

DOCUMENTO DE OFICIALIZAÇÃO DA DEMANDA – DOD

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES:

INFORMAÇÕES PRELIMINARES	
Origem / Órgão	Secretaria Municipal de Saúde de Ourilândia do Norte.
Nome do Requisitante	Daniela Dayrell de Queiroz
Cargo/Função	Secretária Municipal de Saúde
Decreto/ Portaria	Decreto nº 352/PMON-GAB/2024
Celular	(94)99280-6749
E-Mail	smsourilandia@hotmail.com
Origem dos Recursos	Recursos Próprios do Fundo Municipal de Saúde de Ourilândia do Norte/PA.

(X) Aquisição de Bens / () Contratação de Serviços

1. OBJETIVO

Contratação de empresa especializada para fornecimento de medicamentos, insumos, nutrições/suplementos, órteses e fraldas descartáveis – em cumprimento as orientações normativas para compras públicas, dispositivos da Constituição Federal, **Lei Federal nº 14.133/2021**, ECA e Estatuto do Idoso, em atendimento as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde de Ourilândia do Norte-PA.

2. NECESSIDADE DE CONTRATAÇÃO

A contratação dá-se pela necessidade de fornecimento medicamentos (farmacológico), nutrições/suplementos, fraldas e órteses, para atender demandas da Secretaria Municipal de Saúde, são itens essenciais para o funcionamento adequado, contínuo e eficaz desta secretaria.

Os medicamentos são em sua maioria remédios controlados, indispensáveis para garantir a saúde e qualidade de vida dos pacientes.

Os leites/suplementações são itens que visam garantir a vida, sustento e saúde para as crianças na fase da primeira infância, suplementação para gestantes que necessitam de um cuidado especial para dar continuidade a sua gestação, ou até mesmo idosos que necessitam de vitaminas, fraldas geriátricas e demais medicamentos para auxiliar na qualidade de vida dos mesmos.

As órteses são outros itens fundamentais para garantir a boa recuperação de paciente acometidos por acidentes ou lesões, visto que são dispositivos que auxiliam no alinhamento, correção ou suporte de partes do

corpo que estão lesionadas ou apresentam deformidades.

Esta solicitação justifica-se devido a necessidade em atender pacientes que utilizam a rede pública de saúde e consequentemente necessitam de suporte adequado para seus respectivos tratamentos.

3. PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

Contratação de empresa especializada por meio de **PREGÃO PRESENCIAL**, por um período de 12 (Doze) meses, para a futura e eventual **REGISTRO DE PREÇOS E EVENTUAL CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS (FARMACOLÓGICO), SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR, FRALDAS GERIÁTRICAS E ÓRTESES EM DROGARIA LOCAL** para atender a demanda da Secretaria Municipal de Saúde de Ourilândia do Norte – PA e seus departamentos.

4. DEMANDA PREVISTA

Pensando e planejando sua demanda, a Administração Pública Municipal por meio Secretaria Municipal de Saúde, solicita a abertura de um novo processo licitatório para eventual **REGISTRO DE PREÇOS E EVENTUAL CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS (FARMACOLÓGICO), SUPLEMENTOS ALIMENTARES, FRALDAS GERIÁTRICAS E ÓRTESES EM DROGARIA LOCAL** nas quantidades descritas no Termo de Referência, que é parte integrante deste processo, quantidades que serão suficientes para suprir a demanda solicitada ao setor de planejamento do Município de Ourilândia do Norte.

O valor estimado para este processo licitatório está em torno R\$1.800.000,00 (um milhão e oitocentos mil reais), conforme pesquisas realizadas pelo setor de licitação da Secretaria Municipal de Saúde, utilizando o Bando de Preço para referência para a média de valores e quantidades necessárias para suprir as demandas por 12 meses.

