



DFD - DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA

DATA RECOMENDADA PARA A CONTRATAÇÃO

O objeto deverá ser contratado até: 30/08/2024

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: Contratação de hospitais para prestação de serviço em procedimentos cirúrgicos ortopedicos.

Descrição da necessidade da contratação: Se faz necessária por motivo da grande demanda de pedidos de procedimentos cirúrgicos, tendo alguns procedimentos que são realizados pelo Sistema Único de Saúde, porém há uma grande demora na espera do mesmo.

Atender demandas judiciais(quando for o caso)

Descrição dos resultados pretendidos: No intuito de oferecer uma saúde melhor a população, evitar um prazo maior para realização do procedimento ao paciente, atender demandas judiciais com mais praticidade e rapidez.

Estimativa das quantidades com a memória de cálculo: Será estimado um valor anual para a utilização do mesmo, por motivo que alguns procedimentos tem um valor mais elevado e podendo ser utilizado ou não.

Item	Código	Descrição	Valor estimado anual
------	--------	-----------	----------------------



1	<p>Procedimentos Cirúrgicos Ortopédicos</p> <ol style="list-style-type: none">1- ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL PROTESE IMPORTADA CIMENTADA,2- ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL PROTESE IMPORTADA NÃO CIMENTADA,3- ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL PROTESE IMPORTADA NÃO CIMENTADA (CERÂMICA)-,4- ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL PROTESE NACIONAL CIMENTADA,5- ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL PROTESE NACIONAL NÃO CIMENTADA,6- ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIRÚRGICO PRÓTESE IMPORTADA,7- ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIRÚRGICO PROTESE NACIONAL,8- PÉ PLANO/PÉ CAVO/COALISÃO TARSAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO ,9- PÉ TORTO CONGÊNITO (UM PÉ) - TRATAMENTO CIRÚRGICO,10- MENISCECTOMIA - UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCÓPICO DE JOELHO,11- RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCÓPICO DE OMBRO.	R\$ 300.000,00
<p>Descrição dos requisitos necessários à contratação:</p> <ul style="list-style-type: none">• As despesas medicas e hospitalares dos procedimentos será de responsabililade do hospital• O hospital deverá fornecer retorno médico quando for o caso• A localidade do Hospital deve estar numa distância de 210km do municipio para facilitar o transporte do paciente• Fica o hospital responsável por qualquer intercorrência com o paciente• O valores dos procedimentos devem ser de acordo com a cotação do setor de compras• O prazo de atendimento de consulta para avaliação pré-cirurgica pela credenciada, deverá ser de até 08 (oito) dias corridos.• O prazo para realização do procedimento cirúrgico pelo prestador, após a primeira consulta de avaliação pré-cirurgica, deverá ser de até 20 (dias) corridos,caso houver algum imprevisto deve ser justificado• A empresa deverá ser especializada na prestação dos serviços contratados, contendo aparelho próprios e equipe técnica/médicos habilitados, de acordo com os procedimentos a serem realizados• Cumprir com pontualidade seus horários de atendimentos aos horários pré-agendados para consultas ou procedimentos cirúrgicos		
<p>Providências a serem adotadas previamente à contratação:</p> <p>Não se aplica</p>		



Possíveis impactos ambientais e respectivas medidas de tratamento

Não se aplica

Dotação orçamentaria: 02.10.302.0210.2091.3.3.90.39.00

Ficha: 344 Fonte: 1500 (recurso proprio)

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 01 de agosto de 2024

IRAMIR MARIA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS
Secretária Municipal de Saúde