

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Pelo presente instrumento, em atendimento à Lei 14.133/2021, encaminhe-se para as considerações da Autoridade Competente, o Documento de Formalização da Demanda – DFD para análise e adoção das providências necessárias (autorização) à abertura do processo de contratação.

1. ÁREA REQUISITANTE DA DEMANDA

UNIDADE DEMANDANTE: DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO EM SISTEMAS -DR

TITULAR DA UNIDADE: CLÁUDIA MELO DAS NEVES

RESPONSÁVEL PELA DEMANDA: REGINA AUXILIADORA PANTOJA

2. DESCRIÇÃO SUCINTA DO OBJETO

A Secretaria Municipal de Saúde de Ananindeua, por meio da **DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO EM SISTEMAS - DR**, solicita a competente autorização para início do processo administrativo para a contratação de Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Tratamento (SADT) de média e alta complexidade, de forma complementar, aos pacientes do SUS, no Município de Ananindeua, dentro dos limites quantitativos contratados, em caráter de INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO, através de CONVÊNIO, que contempla a atenção ambulatorial no âmbito do Sistema Único de Saúde e a rede Municipal de Saúde do Município de Ananindeua (PA), a serem prestados pela **SOCIEDADE BENEFICIENTE SÃO CAMILO – HOSPITAL ANITA GEROSA**, por um período de 12 (doze) meses, visando a garantia da atenção integral à saúde dos usuários, em conformidade com quantidades e exigências estabelecidas no Estudo Técnico Preliminar – ETP.

3. DATA PREVISTA PARA CONCLUSÃO DO PROCESSO

A data prevista para conclusão do processo é **05/05/2025**

4. PRIORIDADE

A prioridade para essa demanda foi avaliada como ALTA.



5. JUSTIFICATIVA DE PRIORIDADE

A prioridade se justifica pelo cumprimento do TERMO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA – TAC, firmado nos autos do Inquérito Civil SAJ nº 06.2025.00000500-1, junto ao Ministério Público do Estado do Pará.

Logo, a falta da contratação gera situação que possa ocasionar prejuízo ou comprometer a segurança de pessoas, obras, serviços, equipamentos e outros bens públicos

6. JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

O presente CONVÊNIO decorre da obrigação imposta pelo TERMO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA – TAC, firmado nos autos do Inquérito Civil SAJ nº 06.2025.00000500-1, junto ao Ministério Público do Estado do Pará, em que ficou estabelecida a obrigação à Secretaria Municipal de Saúde de Ananindeua/PA a: “d) Adoção das providências necessárias para retomada contratual, pelos meios cabíveis, junto ao HOSPITAL ANITA GEROSA (SÃO CAMILO), de convênio para atendimento ambulatorial obstétrico suplementar”, os quais amparam o presente INSTRUMENTO para todos os efeitos legais, independentemente de transcrição.

A contratação se refere a hipótese de inexigibilidade prevista no Art. 74, caput, inciso I c/c §1º, da Lei 14.133/2021, para contratação de serviços que só possam ser fornecidos por empresa exclusiva.

Dessa forma, faz-se necessária a elaboração de Convênio visando a contratação dos serviços de saúde de forma complementar, garantindo maior agilidade na execução dos serviços, de forma que não prejudique os usuários do SUS nas suas necessidades de saúde, proporcionando qualidade na prevenção, promoção e tratamento de forma eficiente e eficaz.

6.1. INDICAÇÃO DE VINCULAÇÃO OU DEPENDÊNCIA COM O OBJETO DE OUTRO DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA.

O objeto da presente demanda não possui vinculação ou dependência com o objeto de outro documento de formalização de demanda – DFD vigente e vinculado a esta Secretaria Municipal de Saúde de Ananindeua até a presente data.



7. DATA PREVISTA DA DEMANDA

O fornecimento do objeto da presente demanda deverá ser iniciado na data prevista de 06 de maio de 2025.