Segue a baixo os itens desta demanda:

1. RELAÇÃO MEDICAMENTOS (FARMACOLÓGICO), ÓRTESES E OUTROS

LOTE Nº 01

ÍTEM	DISCRIMINAÇÃO	APRES.	QUANT.
1	ABLOK 25MG C/30 COMP	CX	180
2	AIRES 600 MG C/16 SACHE	CX	120
3	ALEKTOS 20 MG C/20 COMP.	CX	60
4	ALENIA REFIL 6 MG C/60CPS	CX	150
5	ALGINAC 1000 MG C/30	CX	80
6	AMBROXOL 15M/5ML INFANTIL 120ML	CX	200
7	AMBROXOL 30M/5ML ADULTO 120ML	CX	200
8	APRESOLINA 50 MG C/60 DRÁGEAS	CX	60
9	ARADOIS H 50/12,5MG C/30COMP	CX	140

10	ATORVASTATINA CÁLCICA 40MG 30 COMP.	CX	110
11	ATROPINA 1% SOLUÇÃO OFTÁLMICA ESTÉRIL 5ML	UNID.	40
12	AVAMYS 27,5MG C/120 DOSES	CX	80
13	AZATIOPRINA 50MG C/50 COMP.	CX	80
14	BENEUM 300MG C/30COMP.	CX	80
15	BIO-VAGIN CREME GINE 40GR	CX	200
16	BISSULFATO DE CLOPIDOGREL 75 MG C/28 COMP.	CX	120
17	CALMAN 20 DRAGEAS	CX	100
18	CALTREM 10MG 30COMP.	CX	100
19	CARDIZEM SR 120MG 20COMP.	CX	100
20	CETOPROFENMO 150 MG C/10 COMP.	CX	120
21	CIMETIDINA 200MG C/20COMP.	CX	100
22	CINARIZINA 75MG 30COMP.	CX	150
23	CIPROFIBRATO100 MG C/30 COMP.	CX	80
24	CLORIDRATO DE AMANTADINA 100 MG C/30 COMP.	CX	60
25	CLORIDRATO DE TANSULOSINA 0,4 MG C/30 COMP.	CX	80
26	COMBIRON FÓLICO 120 MG C/45 COMP.	CX	180
27	COMPLEXO B C/100 COMP.	CX	180
28	CONCOR 10MG C/28COMP.	CX	80
29	CONCOR 5MG C/28COMP.	CX	80
30	DERSANI LOÇÃO 200ML	FR	400
31	DEXADOR INJETAVEL C/3 UNID.	CX	200
32	DEXALGEN C/3AMP.	CX	200
33	DIAMICRON MR 60MG, GLICLAZIDA C/30	CX	150
34	DICLOFENACO DIETILAMONIO GEL 60G	CX	120
35	DIOSMINA 450MG + HESPERIDINA 50MG C/30 COMP.	CX	80
36	DIOSMINA 900MG + HESPERIDINA 100MG C/30 COMP.	CX	70
37	DRAMIN B6 GTS 30ML	FR	200
38	ECASIL 81M C/90COMP	CX	120
39	ECOFILM 5MG/ML COM 5ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA	UNID.	30
40	ENTRESTO 24MG/26MG C/28 COMP.	CX	80
41	ENTRESTO 49MG/51MG C/28 COMP.	CX	80
42	ENTRESTO 97MG/103MG C/28 COMP.	CX	80
43	ESOGASTRO IBP 500MG + 500MG + 20MG C/ 14 BLÍSTERES + 14 COMPRIMIDOS REVESTIDOS	CX	120
44	ESOMEPRAZOL MAGNÉSIO 40 MG C/28	CX	140
45	FENAZIC 15 MG C/30 COMP.	CX	80
46	FIBRASE POMADA 10G	TB	120
47	FITOSCAR 60 MG. POMADA 50 GRS.	TB	140
48	FORASEQ 12MG/400MG C/60 COMP.	CX	120
49	FORXIGA DAPAGLIFLOZINA 10MG C/30 COMP.	CX	80
50	GALVUS 50MG C/30COMP	CX	120
51	GALVUS MET 50MG/1000MG C/56 COMP	CX	120
52	GALVUS MET 50MG/500MG C/56 COMP	CX	120

