidades/mês
4.12.	Gaze estéril (pacote com 10 unidades) – 04 pacotes/dia	124 pacotes/mês
4.13.	Hipoclorito (frasco de 01 litro)	01 litro/mês
4.14.	Lenço Umedecido – (pacote com 120 unidades)	17 pacotes/mês
4.15.	Luvas de procedimento vinil tamanho M – (caixa com 100 luvas)	02 caixas/mês

4.16.	Luvas de procedimento vinil tamanho G – (caixa com 100 luvas)	02 caixas/mês
4.17.	Luva plástica estéril - tamanho único (pacote com 100 unidades)	06 pacotes/mês
4.18.	Fita microporosa adesiva (tamanho 100mm x 10m)	02 rolos/mês
4.19.	Papel toalha – (pacote com 1000 unidades)	02 pacotes/mês
4.20.	Sabonete antisséptico (frasco com 01 litro)	03 litros/mês
4.21.	Seringa de 10 ml	40 unidades/mês
4.22.	Seringa de 20ml	40 unidades/mês
4.23.	Sonda de aspiração nº08 – 20 unidades/dia	620 unidades/mês
4.24.	Soro Fisiológico de 10ml – (ampolas)	50 unidades/mês
4.25.	Circuito para BIPAP	02 unidades/mês
4.26.	Colchão Piramidal (caixa de ovo)	01 unidade/mês
4.27.	Espaço Morto (para traqueostomia)	02 unidades/mês
4.28.	Extensão de silicone (1,5m de comprimento)	02 unidades/mês
4.29.	Filtro Ultrafino para BIPAP	02 unidades/mês
4.30.	Órtese de MMII, em região posterior da perna para forçar a dorsiflexão e eversão do pé, não articulada, de material confortável (o par)	01 unidade/mês
4.31.	Tala extensora de punho e dedos de material confortável	01 unidade/mês
4.32.	Tampão ocular tamanho P – Utilizar 01 unidade/dia – (Caixa com 20 unidades)	02 caixas/mês
4.33.	Kit nebulização contínua com traqueia	01 unidade/mês
<b>5.0. NUTRIÇÃO:</b>		<b>Quantidades máximas / mês:</b>
5.1	Nutrição enteral - fórmula padrão em pó nutricionalmente completa e balanceada, normocalórica, normoproteica e normolipídica. Isenta de lactose /sem gluten	22 latas/mês

	<p>Densidade calórica: 1,0 kcal/mL.</p> <p>Contém 400g.– Dar por GTM 150ml de 7x/dia com pausa noturna</p> <p>OBS: A dieta pode ser alterada conforme o crescimento do adolescente.</p>	
5.2	<p>Emulsão de Lipídios, Composta por Triglicerídios de Cadeia Longa (canola e girassol de alto teor oleico). Fonte energética com elevada densidade calórica pronta para o uso oral ou enteral (4,5 Kcal/ml). É Composto pelos óleos de Canola (56%) e de Girassol de alto teor oleico (44%), apresentando o seguinte perfil lipídico: monoinsaturados (60,7% do VET), Poliinsaturados (28,6% do VET) e saturados (10,7% do VET). Alto teor ômega 3. Isento de vitaminas, minerais e proteínas. Não contém glúten. Sem sabor.</p> <p>Frasco com 200ml – 30ml 3x/dia</p>	15 Frascos/mês
<b>6.0. TRANSPORTE:</b>		<b>Quantidades máximas / mês:</b>
6.1	<p>Transporte de ambulância UTI (para emergências e exames especiais) *Ida e Volta</p>	05 /mês *(S/N)

## 8. Estimativa do Valor da Contratação

[Conteúdo Sigiloso | Justificativa: Valores estimados em sigilo para a realização do Processo Licitatório.]

## 9. Justificativa para o Parcelamento ou não da Solução

9.1. Justifica-se o não parcelamento da solução, pois tecnicamente os serviços envolvidos no atendimento domiciliar são interdependentes entre si, devendo as responsabilidades das prestações dos serviços recaírem sobre uma única empresa, evitando confusão em eventual apuração de irregularidade contratual.

## 10. Contratações Correlatas e/ou Interdependentes

Não se aplica, uma vez que todas as solicitações médicas prescritas deverão estar contempladas na contratação.

## 11. Alinhamento entre a Contratação e o Planejamento

*[Conteúdo Sigiloso | Justificativa: Valores estimados em sigilo para a realização do Processo Licitatório.]*

## 12. Benefícios a serem alcançados com a contratação

Atendimento ao Mandado Judicial nº 4430120110030300.

COMARCA DE PIEDADE – 1ª VARA

A natureza da contratação justifica o fornecimento de serviços, medicamentos e insumos através da empresa contratada, pois são acessórios necessários a execução dos serviços. Além disso, visa evitar desassistência ao paciente e descumprimento de ordem judicial.

## 13. Providências a serem Adotadas

Atendimento ao Mandado Judicial nº 4430120110030300

COMARCA DE PIEDADE – 1ª VARA

A natureza da contratação justifica o fornecimento de medicamentos, serviços e insumos através da empresa contratada, pois são acessórios necessários a execução dos serviços. Além disso, visa evitar desassistência ao paciente e descumprimento de ordem judicial.

## 14. Possíveis Impactos Ambientais

Não tem.

## 15. Declaração de Viabilidade

Esta equipe de planejamento declara **viável** esta contratação.

### 15.1. Justificativa da Viabilidade

A contratação é viável por se tratar de demanda judicial a ser cumprida.

## 16. Responsáveis

Todas as assinaturas eletrônicas seguem o horário oficial de Brasília e fundamentam-se no §3º do Art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de](#)

**PATRICIA BUARQUE VALENTE GALHARDO**

Enfermeira responsável pela confecção do TR



*Assinou eletronicamente em 30/01/2026 às 09:20:58.*

**CARLOS EDUARDO RIBEIRO DE MOURA**

Autoridade competente



*Assinou eletronicamente em 30/01/2026 às 10:43:11.*