



**DFD - DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA**

**DATA RECOMENDADA PARA A CONTRATAÇÃO**

**O objeto deverá ser contratado até: 08/08/2025**

**INFORMAÇÕES DA UNIDADE / SETOR / SERVIDOR DEMANDANTE**

**Setor requisitante:** Secretaria Municipal de Saúde

**Responsável pela demanda:** Poliana Silveira

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

**Telefone:** 35 9 98024950

**Indicação do Agente Público Responsável pela Fiscalização**

**Fiscalização – Nome:** Poliana Silveira

**INFORMAÇÕES ACERCA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO**

**Descrição sucinta da solicitação:**

Futura e eventual 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 para o uso nas UBS, 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

Levando em consideração a função da Secretaria Municipal de Saúde de Bom Sucesso, salienta-se a prioridade na aquisição de medicamentos, cuja falta na rede municipal pode impactar diretamente os pacientes em acompanhamentos médico, evitando qualquer interrupção que possa comprometer a saúde dos usuários. Desta forma, prioriza-se a necessidade de assegurar o acesso da população a medicamentos não padronizados, e que não conste na farmácia da unidade.



**Estimativa das quantidades com a memória de cálculo:**

Nessa modalidade é estipulado uma estimativa em valor anual, sendo utilizado quando for necessário

<b>Lote</b>	<b>Código</b>	<b>Descrição</b>	<b>Maior Desconto (PF)</b>	<b>Valor Estimado</b>
01		Medicamento Genérico	%	80.000,00
02		Medicamento Similares	%	20.000,00
03		Medicamento Ético	%	50.000,00
04		Medicamento Biológico	%	50.000,00
05		Medicamento Especifico	%	30.000,00
06		Medicamento injetável	%	30.000,00
07		Medicamento SRO – Sais para Reidratação Oral, em pó para preparo de solução oral	%	30.000,00

**Descrição dos requisitos necessários à contratação:**

O fornecedor deverá entregar os medicamentos no prazo máximo de 6 dias úteis após o recebimento da NAF (nota de autorização de fornecimento);

O produtos deverão ter a fabricação no ano vigente do pedido

O fornecedor deverá realizar entrega total do pedido em acordo com Nota de Autorização de Fornecimento (NAF), não serão aceitas entregas parciais;

Endereço entrega: Rua Cândido Francisco Soares 67 Centro, Bom Sucesso-MG, no horario de 07:30 as 11:00horas e 13:00 as 15:30horas de segunda a sexta feira.(exceto feriados)

Rua Antônio Carlos de Carvalho 221 Bairro São José, Bom Sucesso MG, no horario de 08:00 as 15:30horas de segunda a sexta feira.(exceto feriados)

O processo se define no maior desconto com base na tabela CMED, e será utilizado o desconto PF (Preço de Fábrica).

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

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

**Dotação orçamentária:**

**Ficha:** 313 **Fonte:** 1.500 recurso proprio **Fonte:**1.621 recurso estadual **Fonte:** 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 03 de julho de 2025

*POLIANA SILVEIRA*  
*Secretária Municipal de Saúde e*  
*Gestora Municipal do SUS*