ESTADO DE GOIÁS

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

# DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DA DEMANDA - DFD

## AQUISIÇÃO DE SERVIÇO Número DFD:6742 / Pedido: 31712

### 1 - ÁREA REQUISITANTE DA DEMANDA

**Órgão/Entidade:** FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

**Centro de Custo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

**Setor Requisitante:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

**Responsável pela Demanda:** ELINAMAR ARANTES SILVA **Matrícula:** 2123

**E-mail:** elinamarsilva@hotmail.com **Telefone:** (64) 99245-5188

### 2 - IDENTIFICAÇÃO DA DEMANDA

PREGÃO ELETRÔNICO, DO TIPO "MENOR PREÇO", SOB O JULGAMENTO DE MENOR PREÇO GLOBAL, TENDO COMO OBJETIVO A CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS EM NEFROLOGIA, DESTINADOS AO ATENDIMENTO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA E CRÔNICA, NO MUNICÍPIO DE ITUMBIARA/GO, COM EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS EM INSTALAÇÕES ANEXAS AO HOSPITAL ESTADUAL SÃO MARCOS.

### 3 - JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DA AQUISIÇÃO

A PRESENTE CONTRATAÇÃO É NECESSÁRIA PARA GARANTIR A CONTINUIDADE E A INTEGRALIDADE DO ATENDIMENTO AOS PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA E CRÔNICA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), NO MUNICÍPIO DE ITUMBIARA/GO.
TRATA-SE DE UM SERVIÇO ESSENCIAL, CONTÍNUO E DE ALTA COMPLEXIDADE, CUJA EXECUÇÃO EXIGE ESTRUTURA FÍSICA ADEQUADA, EQUIPAMENTOS ESPECÍFICOS E EQUIPE MULTIPROFISSIONAL ESPECIALIZADA — RECURSOS NÃO DISPONÍVEIS NA REDE PÚBLICA MUNICIPAL.
O TRATAMENTO DIALÍTICO CONSTITUI PROCEDIMENTO VITAL PARA OS PACIENTES ACOMETIDOS POR DISFUNÇÕES RENAIS GRAVES, SENDO REGULAMENTADO E CUSTEADO CONFORME DIRETRIZES DA TABELA SUS. A DEMANDA LOCAL É CRESCENTE E REQUER ATENDIMENTO REGULAR, DENTRO DOS PARÂMETROS CLÍNICOS ESTABELECIDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE.
DIANTE DESSE CENÁRIO, JUSTIFICA-SE A CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM HEMODIÁLISE, COM FORNECIMENTO DE MATERIAIS DE CONSUMO, INSUMOS, REAGENTES, SUPORTE DE MÉDICO NEFROLOGISTA, EQUIPE DE PROFISSIONAIS QUALIFICADOS E DISPONIBILIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS À EXECUÇÃO DOS PROCEDIMENTOS, ASSEGURANDO A QUALIDADE E A SEGURANÇA DO ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DO SUS.
RESSALTA-SE QUE OS SERVIÇOS SERÃO EXECUTADOS EM INSTALAÇÕES ANEXAS AO HOSPITAL ESTADUAL SÃO MARCOS, UNIDADE REFERENCIADA E ESTRATEGICAMENTE LOCALIZADA, O QUE FACILITA O ACESSO DOS PACIENTES E FAVORECE A ARTICULAÇÃO COM OS DEMAIS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE.