8. ALINHAMENTO COM O PLANO DE CONTRATAÇÃO ANUAL

O objeto do presente estudo não possui previsão no plano de contratações anual - 2024 da Prefeitura Municipal de Ananindeua, mas foi devidamente encaminhada pelo setor requisitante, **DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO EM SISTEMAS - DR**, ao setor de contratações do Município de Ananindeua, Pará, para inclusão no Plano de Contratação Anual viabilizando o atingimento do Objetivo Estratégico desta Secretaria, conforme Plano de Gestão da Unidade. Ressalta-se que o atual PCA está em fase de elaboração.

Ademais, informamos existir alinhamento entre a potencial contratação e o planejamento estratégico das Secretarias Municipais de Ananindeua, conforme o Art.42. II, da Lei Municipal nº. 3.294 de 24 de janeiro de 2023, abaixo colacionado:

ART. 42. O ETP conterá os seguintes elementos:

II - Demonstração da previsão da contratação no plano de contratações anual, sempre que elaborado, ou desde que justificada a impossibilidade, de modo a indicar o seu alinhamento com os instrumentos de planejamento do órgão ou entidade; grifo nosso.

9. INDICAÇÃO DA EQUIPE DE PLANEJAMENTO/RESPONSÁVEIS PELA CONTRATAÇÃO

MATRÍCULA	NOME	CARGO/FUNÇÃO	DESPACHO
3980-2/2	CLAÚDIA MELO DAS NEVES	DIRETORA DA REGULAÇÃO	MEMBRO DA EQUIPE RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO DFD.
37970-0/2	REGINA AUXILIADORA PANTOJA	ASSESSORIA DE REGULAÇÃO	MEMBRO DA EQUIPE RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO DFD.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ANANINDEUA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO EM SISTEMAS - DR

10. MATERIAIS/SERVIÇOS

Os procedimentos de média e alta complexidade deverão atender os procedimentos previstos nos grupos/subgrupos na Tabela SIGTAP.

Segue o Memorial Descritivo dos Procedimentos da Contratação:

PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS				
- Procedimentos com finalidade diagnostica	Valor Unitário SIGTAP	Mais 200 %	Quantidade Físico	Financeiro
- RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	6,88	20,64	8	165,12
- RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIQUA / BRETTON + HI	9,15	27,45	14	384,30
- RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	7,52	22,56	6	135,36
- RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	7,32	21,96	50	1.098,00
- RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)	7,20	21,60	10	216,00
- RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	8,19	24,57	100	2.457,00
- RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	9,16	27,48	20	549,60
- RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO- LOMBAR	9,73	29,19	140	4.086,60
- RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO- COCCIGEA	7,80	23,40	60	1.404,00
- RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	8,37	25,11	10	251,10
- RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	9,50	28,50	10	285,00
- RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)	6,55	19,65	10	196,50
- RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	6,42	19,26	14	269,64
- RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	7,40	22,20	6	133,20
- RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	7,40	22,20	10	222,00
- RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	7,40	22,20	20	444,00
- RADIOGRAFIA DE BRACO	7,77	23,31	8	186,48
- RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	7,40	22,20	8	177,60
- RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	5,62	16,86	10	168,60
- RADIOGRAFIA DE MAO	6,30	18,90	10	189,00
- RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	6,00	18,00	10	180,00
- RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	7,98	23,94	15	359,10
- RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO- FEMORAL	7,77	23,31	8	186,48