53	GAMAX 980 MG C/30 CAPSULA	CX	80
54	GARAMICINA 160MG INJETAVEL	AMP.	200
55	GINKO-BILOBA 120MG C/20COMP.	CX	120
56	GLIFAGE XR 500 MG C/30 COMP.	CX	150
57	GLIFAGE XR CLORIDRATO DE METFORMINA 1G 30 COMP.	CX	120
58	HEMIFUMARATO DE BISOPROLOL 5MG C/30 COMP.	CX	80
59	HYABAK 0,15% 10ML, SOLUÇÃO OFTAMOLÓGICA	UNID.	40
60	IBANDRONATO DE SÓDIO 150 MG C/1 COMP.	CX	100
61	IMPERE 10 MG C/30 COMP.	CX	120
62	IMUNOGLUCAN DS C/30 CAPSULA	CX	80
63	INSULINA HUMALOG 100UI/ML – 3 ML REFIL ELI LILLY C/2 CARPULES	CX	80
64	JANUMET 50 MG + 1000 MG C/56 COMP.	CX	140
65	JANUVIA 100 MG., FOSFATO DE FITAGLIPTINA C/28	CX	120
66	KOLLAGENASE 30 GRS. POMADA	CX	250
67	LABIRIN 16MG C/30COMP.	CX	150
68	LACTULIV 667MG C/120ML	FR	140
69	LIPANON 250MG C/60 CAPSULA	CX	80
70	LITOCIT 10 Meq C/60 COMP.	CX	80
71	MATERGAM, SOLUÇÃO INJETAVEL DE 300 MCG, AMPOLA 1,5ML (IMUNOGLOBULINA ANTI RH (D))	AMP.	120
72	MATERNA C/30COMP	CX	120
73	MELOXICAM 15MG C/10COMP.	CX	90
74	MERITOR 1000 MG/2MG C/30 COMP.	CX	120
75	MERITOR 1000 MG/4MG C/30 COMP.	CX	150
76	MESALAZINA 800 MG. C/30 COMP.	CX	100
77	MESALAZINA MMX 1200 MG. C/30 COMP.	CX	90
78	MESILATO DE DOXAZOSINA 4 MG C/30 COMP.	CX	60
79	MONOCORDIL 40MG C/30COMP.	CX	120
80	NEOVANGY MR TRIMETAZIDINA 35MG 30 COMP.	CX	80
81	NESINA PIO ALOGLIPTINA 25MG + PIOGLITAZONA 30MG C/30 COMP.	CX	80
82	NIMESULIDA 100MG C/12COMP.	CX	400
83	NORIPURUM, SOLUÇÃO INJETÁVEL ENDOVENOSA	AMPOLA	500
84	NOVANLO 5 MG C/30 COMP.	CX	200
85	ÓLEO DE GIRASSOL 200ML	FR	250
86	ORLISTATE 120MG COM 30 CÁPSULAS	CX	80
87	PANTOPRAZOL 20 MG C/28 COMP.	CX	100
88	PANTOPRAZOL 40 MG C/14 COMP.	CX	100
89	PEN VE ORAL 500.000 UI C/12 COMP.	CX	100
90	PIEMONTE MONTELUCASTE DE SÓDIO 10MG 60 COMP.	CX	80
91	PIEMONTE MONTELUCASTE DE SÓDIO 4MG 30 COMP.	CX	80
92	POLICRESULENO+CLORIDRATO DE CINCHOCAÍNA POMADA 30G	UNID.	80
93	PRED FORT ACETATO DE PREDNISOLONA 10MG/ML SUSPENSÃO OFTÁLMICA 5ML	UNID.	50

