DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DA DEMANDA – DFD

1. ÁREA REQUISITANTE DA DEMANDA

ÁREA REQUISITANTE	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
RESPONSÁVEL PELA DEMANDA	MIRIAN CARDOSO NOVAES
CARGO	ENFERMEIRA
E-MAIL	dst.santaisabel@gmail.com
TELEFONE	(11) 4656-4444

2. IDENTIFICAÇÃO DA DEMANDA

Descrição/Especificação/Materiais/Insumos/Equipamentos:

Item	Quant.	Unid.	Descrição
01	210	Serv.	074.004.0002 - PRESTACAO DE SERVICOS DE REMOCAO DE PACIENTES ADULTO EM AMBULANCIA UTI - SUPORTE AVANCADO DE VIDA DEVIDAMENTE EQUIPADA DE ACORDO COM AS ESPECIFICACOES DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA Nº 1671/03 E PORTARIA DO MINISTERIO DA SAUDE Nº 2.048/2002, MEDIANTE CHAMADOS DA SECRETARIA DA SAUDE, PARA HOSPITAIS DE REFERENCIA NUM RAIO DE 100 KM DO MUNICIPIO DE SANTA ISABEL. O "EXCEDENTE DE QUILOMETRAGEM" SERA PAGO CONSIDERANDO O VALOR DO KM, SENDO QUE A MEDICAO SERA COMPUTADA A PARTIR DO 101 KM. EM SE TRATANDO DE VAGA ZERO A "HORA PARADA" SERA PAGA INCIANDO A CONTAGEM A PARTIR DOS 30 (TRINTA) MINUTOS APOS CHEGADA NO DESTINO, ATE O LIMITE DE R$1.000,00 (MIL REAIS), MEDIANTE AUTORIZACAO PREVIA DO REGULADOR DA SECRETARIA DA SAUDE.
02	100	Serv.	074.004.0003 - PRESTACAO DE SERVICOS DE REMOCAO DE PACIENTES NEONATAL E INFANTIL EM AMBULANCIA UTI - SUPORTE AVANCADO DE VIDA DEVIDAMENTE EQUIPADA DE ACORDO COM AS ESPECIFICACOES DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA Nº 1671/03 E PORTARIA DO MINISTERIO DA SAUDE Nº 2.048/2002, MEDIANTE CHAMADOS DA SECRETARIA DA SAUDE, PARA HOSPITAIS DE REFERENCIA NUM RAIO DE 100 KM DO MUNICIPIO DE SANTA ISABEL. O "EXCEDENTE DE QUILOMETRAGEM" SERA PAGO CONSIDERANDO O VALOR DO KM, SENDO QUE A MEDICAO SERA COMPUTADA A PARTIR DO 101 KM. EM SE TRATANDO DE VAGA ZERO A "HORA PARADA" SERA PAGA INCIANDO A CONTAGEM A PARTIR DOS 30 (TRINTA) MINUTOS APOS CHEGADA NO DESTINO, ATE O LIMITE DE R$1.000,00 (MIL REAIS), MEDIANTE AUTORIZACAO PREVIA DO REGULADOR DA SECRETARIA DA SAUDE.
03	100	Km	074.004.0004 - PRESTACAO DE SERVICO DE EXCEDENTE DE QUILOMETRAGEM PARA SERVICO DE REMOCAO DE PACIENTES ADULTO EM AMBULANCIA UTI.
04	100	Km	074.004.0005 - PRESTACAO DE SERVICO DE EXCEDENTE DE

05	165	Hora	074.004.0006 - PRESTACAO DE SERVICO DE HORA PARADA PARA SERVICO DE REMOCAO DE PACIENTES ADULTO EM AMBULANCIA UTI .
06	100	Hora	074.004.0007 - PRESTACAO DE SERVICO DE HORA PARADA PARA SERVICO DE REMOCAO DE PACIENTES NEONATAL E INFANTIL EM AMBULANCIA UTI.

3. FORMA DE CONTRATAÇÃO

(X) Ata de Registro e Preços, 1 (um) ano e poderá ser prorrogado, por igual período, desde que comprovado o preço vantajoso, conforme art. 84, da Lei Federal nº 14.133/2021.

( ) Formalização de Contrato pelo período de 1 (um) ano, podendo ser prorrogado nos termos do art. 107 e demais da Lei Federal nº 14.133/2021.

( ) Outros- Disposições do art. 95, Lei nº 14.133/2021, como exemplo, Nota de Empenho em substituição ao contrato

4. JUSTIFICATIVA PARA A CONTRATAÇÃO/AQUISIÇÃO

Considerando que o Município de Santa Isabel não possui Unidade Móvel de Suporte Avançado de Vida (ambulância UTI); considerando os atendimentos de emergência e ocorrências de agravos clínicos de pacientes em atendimento pela Unidade de Pronto Atendimento - UPA e pela da Santa Casa de Misericórdia de Santa Isabel, em que se faz necessário a remoção desses para hospitais de atenção terciária; Considerando a necessidade de garantir a integralidade no atendimento aos pacientes que necessitam de remoção com o Suporte Avançado de Vida, justifica-se a contratação de empresa especializada em remoção de pacientes em Unidade Móvel de Suporte Avançado de Vida.

5. RESULTADO A SEREM ALCANÇADOS

Garantir a população acesso ao Suporte Avançado de Vida durante o Iransporte terrestre, para manutenção da vida.

6. FONTE DE RECURSOS

FICHA	414
UNIDADE ORÇAMENTÁRIA	01.09.00
UNIDADE EXECUTORA	01.09.01
FUNÇÃO / SUB FUNÇÃO	10.302
PROGRAMA	0071
CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA	3.3.90.39.00
DR – DESTINAÇÃO DE RECURSO	01.310.0000

7. GRAU DE PRIORIDADE

( ) BAIXO
( ) MÉDIO

07
K

8. LOCAL PARA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS E/OU ENTREGA DOS PRODUTOS, PRAZO E PREVISÃO DE ENTREGA

Prestação de Serviço.

9. DAS AMOSTRAS

(X) NÃO SE APLICA

10.BEM E/OU SERVIÇO COMUM

(X) SIM ( ) NÃO

11.ENCAMINHAMENTO

Encaminhe-se ao Gabinete da Secretária Municipal da Saúde para análise e deliberação sobre a pertinência da demanda e o prosseguimento da contratação.

MIRIAN CARDOSO NOVAES
Enfermeira

Jéssica Silva Duarte
Departamento de Administração e Finanças

12. DECISÃO DA AUTORIDADE COMPETENTE

1. Aprovo a continuidade do procedimento destinado à contratação em tela, considerando sua aderência aos objetivos estratégicos desta Secretaria Municipal da Saúde, bem como às necessidades da área requisitante.

2. Encaminhe-se à Diretoria de Compras para prosseguimento.

Santa Isabel, 07 de Maio de 2024.

HELENA MARIA FERREIRA INÁCIO CHINCHILLA
Secretária Municipal da Saúde