



DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DA DEMANDA – DFD

1. ÁREA REQUISITANTE DA DEMANDA

ÁREA REQUISITANTE	Secretaria Municipal da Saúde
RESPONSÁVEL PELA DEMANDA	Célia Brito Garcia
CARGO	Diretora de Assistência e Saúde
E-MAIL	gestor.saudesi@gmail.com
TELEFONE	(11) 4656-4444

2. IDENTIFICAÇÃO DA DEMANDA

Descrição/Especificação/Materiais/Insumos/Equipamentos:

REQ Nº 55/2024			
Item	Quant.	Unid.	Descrição
1	360	ROL	ROL ATADURA RAYON 7,5 X 5M - ATADURA RAYON 7,5 X 5M

REQ Nº 54/2024			
Item	Quant.	Unid.	Descrição
1	120	UNID	HIDROGEL AMORFO, TRANSPARENTE, COMPOSTO POR AGUA DEIONIZADA, GLICERINA, CARBOXIMETIL-CELULOSE SODICA, ALANTOINA, ALCOOL BENZILICO, METILPARABENO, PROPILPARABENO E PRESERVATIVOS ANTIMICROBIANOS, TUBO COM 85 GRAMAS.

REQ Nº 57/2024			
Item	Quant.	Unid.	Descrição
1	120	FRS	ACIDOS GRAXOS ESSENCIAIS (A.G.E) VITAMINA E E LECITINA DE SOJA (OLEO DE GIRASSOL FRS. DE 100 ML).
2	720	BISN	COLAGENASE 0.6 UI + CLORANFENICOL 0.01 G – POMADA – COLAGENASE 0.6 UI + CLORANFENICOL 0.01 G – POMADA COM 50 GR

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.



4. JUSTIFICATIVA PARA A CONTRATAÇÃO/AQUISIÇÃO

Objetivando atender as necessidades de demandas dos postos e unidades de saúde a fim de garantir o atendimento ao público usuário do Sistema único de Saúde – SUS, durante a assistência prestada nas diversas unidades de saúde pública, essa oferta de serviços e a cobertura assistencial dos programas de saúde, cuja a falta de insumos pode significar interrupção no tratamento e até a falta de atendimento de emergência, que pode causar transtorno em alguns casos, devendo sua disponibilização ser garantida para melhor atendimento ao usuário.

5. RESULTADO A SEREM ALCANÇADOS

Minimiza dor e traumas nas trocas. Reduz perda de tecido recém formado por manter a umidade do leito. Contribui para o processo de cicatrização. Permite a ferida respirar e auxilia o fluxo exsudato pelo curativo secundário, reduzindo o acúmulo de fluido no local da lesão.

6. FONTE DE RECURSOS

FICHA	392
UNIDADE ORÇAMENTÁRIA	01.09.00
UNIDADE EXECUTORA	01.09.01
FUNÇÃO / SUB FUNÇÃO	10.301
PROGRAMA	0069
CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA	3.3.90.30
DR – DESTINAÇÃO DE RECURSO	01.310.0000

7. GRAU DE PRIORIDADE

() BAIXO

() MÉDIO

(X) ALTO – URGENTE

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

Os produtos objeto da pretensão deverão ser entregues no Almoxarifado da saúde, localizado Rua Aparício Alves Gonçalves, 80 - Vila Nova, Santa Isabel – SP, de segunda à sexta-feira das 7hs às 15hs (dias úteis), exceto nos feriados.

O prazo de entrega dos bens será de até 10 (dez) dias, contados da data de recebimento da Nota de Empenho pela parte vencedora.



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.

Célia Brito Garcia
Diretora de Assistência e Saúde

Jéssica Silva Duarte
Departamento de Administração e Finanças
(Assinado no original)

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 ao Departamento de Compras, Patrimônio e Arquivo para prosseguimento.

Santa Isabel, 10 de outubro de 2024.

HELENA MARIA FERREIRA INÁCIO CHINCHILLA
Secretária Municipal da Saúde
(Assinado no original)