



# PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM SUCESSO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Cândido Francisco Soares, n. 67 Centro Cep – 37220-000 – Bom Sucesso – Minas Gerais  
Telefone: (35) 3841-1209 Email: pmboc@yahoo.com.br



DFD - DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA	
DATA RECOMENDADA PARA A CONTRATAÇÃO	
O objeto deverá ser contratado até: 15/04/2024	
INFORMAÇÕES DA UNIDADE / SETOR / SERVIDOR DEMANDANTE	
Setor requisitante: Secretaria Municipal de Saúde	
Responsável pela demanda: Iramir Maria da Conceição dos Santos	
E-mail: pmboc2021@hotmail.com	Telefone: 35 3841-3153
Indicação do Agente Público Responsável pela Fiscalização	
Fiscalização – Nome: Iramir Maria da Conceição dos Santos	
INFORMAÇÕES ACERCA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO	
Descrição sucinta da solicitação: Aquisição de medicamento por maior desconto percentual em base a tabela CMED	
Descrição da necessidade da contratação: Cobrir a falta de alguns medicamentos que são fornecidos pelo estado, para que o tratamento do paciente não seja interrompido, até que o fornecimento do mesmo seja normalizado. Aquisição de alguns produtos que estão classificados como medicamento Ex: Soro fisiológico para curativo, Soro endovenoso etc. Atender demandas judiciais.	
Descrição dos resultados pretendidos: Ofertar com mais rapidez o tratamento para o paciente e facilidade em processo de cotação de demandas judiciais	
Estimativa das quantidades com a memória de cálculo: nessa modalidade é estipulado uma estimativa em valor anual, sendo utilizado quando for necessário	

RECEBIDO  
18/03/24

*Medicamentos*



# PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM SUCESSO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Cândido Francisco Soares, n. 67 Centro Cep - 37220-000 - Bom Sucesso - Minas Gerais  
Telefone: (35) 3841-1209 Email: pmboc@yahoo.com.br



Lote	Código	Descrição	Valor Estimado
01		Medicamento Genérico	100.000,00
02		Medicamento Similares	30.000,00
03		Medicamento Ético	100.000,00
04		Medicamento Biológico	100.000,00
05		Medicamento Especifico	50.000,00
06		Medicamento injetável	50.000,00

### Descrição dos requisitos necessários à contratação:

O fornecedor deverá entregar os medicamentos no prazo de 10 dias úteis após o recebimento da NAF (nota de autorização de fornecimento)

O produtos deverão ter a fabricação no ano de 2024

O fornecedor deverá realizar entrega total do pedido na medida do possível

### Providências a serem adotadas previamente à contratação:

Não se aplica

### Possíveis impactos ambientais e respectivas medidas de tratamento

Não se aplica

**Dotação orçamentária:** 02.10.303.0230.2094.3.3.90.32.00

**Ficha:** 359 **Fonte:** 1.500 recurso proprio **Fonte:**1.621 recurso estadual **Fonte:** 2.621 recurso estadual

### RESPONSABILIDADE PELA FORMALIZAÇÃO DA DEMANDA

Assumo que ficarei, assim como o responsável pela fiscalização, à disposição para dirimir eventuais dúvidas sobre esta requisição, bem como para acompanhar todo o procedimento de contratação, fornecendo todas as informações técnicas necessárias junto ao agente de contratação, pregoeiro e sua equipe de apoio.

Certifico que a formalização da demanda acima identificada se faz necessária pelos motivos expostos na justificativa da contratação do presente documento.

Bom Sucesso 11 de março de 2024

  
IRAMIR MARIA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS  
Secretária Municipal de Saúde