

MODELO DE DOCUMENTO DE SOLICITAÇÃO DE DEMANDA - DFD

Órgão: Departamento de Licitações	
Setor requisitante (Unidade/Setor/Departamento): Secretaria Municipal de Saúde	
Responsável pela Demanda: Daniela Dayrell de Queiroz Decreto: 352/2024	
E-mail: smsourilandia @hotmail.com	Telefone: (94)99280-6749
1. Objeto: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA AQUISIÇÃO DE APARELHO BISTURI ELETRONICO E KIT ACESSÓRIOS PARA ATENDER A DEMANDA DO HOSPITAL MUNICIPAL JADSON PESCONI ATRAVES DA DISPENSA DE LICITAÇÃO BASEADA NA LEI 14.133/2021, Art. 75, II.	
2. Justificativa da necessidade da contratação Justifica-se a aquisição do Aparelho Bisturi Eletrônico e Kit Acessórios tendo em vista que este objeto é de suma importância para o funcionamento regular dos equipamentos, uma vez que são equipamentos essenciais em procedimentos cirúrgicos realizados nesta unidade de saúde durante o atendimento aos usuários do SUS submetidos a procedimentos de urgência e emergência. Os procedimentos cirúrgicos são delicados e de alta complexidade necessitando de equipamentos e acessórios que viabilizem uma melhor assistência e maior resolutividade com a eliminação ou minimização dos riscos de sequelas para os usuários submetidos a esses procedimentos.	

Esta aquisição possibilitará a melhor utilização destes equipamentos, maior segurança para os profissionais e, conseqüentemente, melhor resolutividade na assistência prestada aos usuários do SUS atendidos no serviço de urgência e emergência, evitando que o serviço seja comprometido pela falta dos referidos acessórios.

Assim, verifica-se que tais equipamentos são imprescindíveis ao desenvolvimento das atividades dos órgãos, uma vez que são realizada cirurgias de urgência e emergência, cirurgias eletivas, partos cesarianas e outros.

3. Descrições e quantidades

ÍTEM	DESCRIÇÃO	QUANT	UNIDADE
1	BISTURI ELETRONICO PRECISION TC4	1	UNID
2	KIT C ACESSORIOS PRECISION 2,38 MM	1	UNID

4. Observações gerais

4.1. Prazo de Entrega/ Execução: 30 dias

4.2. Local e horário da Entrega/Execução: Secretaria Municipal de Saúde, entre os horários 08:00 a 17:00.

4.3. Unidade e servidor responsável para esclarecimentos: Secretaria Municipal de Saúde com responsabilidade para esclarecimentos a servidora Leidiane Sales Pereira.



4.4. Prazo para pagamento: 30 dias

Ourilândia do Norte-PA, 28 de Maio de 2024.

DANIELA DAYRELL DE
Assinado de forma digital
por DANIELA DAYRELL DE
QUEIROZ:05717338678
Data: 2024.05.28 07:59:03
+03'00'

DANIELA DAYRELL DE QUEIROZ
Secretária Municipal de Saúde
Decreto nº 352/PMON-GAB/2024