### 4 - QUANTIDADE DE MATERIAL/SERVIÇOS A SER CONTRATADA

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIÇÃO | UNIDADE | QUANTIDADE |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 224785 | CATETER P/ SUBCLÁVIA DUPLO LÚMEN PARA HEMODIÁLISE | UNITÁRIO | 126,0000 |
| 2 | 224807 | CATETER P/ SUBCLÁVIA DUPLO LÚMEN PARA HEMODIÁLISE. | UNITÁRIO | 54,0000 |
| 3 | 224786 | COMPLEMENTAÇÃO DE VALOR DE SESSÃO DE HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SUSPEIÇÃO OU CONFIRMAÇÃO DE COVID-19 (MÁXIMO 4 SESSÕES POR SEMANA) | UNITÁRIO | 126,0000 |
| 4 | 224808 | COMPLEMENTAÇÃO DE VALOR DE SESSÃO DE HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SUSPEIÇÃO OU CONFIRMAÇÃO DE COVID-19 (MÁXIMO 4 SESSÕES POR SEMANA). | UNITÁRIO | 54,0000 |
| 5 | 224787 | CONFECÇÃO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA PARA HEMODIÁLISE | UNITÁRIO | 126,0000 |
| 6 | 224809 | CONFECÇÃO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA PARA HEMODIÁLISE. | UNITÁRIO | 54,0000 |
| 7 | 224795 | CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA VINCULADA AO TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE | UNITÁRIO | 126,0000 |
| 8 | 224817 | CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA VINCULADA AO TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE. | UNITÁRIO | 54,0000 |
| 9 | 228666 | DILATADOR PARA IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN | UNITÁRIO | 126,0000 |
| 10 | 228667 | DILATADOR PARA IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN. | UNITÁRIO | 54,0000 |
| 11 | 228668 | GUIA METÁLICO PARA INTRODUÇÃO DE CATETER DUPLO LUMEN | UNITÁRIO | 126,0000 |
| 12 | 228669 | GUIA METÁLICO PARA INTRODUÇÃO DE CATETER DUPLO LUMEN. | UNITÁRIO | 54,0000 |
| 13 | 224789 | HEMODIÁLISE (MÁXIMO 1 SESSÃO PÓR SEMANA - EXCEPCIONALIDADE) | UNITÁRIO | 700,0000 |
| 14 | 224811 | HEMODIÁLISE (MÁXIMO 1 SESSÃO PÓR SEMANA - EXCEPCIONALIDADE). | UNITÁRIO | 300,0000 |
| 15 | 224790 | HEMODIÁLISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA) | UNITÁRIO | 10.150,0000 |
| 16 | 224812 | HEMODIÁLISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA). | UNITÁRIO | 4.350,0000 |
| 17 | 224788 | HEMODIÁLISE CONTÍNUA | UNITÁRIO | 560,0000 |
| 18 | 224810 | HEMODIÁLISE CONTÍNUA. | UNITÁRIO | 240,0000 |
| 19 | 224792 | HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (EXCEPCIONALIDADE - MÁXIMO 1 SESSÃO POR SEMANA) | UNITÁRIO | 560,0000 |
| 20 | 224814 | HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (EXCEPCIONALIDADE - MÁXIMO 1 SESSÃO POR SEMANA). | UNITÁRIO | 240,0000 |
| 21 | 224791 | HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA) | UNITÁRIO | 560,0000 |
| 22 | 224813 | HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA). | UNITÁRIO | 240,0000 |
| 23 | 224794 | IMPLANTES DE CATETER DÚPLO LÚMEN PARA HEMODIÁLISE | UNITÁRIO | 126,0000 |
| 24 | 224816 | IMPLANTES DE CATETER DÚPLO LÚMEN PARA HEMODIÁLISE. | UNITÁRIO | 54,0000 |

**DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DA DEMANDA - DFD**
**AQUISIÇÃO DE SERVIÇO Número DFD:6742 / Pedido: 31712**

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIÇÃO | UNIDADE | QUANTIDADE |
|---|---|---|---|---|

A QUANTIDADE DE SERVIÇOS FOI DEFINIDA COM BASE EM LEVANTAMENTO TÉCNICO DO DEPARTAMENTO DE AUDITORIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITUMBIARA/GO, QUE ANALISOU A PRODUÇÃO ASSISTENCIAL DOS ÚLTIMOS 12 MESES REFERENTE AOS ATENDIMENTOS EM TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA.
A MÉDIA MENSAL DE PROCEDIMENTOS, INCLUINDO HEMODIÁLISE, CONFECÇÃO DE FÍSTULAS, INSTALAÇÃO DE CATETERES E COMPLEMENTAÇÕES, SERVIU COMO BASE PARA PROJETAR A DEMANDA CONTRATUAL, GARANTINDO A CONTINUIDADE DOS ATENDIMENTOS, O SUPRIMENTO DA DEMANDA REPRIMIDA E A ABSORÇÃO DE NOVOS CASOS.
A ESTIMATIVA REFLETE A REALIDADE ASSISTENCIAL DO MUNICÍPIO, OBSERVANDO OS PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE, ECONOMICIDADE E PLANEJAMENTO, CONFORME PREVISTO NA LEI Nº 14.133/2021.

**5 - PREVISÃO DE ENTREGA/EXECUÇÃO**

Após assinatura do contrato, a Contratada deverá iniciar o serviço, mediante ordem de serviço emitida pela Contratante, em até 30 dias corridos.
Os Serviços Médicos serão prestados no local e endereço: Rua: Jorge Simões de Lima, nº 347, Centro, Itumbiara, Goiás, CEP: 75526-150 (clinica anexa ao Hospital Estadual de Itumbiara - São Marcos).

**6 - FONTE DE RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS**

**Dotação:** 0625 - 03.21.10.302.6010.2061.3.3.90.39. MANUTENCÃO DOS ATENDIMENTOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE (MAC) - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

**Subelemento:** 50 - SERVICO MEDICO-HOSPITALAR, ODONTOLOGICO E LABORATORIAL

**Fonte:** 102.000 - Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Saúde

**Dotação:** 0625 - 03.21.10.302.6010.2061.3.3.90.39. MANUTENCÃO DOS ATENDIMENTOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE (MAC) - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

**Subelemento:** 50 - SERVICO MEDICO-HOSPITALAR, ODONTOLOGICO E LABORATORIAL

**Fonte:** 107.519 - TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS - BLOCO DE MANUTENÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE.

