



## Documento de Formalização de Demanda - DFD

### 1. OBJETO

**1.1.** Contratação de empresa especializada para aquisição e instalação de quadros de transmissão automati (QTAs) na unidade básica de saúde do município de Campo Bonito, com o objetivo específico de manter a garantia do gerador e contemplação de ligação em demais prédios da unidade.

### 2. JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

**2.1.** O presente documento visa justificar a necessidade de AQUISIÇÃO E INSTALAÇÃO de duas unidades de QUADRO DE TRANSMISSÃO AUTOMÁTICA de geradores a diesel, inicialmente prevista no contrato original firmado com a empresa COOPERMÉDICA COMÉRCIO DE PRODUTOS MÉDICOS LTDA, inscrita no CNPJ de nº 05.458.504/0001-73, vencedora do Pregão Eletrônico nº 23/2024.

**2.2.** O contrato original da licitação realizada no ano de 2024 contemplava a aquisição de 1 unidade de gerador a diesel incluso cabos e QUADRO DE TRANSMISSÃO AUTOMÁTICA (QTA) para atender a um dos prédios vinculados à área de saúde, sendo este o imóvel descrito como CLÍNICA DA MULHER. No entanto, verificou-se posteriormente que a demanda original era insuficiente para suprir as necessidades operacionais dos demais prédios vinculados à rede de saúde, os quais também requerem o funcionamento do gerador fornecido para garantir o funcionamento ininterrupto de serviços essenciais, especialmente em situações de falta de energia elétrica.

**2.3.** A empresa COOPERMÉDICA COMÉRCIO DE PRODUTOS MÉDICOS LTDA foi a vencedora do processo licitatório para o fornecimento do gerador original. Sua contratação para o fornecimento adicional mantém a padronização dos equipamentos, otimiza o processo de aquisição e minimiza o tempo de atendimento à demanda identificada.

### 3. DESCRIÇÃO E QUANTIDADE

LOTE	ITEM	DESCRIÇÃO/ESPECIFICAÇÃO DOS PRODUTOS	UNID	QTD	R\$ UNIT	R\$ TOTAL
1	1	Quadro de transmissão automática	Und	2	R\$ 8.500,00	R\$ 17.000,00

R\$ 17.000,00

### 4. OBSERVAÇÕES GERAIS



**4.1. Prazo de Entrega / Execução:**

**4.1.1.** Os serviços deverão estar disponibilizados para utilização, atendendo às condições deste Termo de Referência, em, no máximo, 15 (quinze) dias após a emissão da solicitação de despesa/empenho.

**4.2. Local e horário da Entrega/Execução:**

**4.2.1.** Os dados para entrega, como local, data e hora será determinado pela Secretária Contratante e descrito na Autorização de Fornecimento.

**4.3. Unidade e servidor responsável para esclarecimentos:**

**4.3.1.** RESPONSÁVEL: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

**4.3.2.** GESTOR DO CONTRATO: ELIANE APARECIDA ROCHA


**4.3.3.** FISCAL DO CONTRATO: LENNON GUSTAVO MASS SANTOS

**4.4. Prazo para pagamento:**

**4.4.1.** O pagamento deverá ser realizado em até 30 dias úteis, contados apartir da finalização da despesa.

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

Campo Bonito, 23 de janeiro de 2025.

  
Eliane Aparecida Rocha  
Secretaria Municipal de Saúde