94	PULMICORT 0,50MG/ML SUSPENSÃO PARA NEBULIZAÇÃO C/5 AMPOLAS	CX	120
95	PYLORITRAT IBP AMOXICILINA 500MG + CLARITROMICINA 500MG + LANSOPRAZOL 30MG 7 BLISTERS + 28 CÁPSULAS	CX	150
96	RETEMIC 10MG UD C/30COMP.	CX	80
97	RITMONORM 300 MG, CLORIDRATO DE PROPAFENONA C/30	CX	200
98	ROSUVASTATINA 10MG C/30COMP.	CX	150
99	ROSUVASTATINA 20MG C/30COMP.	CX	150
100	SERETID SPRAY 25/125MG	CX	120
101	SIMBRINZA 10MG/ML + 2MG/ML 8ML, SOUÇÃO OFTALMOLÓGICA	UNID.	40
102	SLOW-K 600MG C/20 DRÁGEAS	CX	120
103	SOMALGIN CARDIO 100MG C/60 COMP.	CX	200
104	SPIRIVA RESPIMAT SPRAY 4ML	CX	100
105	SUCCINATO DE METOPROLOL 25MG 30 COMP.	CX	80
106	SUCCINATO DE METOPROLOL 50MG 30 COMP.	CX	80
107	SUSTRATE 10 MG C/50 COMP.	CX	140
108	SYMBICORT SPRAY 12/400MG TURBUHALER 100MG	CX	120
109	TANDENE C/30COMP.	CX	80
110	THIOCTACID 600 HR C/30 COMP.	CX	50
111	TRAVOPROSTA 0,04MG SOLUÇÃO OFTALMOLÓGICA 2,5ML	UNID.	40
112	TROPINAL C/20 COMP.	CX	50
113	UREIA 10% LOÇAO 150ML	CX	50
114	VASTAREL MR C/30 COMP.	CX	70
115	VENOVAZ C/30 COMP.	CX	50
116	VERTIZE D C/20 COMP.	CX	60
117	VIGADEXA COLÍRIO 5 ML	FR	50
118	VYTORIN 10MG/20MG C/28 COMP.	CX	120
119	XARELTO 20 MG C/28 COMP.	CX	120
120	ZETSIM 10/20 MG C/28 COMP.	CX	50

Lote nº 02

ÍTEM	DISCRIMINAÇÃO	APRES.	QUANT.
121	ARCOXIA 90 MG C/14 COMP.	CX	150
122	ARTICO (SULFATO DE GLICOSAMINA 1,5 G+ SULFATO SODICO DE CONDOITINA 1,2G C/30 SACHES DE 5G	CX	140
123	ARTROLIVE (SULFATO DE GLICOSAMINA 500MG+SULFATO DE CONDOITINA 400MG C/30 CPS	CX	140
124	BUSCOPAN DUO, BUTILBROMENTO DE ESCOPOLAMINA 10MG+PARACETAMOL 500MG C/20COMP.	CX	140
125	CETOCONAZOL 200MG C/10COMP.	CX	160
126	COLTRAX (TIOCOLCHICOSIDEO) 4MG C/20 COMP.	CX	140
127	CLORIDRATO DE CICLOBENZAPRINA 10MG C/30	CX	150
128	DIMETICONA 75MG, 15ML GTS.	FR	200

129	DIPROBETA 1ML C/ 1 AMPOLA (DIPROPIONATO DE BETAMETASONA 5MG/ML+FOSFATO DISSÓDICO DE BETAMETASONA 2,0MG/ML)	AMPOLA	200
130	DPREV 7000 C/30 COMP.	CX	120
131	ELOTIN 5ML GTS-SOLUÇÃO OTOLÓGICA 5ML	FR	100
132	MUSCULARE 10 MG. C/30 COMP.	CX	140
133	MUSCULARE 5 MG. C/30 COMP.	CX	140
134	NOEX SPRAY 32MG (BUDESONIDA) C/120DOSES	FR	180
135	NOEX SPRAY 64MG C/120DOSES	FR	160
136	PIROXICAM 20MG C/12 CPS	CX	100
137	SECNIDAZOL 1000MG C/2 COMP.	CX	200
138	TINIDAZOL 500MG C/4COMP.	CX	100

