



# 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 E-mail: pmboc@yahoo.com.br



## DFD - DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA

### DATA RECOMENDADA PARA A CONTRATAÇÃO

O objeto deverá ser contratado até: 31/03/2025

### INFORMAÇÕES DA UNIDADE / SETOR / SERVIDOR DEMANDANTE

**Setor requisitante:** Secretaria Municipal de Saúde

**Responsável pela demanda:** Poliana Silveira

**E-mail:** pmboc2021@hotmail.com

**Telefone:** (35) 3841-3153 99802-4950

### Indicação do Agente Público Responsável pela Fiscalização

**Fiscalização – Nome:** Poliana Silveira

### INFORMAÇÕES ACERCA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

#### Descrição sucinta da solicitação:

Prestação de serviço de profissional em exame de imagem e laudos.

#### Descrição da necessidade da contratação:

Diante da instalação de uma unidade de serviços de imagem, se faz necessária a prestação de serviço para realizar os exames dos pacientes, responsável técnico, operar os equipamentos e laudar os exames.

Gerando possibilidades de convênios da região, para vender os exames a outros Municípios

#### Descrição dos resultados pretendidos:

Evitar abertura de processo seletivo para tais cargos, em vista que a terceirização fica mais viável ao município, sem onerar o município com gasto pessoal.

Quanto ao tele laudo visa otimizar o processo de análise dos exames de imagem, garantindo maior qualidade e precisão no diagnóstico, além de outros resultados esperados, O uso da telelaude contribui para a agilidade na emissão dos laudos, o que significa menos tempo de espera para os pacientes, um fator importante para diagnóstico precoce e a tomada de decisões rápidas em casos suspeitos.

#### Estimativa das quantidades com a memória de cálculo (se for o caso):

A estimativa foi realizada como uso mensal dos itens 1,2,3 e 4, os itens 5 e 6 foram estimado uma quantidade anual.

Lote	Item	Descrição	Mês	Qtde.
1	1	<b>Profissional Médico Radiologista</b> Valor fixo somente como responsável técnico do local	01	12 meses
	2	<b>Profissional Técnico em radiologia 1</b> Valor fixo com 20 horas semanais	01	12 meses
	3	<b>Profissional Técnico em radiologia 2</b>	01	12



# 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 E-mail: pmboc@yahoo.com.br



	Valor fixo com 20 horas semanais		meses
4	<b>Sistema fixo mensal</b> Incluindo sistema Pacx, servidor local, all in one e capacitação aos usuários (ou similar)	01	12 meses
5	<b>Tele imagens (laudo Raio-X)</b>	300 unidades Estimada anual	
6	<b>Tele imagens (laudo Mamografia)</b>	10.000 unidades Estimativa anual	

### Descrição dos requisitos necessários à contratação:

- Os profissionais técnico em radiologia deverão ter que operar os seguintes equipamentos Digitalizador de Imagens – CR Fujifilm Profect ,Raio-X Marca:VMI, Modelo:Apolo S, Mamógrafo marca: VMI modelo: Digimamo S
- O profissional que ficar a cargo dos itens 5 e 6 terá o prazo máximo de 48 horas para entrega do laudo.
- Fica o prestador responsável por todos impostos, seguros e encargos sociais e trabalhistas.
- O prestador de serviço fica responsável pela instalação e manutenção dos equipamentos, capacitação dos usuários ao sistema, com todas suas despesas inclusas no valor
- O profissional a cargo do item 1 ficará só como responsável técnico do Centro de Imagem
- Os profissionais que forem indicados para exercer os cargos relacionados aos itens 2 e 3 deverão trabalhar 5 dias na semana 4 horas por dia., em horário de expediente.
- O item 3 a principio so vai ser utilizado, quando o município tiver vendendo exames para outro município
- Os profissionais irão trabalhar e o sistema de imagem será no Centro de Imagens localizado na Rua Jussara 300 Bairro Faquinis Bom Sucesso-MG

**Providências a serem adotadas previamente à contratação:** Não se aplica

**Possíveis impactos ambientais e respectivas medidas de tratamento:** Não se aplica

### Dotação orçamentária:

**Ficha:** 249, 266 e 303 **Fonte:** 1500 Recurso próprio **1.621** recurso estadual **1.600** recurso federal

### 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, 14 de fevereiro de 2025

POLIANA  
SILVEIRA:0644875  
3648

Assinado de forma digital por  
POLIANA  
SILVEIRA:06448753648  
Dados: 2025.02.18 16:09:46  
-03'00'

Poliana Silveira  
Secretária Municipal de Saúde e  
Gestora Municipal do SUS