**7 - FUNDAMENTAÇÃO LEGAL**

A PRESENTE CONTRATAÇÃO SERÁ REALIZADA ATRAVÉS DE LICITAÇÃO NA MODALIDADE PREGÃO ELETRÔNICO (ART. 28 I, § 1º DA LEI 14.133/2021).

**8 - INDICAÇÃO DO(S) INTEGRANTE(S) DA EQUIPE DE PLANEJAMENTO E RESPONSÁVEL PELA FISCALIZAÇÃO**

**Integrantes Equipe:**

**Nome:** CARLINDA KARINA FERREIRA SILVA
**Matrícula:** 9672
**Email:** carlindakarina@gmail.com

**Nome:** JOSE CARLOS DA SILVA
**Matrícula:** 34410
**Email:** jcatenas1103@gmail.com

**Nome:** GILMARA NEVES CLAUDINO DO NASCIMENTO
**Matrícula:** 24554
**Email:** gil123raphael@hotmail.com

**Nome:** CAIRILAYNE DANIELLY SOUTO BATISTA
**Matrícula:**
**Email:**

**Nome:** VICTOR HUGO NASCIMENTO ARAUJO
**Matrícula:** 33704
**Email:** vhnasc@gmail.com

**Nome:** LUIZ CLAUDIO GIBALDI VAZ
**Matrícula:**
**Email:**

**Nome:** JOSILENE DE SOUZA SILVA
**Matrícula:** 33708
**Email:** josisouzaa@outlook.com.br

**Nome:** LEIDIANE RESENDE SILVA ANDRADE
**Matrícula:** 25432
**Email:** leidianeresendepsi@gmail.com

**Nome:** RAIMUNDA ELCI RABELO

**Matrícula:** 33600
**Email:** elcirabelo1@hotmail.com

**Nome:** JHESSICA GUIMARAES DA SILVA
**Matrícula:** 15910
**Email:** jhessicadasilva@hotmail.com

**Nome:** ALCIDES ANTÔNIO DA SILVA JÚNIOR
**Matrícula:**
**Email:** dr_alcidesantonio@hotmail.com

**Nome:** GEICYELLEN FLORENTINO DIAS MENDONCA
**Matrícula:**
**Email:** geicy.f@hotmail.com

**Nome:** BERTILHA ALVES SANTANA CINTRA
**Matrícula:** 33647
**Email:** bertilhacintra@gmail.com

**Nome:** NUBIA DE SOUZA MELO
**Matrícula:** 9821
**Email:** adaolageitb@gmail.com

**Nome:** SUSETT RIBEIRO DE SOUSA
**Matrícula:** 24207
**Email:** susett_7@hotmail.com

**Nome:** IZABELA FERRAZ MOREIRA
**Matrícula:** 12390
**Email:** izabela-ferraz@hotmail.com

**Nome:** ELIAMAR APARECIDA SANTANA
**Matrícula:** 33643
**Email:** dreliamar@hotmail.com

**Nome:** NERI BASTOS DE PAULA TEIXEIRA
**Matrícula:** 33753
**Email:** neri87vendedor@gmail.com

**Nome:** LORENA FERNANDA DE MOURA
**Matrícula:** 34411
**Email:** lorenafernanda0635@gmail.com

**Nome:** PEDRO HENRIQUE RODRIGUES MOUSINHO
**Matrícula:** 32622
**Email:** mousinho321@outlook.com

**Nome:** ADRIELLE GOMES CANTALOGO
**Matrícula:**
**Email:** drik_iub@outlook.com

**Nome:** JULIANA SILVA BORGES
**Matrícula:** 9706
**Email:** july.iub@hotmail.com

**Responsável Fiscalização:**
**Nome:** ROBERTO CARLOS RIBEIRO DE SOUZA
**Matrícula:** 33733
**Email:** robertocaf2022@gmail.com

**9 - SECRETÁRIO DEMANDANTE**

**De acordo com a demanda.**

ELINAMAR ARANTES SILVA

Gestor/Ordenador

ELINAMAR ARANTES SILVA
Secretária Municipal de Saúde
Gestora do Fundo Municipal de Saúde
Itumbiara-GO

**10 - AUTORIZAÇÃO DEMANDA**

**Autorizo o início da formalização da demanda.**

ELINAMAR ARANTES SILVA

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ELINAMAR ARANTES SILVA
Secretária Municipal de Saúde
Gestora do Fundo Municipal de Saúde
Itumbiara-GO

Lorena Fernanda de Moura
Diretora de Compras - SMS
Secretaria Municipal de Saúde
Matrícula 11355