LOTE Nº 03 - MEDICAMENTOS CONTROLADOS - CAPS

ÍTEM	DISCRIMINAÇÃO	APRES.	QUANT.
139	ALPRAZOLAM 1 MG C/30 COMP.	CX	50
140	ALPRAZOLAM 2 MG C/30 COMP.	CX	50
141	ANSITEC 10 MG C/20 COMP.	CX	60
142	ANSITEC 5 MG C/20 COMP.	CX	60
143	ARAVA LEFLUNOMIDA 20MG C/30 COMP.	CX	50
144	ARIRIPRAZOL 20MG C/30 COMP.	CX	50
145	CELECOXIBE 200 MG C/10 CAPSULAS	CX	40
146	CITALOPRAM 20 MG C/28 COMP.	CX	80
147	CLORIDRATO DE VENLAFAXINA 75 MG C/30 COMP.	CX	80
148	CLORIDRATO NORTIPTILINA 25 MG C/30 CAPSULA	CX	40
149	CLORIDRATO NORTIPTILINA 50 MG C/30 CAPSULA	CX	40
150	DORMONID 15MG C/30COMP.	CX	80
151	HEMIFURATO DE QUETIAPINA 200 MG C/30 COMP.	CX	40
152	HEMIFURATO DE QUETIAPINA 25 MG C/30 COMP.	CX	30
153	HEMIFURATO DE QUETIAPINA 300 MG C/30 COMP.	CX	40
154	HEMIFURATO DE QUETIAPINA 50 MG C/30 COMP.	CX	40
155	LAMITOR CD 100 MG C/60	CX	40
156	LEXOTAN 6MG C/30COMP	CX	80
157	OLANZAPINA 5 MG C/30 COMP.	CX	50
158	OXALATO DE ESCITALOPRAM 20 MG C/30	CX	90
159	PACO 500MG+30 MG C/12 COMP.	CX	90
160	PAROXETINA 40MG C/20COMP	CX	60
161	PODERA XR 25 MG C/30 COMP.	CX	70
162	PREGABALINA 150 MG C/30 CAPSULA	CX	50
163	PREGABALINA 75 MG C/30 CAPSULA	CX	40
164	SERTRALINA 25 MG C/20 COMP.	CX	70
165	TILESTAL C/20 COMP.	CX	70

166	TRAMADOL 50MG C/10CPS	CX	80
167	TRAMAL RETARD 100 MG C/30 COMP.	CX	90
168	TYLEX 30 MG C/20COMP.	CX	90
169	ULTRACET C/20COMP.	CX	90
170	VELIJA 30 MG C/30 CAPSULA	CX	60
171	VELIJA 60 MG C/30 CAPSULA	CX	60
172	VENLAFAXINA 75 MG C/30 CAPSULA	CX	72

LOTE 04 - ORTESES E FRALDAS GERIATRICA

ÍTEM	DISCRIMINAÇÃO	APRES.	QUANT.
1	CADEIRA DE BANHO COM RODAS ATÉ 80 KG, MEDIDAS 40X60X100 CM, LARGURA DO ASSENTO 41 CM	UNID.	50
2	CADEIRA DE RODAS COM PNEU INFLÁVEL ARO TRAS. 24" (INFLÁVEL) E RODAS DIANT. 6", ASSENTO 40X41 CM., CAPACIDADE ATÉ 80 KG, ASSENTO E ENCOSTO EM NYLON, DOBRÁVEL EM X.	UNID.	80
3	CADEIRA DE RODAS COM PNEU MACIÇO ARO TRAS. 24" E RODAS DIANT. 6", ASSENTO 40X41 CM., CAPACIDADE ATÉ 80 KG, ASSENTO E ENCOSTO EM NYLON, DOBRÁVEL EM X.	UNID.	80
4	FRALDA GERIATRICA TAM G (ATÉ 90 KG), INCONTINENCIA INTENSOC/9 UNIDADES	PCT	300
5	FRALDA GERIÁTRICA TAM M (ATÉ 70 KG), INCONTINÊNCIA INTENSO C/8 UNIDADES	PCT	280
6	FRALDA GERIÁTRICA TAM P (ATÉ 40 KG), INCONTINENCIA INTENSO C/10 UNIDADES	PCT	250
7	FRALDA GERIATRICA TAM XG (ACIMA DE 90 KG), INCONTINENCIA INTENSOC/7 UNIDADES	PCT	250
8	MULETA AXILAR ALUMÍNIO ANTI RUÍDO , ANTI RUÍDO INTERNO, PINO MOLA RETRÁTIL DE ENGATE RÁPIDO, PONTEIRA 7/8 LONGA, SUPORTA ATÉ 130KG., TAMANHOS: P - USUÁRIOS COM ALTURA ENTRE 1,37M A 1,57M; M - USUÁRIOS COM ALTURA ENTRE 1,57M A 1,78M; G - USUÁRIOS COM ALTURA ENTRE 1,78M A 1,98M.	PAR	50
9	MULETA CANADENSE ARTICULADA COM REGULAGEM DE ALTURA ATÉ 130KG. POSSUI DEZ NÍVEIS DE REGULAGEM DE ALTURA NA PARTE INFERIOR, ALÉM DE OUTROS QUATRO NÍVEIS DE AJUSTE AO TAMANHO DO BRAÇO, APOIO DE BRAÇO EM POLIPROPILENO, PONTEIRAS EM BORRACHA COM PEÇA METÁLICA INTERNA, FABRICADA EM ALUMÍNIO ANODIZADO ESPELHADO, POSSUI ACABAMENTO EM METAL COM ROSCA, COM REDUÇÃO DE RUÍDOS, TAMANHO ÚNICO: PARA USUÁRIOS COM ALTURA ENTRE 1,50M A 2,00M, COMPOSIÇÃO: PARTE METÁLICA: ALUMÍNIO, BRAÇADEIRA: POLIPROPILENO, PONTEIRA: BORRACHA, REVESTIMENTO DO PUNHO: POLICLORETO DE VINILA.	PAR	45