PREFEITURA MUNICIPAL DE ANANINDEUA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO EM SISTEMAS - DR

- RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	7,77	23,31	8	186,48
- RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	6,50	19,50	10	195,00
- RADIOGRAFIA DE BACIA	7,77	23,31	10	233,10
- RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	6,50	19,50	10	195,00
- RADIOGRAFIA DE COXA	8,94	26,82	10	268,20
- RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	6,78	20,34	10	203,40
- RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	6,78	20,34	10	203,40
- RADIOGRAFIA DE PERNA	8,94	26,82	12	321,84
DENSITOMETRIA				
- DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMB)	55,10	165,30	260	42.978,00
MAMOGRAFIA				
- MAMOGRAFIA	22,50	67,50	4	270,00
- MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	45,00	135,00	300	40.500,00
UTRASSONOGRRAFIA				
- ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	37,95	113,85	27	3.073,95
- ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO	24,20	72,60	8	580,80
- ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	24,20	72,60	8	580,80
- ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL	24,20	72,60	12	871,20
- ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	24,20	72,60	10	726,00
- ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA	24,20	72,60	15	1.089,00
- ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	24,20	72,60	10	726,00
- ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	24,20	72,60	15	1.089,00
TOMOGRRAFIA				
- TOMOGRRAFIA COLUNA CERVICAL SEM CONTRASTE	86,76	260,28	20	5.205,60
- TOMOGRRAFIA COLUNA LOMBO-SACRA SEM CONTRASTE	101,10	303,30	45	13.648,50
- TOMOGRRAFIA COLUNA TORACICA SEM CONTRASTE	86,76	260,28	10	2.602,80
- TOMOGRRAFIA FACE / SEIOS DA FACE / ARTICUL	86,75	260,25	10	2.602,50
- TOMOGRRAFIA CRANIO	97,44	292,32	80	23.385,60
- TOMOGRRAFIA ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIO	86,75	260,25	10	2.602,50
- TOMOGRRAFIA SEGMENTOS APENDICULARES - (BRA)	86,75	260,25	10	2.602,50
- TOMOGRRAFIA TORAX	136,41	409,23	85	34.784,55
- TOMOGRRAFIA ABDOMEN SUPERIOR	138,63	415,89	40	16.635,60
- TOMOGRRAFIA ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIO	86,75	260,25	10	2.602,50
- TOMOGRRAFIA PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERI	138,63	415,89	20	8.317,80
RESSONANCIA / ANGIO RM				
- RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BIL)	268,75	806,25	15	12.093,75
- RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOCO	268,75	806,25	15	12.093,75
- RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	268,75	806,25	15	12.093,75



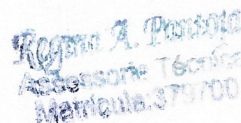
PREFEITURA MUNICIPAL DE ANANINDEUA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO EM SISTEMAS - DR

- RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	268,75	806,25	15	12.093,75
- RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	268,75	806,25	20	16.125,00
- RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	268,75	806,25	12	9.675,00
- RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE	361,25	1.083,75	10	10.837,50
- RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	268,75	806,25	15	12.093,75
- RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	268,75	806,25	15	12.093,75
- RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	268,75	806,25	15	12.093,75
- RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	268,75	806,25	15	12.093,75
- RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	268,75	806,25	30	24.187,50
- RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	268,75	806,25	10	8.062,50
- ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	268,75	806,25	15	12.093,75
TOTAL				400.757,55

Declaro que a formalização da demanda acima identificada se faz necessária pelos motivos expostos na justificativa da necessidade do presente documento.

Em conformidade com a legislação que rege o tema, encaminhe-se à autoridade competente para análise de conveniência e oportunidade para a contratação e demais providências cabíveis.


REGINA AUXILIADORA PANTOJA
ASSESSORIA DE REGULAÇÃO



11. DECISÃO DA AUTORIDADE COMPETENTE

Aprovo a continuidade do procedimento destinado à aquisição em tela, considerando sua aderência aos objetivos estratégicos desta Secretaria de Saúde do Município de Ananindeua, bem como às necessidades da área requisitante.

Encaminhe-se à Secretaria Municipal de Licitações - SML para a realização das providências basilares ao prosseguimento da demanda.

DAYANE DA
SILVA
LIMA:785213002
04

Assinado de forma
digital por
DAYANE DA SILVA
LIMA:78521300204

Belém, (PA), 01 de maio de 2025.

DAYANE DA SILVA LIMA
SECRETÁRIA DE SAÚDE DE ANANINDEUA.