10	MULETA CANADENSE FIXA PRETA REGULÁVEL , FABRICADA EM ALUMÍNIO DE LIGA ESPECIAL, COM ALTA RESISTÊNCIA E IMUNE A CORROSÃO, APOIO DE BRAÇO EM POLIPROPILENO, ANATÔMICO E HIGIÊNICO, ANTIRRUÍDO INTERNO, PINO MOLA RETRÁTIL DE ENGATE RÁPIDO, PONTEIRA RESISTENTE E MUITO ADERENTE A PISOS ÚMIDOS, SUPORTA ATÉ 130 KG., TAMANHO ÚNICO, COM REGULAGEM EM 9 NÍVEIS DE ALTURA: DE 93 CM A 103 CM., COR: PRETO	PAR	40
----	---	-----	----

LOTE 05 - LEITE EM PÓ FORMULAS INFANTIL/SUPLEMENTOS NUTRIÇÃO ORAL E ENTERAL

ÍTEM	DISCRIMINAÇÃO	QUANT.	PREÇO UNITÁRIO
1	LEITE EM PÓ 400 GRS., NAN SUPREME 1 (DE 0-6 MESES), FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES.	UNID.	200
2	LEITE EM PÓ 400 GRS., NAN SUPREME 2 (DE 6 - 12 MESES), FÓRMULA INFANTIL DE SEGUIMENTO PARA LACTENTES.	UNID.	200
3	LEITE EM PÓ 400 GRS., NAN SUPREME 3 (APARTIR DE 12 MESES) FÓRMULA INFANTIL PARA CRESCIMENTO.	UNID.	150
4	LEITE EM PÓ 400 GRS., NAN COMFOR 1 (DE 0 - 6 MESES), FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES.	UNID.	250
5	LEITE EM PÓ 400 GRS., NAN COMFOR 2 (APARTIR DO 6º MÊS), FÓRMULA INFANTIL DE SEGUIMENTO PARA LACTENTES E CRIANÇAS DE PRIMEIRA INFANCIA.	UNID.	250
6	LEITE EM PÓ 400 GRS., NAN COMFOR 3 (APARTIR DO 10º MÊS), FÓRMULA INFANTIL DE SEGUIMENTO PARA LACTENTES E CRIANÇAS DE PRIMEIRA INFANCIA.	UNID.	200
7	LEITE EM PÓ 400 GRS., NAN SCIENCE PRO S.L. (DE 0 A 36 MESES), FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES E DE SEGUIMENTO PARA LACTANTES E CRIANÇAS DE PRIMEIRA INFÂNCIA DESTINADA A NECESSIDADES DIETOTERÁPICAS ESPECÍFICAS COM RESTRIÇÃO DE LACTOSE DHA E ARA E NUCLEOTÍDEOS.	UNID.	150
8	LEITE EM PÓ 400 GRS., APTAMIL - 1, FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES, DE 0- 6 MESES.	UNID.	200
9	LEITE EM PÓ 800 GRS., APTAMIL - 1, FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES, DE 0- 6 MESES.	UNID.	200
10	LEITE EM PÓ 400 GRS., APTAMIL - 2, FÓRMULA INFANTIL DE SEGUIMENTO PARA LACTENTES, APARTIR 6 MESES.	UNID.	200
11	LEITE EM PÓ 800 GRS., APTAMIL - 2, FÓRMULA INFANTIL DE SEGUIMENTO PARA LACTENTES, APARTIR 6 MESES.		200
12	LEITE EM PÓ 400 GRS., APTAMIL - 2, FÓRMULA INFANTIL DE SEGUIMENTO PARA LACTENTES, APARTIR 10º MÊS.	UNID.	150

13	LEITE EM PÓ 400 GRS., PREGOMIN PEPTI, É UMA FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES E DE SEGUIMENTO PARA LACTENTES E CRIANÇAS DE PRIMEIRA INFÂNCIA DESTINADA A NECESSIDADES DIETOTERÁPICAS ESPECÍFICAS COM PROTEÍNA LÁCTEA EXTENSAMENTE HIDROLISADA E COM RESTRIÇÃO DE LACTOSE, COM DHA E ARA, E NUCLEOTÍDEOS.	UNID.	150
14	LEITE MILNUTRI PREMIUM 800 GRS., É UM COMPOSTO LÁCTEO DESENVOLVIDO PARA AS NECESSIDADES DE CRIANÇAS NA PRIMEIRA INFÂNCIA (ATÉ 5 ANOS DE IDADE). SUA FÓRMULA CONCENTRA ALTO TEOR DE ÔMEGA 3 E UM MIX DE 25 VITAMINAS E MINERAIS, QUE PROPORCIONAM UM CRESCIMENTO SAUDÁVEL AOS PEQUENOS.	UNID.	200
15	TROPHIC INFANT 800 GRS., É UMA NUTRIÇÃO COMPLETA COM TUDO O QUE AS CRIANÇAS PRECISAM PARA FICAREM MAIS FORTES E BEM NUTRIDAS. EXCELENTE MIX DE PROTEÍNAS QUE AJUDAM NO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO, PODENDO SER A ÚNICA FONTE DE ALIMENTAÇÃO VIA SONDA OU MISTURADO A DIVERSOS PREPAROS. A VERSÃO EM PÓ É VERSÁTIL E PERMITE DIFERENTES DILUIÇÕES DE 1,0 A 1,5 KCAL/ ML.	UNID.	200
16	LEITEM EM PÓ 800 GRS., NEOCATE LCP UPGRADE É UMA FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES E DE SEGUIMENTO PARA LACTENTES E CRIANÇAS DE PRIMEIRA INFÂNCIA DESTINADO A NECESSIDADES DIETOTERAPICAS ESPECIFICAS COM RESTRIÇÃO DE LACTOSE E À BASE DE AMINOÁCIDOS LIVRES	UNID.	200
17	LEITE EM PÓ 400 GRS., NEO ADVANCE É UMA FÓRMULA À BASE DE AMINOÁCIDOS LIVRES, 100% EFICAZ, PARA CRIANÇAS QUE PERMANECEM ALÉRGICAS. É ADEQUADO ÀS RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS E AO PALADAR DA CRIANÇA ALÉRGICA. POSSUI 1KCAL/ML.	UNID.	200
18	LEITE EM PÓ 400 GRS., TYR ANAMIX INFANT É UM ALIMENTO EM PÓ PARA DIETA DE LACTENTES DE 0 A 12 MESES COM RESTRIÇÃO DE TIROSINA E FENILALANINA. É DESENVOLVIDO ESPECIALMENTE PARA NUTRIÇÃO ORAL OU ENTERAL (POR SONDA), E NÃO DEVE SER CONSUMIDO POR INDIVÍDUOS SEM TIROSINEMIA. NÃO CONTÉM GLÚTEN.	UNID.	80
19	FEBRINI ORIGINAL 500 ML., É A FÓRMULA PEDIÁTRICA PARA USO ENTERAL NORMOCALÓRICA E NORMOPROTEICA, ALTO TEOR DE ÔMEGA 3 COM ADIÇÃO DE ÓLEO DE PEIXE. POSSUI 500 KCAL E 12,5 G DE PROTEÍNA EM 500 ML. NÃO CONTÉM GLÚTEN. INDICADA PARA CRIANÇAS DE 1 A 10 ANOS EM RISCO NUTRICIONAL OU DESNUTRIÇÃO LEVE E TNE PROLONGADA.	UNID.	200

20	PEPTAMEN JUNIOR PÓ LATA 400 GRS., É UM ALIMENTO DESTINADO PARA NUTRIÇÃO PEDIÁTRICA COM NECESSIDADES ESPECIAIS, COM CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DE DIETAS E/OU RESTRIÇÕES ALIMENTARES. À BASE DE PEPTÍDEOS E NORMOCALÓRICA (NA DILUIÇÃO PADRÃO), INDICADO PARA CRIANÇAS DE 1 A 10 ANOS DE IDADE, QUE NECESSITEM DE NUTRIÇÃO ADEQUADA PARA RECUPERAÇÃO E/OU MANUTENÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL.	UNID.	150
21	NUTREN JÚNIOR 400 GRS., É UM FÓRMULA PEDIÁTRICA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL, INDICADA PARA CRIANÇAS DE 1 A 10 ANOS DE IDADE, COM NECESSIDADES NUTRICIONAIS ESPECIAIS.	UNID.	100
22	ISOSOURCE JÚNIOR 400 GRS., É UM FÓRMULA PEDIÁTRICA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL, INDICADA PARA CRIANÇAS DE 1 A 10 ANOS DE IDADE, COM NECESSIDADES NUTRICIONAIS ESPECIAIS.É NORMOCALÓRICA, COM 1,0KCAL/ML NA DILUIÇÃO PADRÃO E SEM LACTOSE.	UNID.	100

6. RESULTADOS PRETENDIDOS

Suprir as demandas dos usuários da saúde pública municipal e seus núcleos, garantindo o amplo atendimento e assistência de políticas públicas aos munícipes de Ourilândia do Norte. Garantir a disponibilidade desses itens de forma contínua é importantíssimo para a manutenção das atividades e essencial para saúde dos pacientes contemplados com o fornecimento dos itens mencionados.

7. FONTE DE RECURSOS

Os recursos para atender ao cumprimento do presente instrumento correrão à conta das seguintes dotações orçamentária:

1) 10.301.0003.2060.0000 - MANUT. DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/FMS

3.3.90.30.00 - MATERIAL DE CONSUMO

3.3.90.32.00- MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

2) 10.302.0003.2071.0000 - ATENÇÃO DE MÉDIA ALTA MCOMPLEXIDADE AMBUL. E HOSP.

3.3.90.30.00 - MATERIAL DE CONSUMO

3.3.90.32.00- MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

3) 10.301.0003.2067.0000- APS CAPACITAÇÃO PONDERADA

3.3.90.32.00- MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

8. ENCAMINHAMENTO

Este **DOD – DOCUMENTO DE OFICIALIZAÇÃO DE DEMANDA** foi desenvolvido pela equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde da atual gestão da Prefeitura Municipal de Ourilândia do Norte, PA, neste ato representado pela secretaria da equipe Sra. Daniela Dayrell de Queiroz, e contempla a subscritora citada abaixo, como autora deste estudo, Sra. Leidiane Sales Pereira, sendo neste ato servidora desta secretaria.

LEIDIANE SALES PEREIRA

Servidora Pública
Secretaria Municipal de Saúde

DANIELA DAYRELL DE QUEIROZ

Secretária Municipal de Saúde
Decreto nº 352/PMON-GAB/2024

9. PARECER DA AUTORIDADE COMPETENTE

O presente **DOD – DOCUMENTO DE OFICIALIZAÇÃO DE DEMANDA** está de acordo com as necessidades do órgão, sendo previstas no Plano de Governo e no PPA – Plano Plurianual.

Aprovo o prosseguimento da contratação, dá-se continuidade a fase de elaboração do ETP – ESTUDO TECNICO PRELIMINAR para continuidade do processo administrativo licitatório, considerando sua relevância e oportunidade em relação aos objetivos estratégicos e as necessidades da Área Requisitante.

Ourilândia do Norte, 08 de Novembro de 2024.

DR. JULIO CESAR DAIREL

PREFEITO MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE