



PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULA CÂNDIDO

RUA MONSENHOR LISBOA, 251 — CEP 36.544-000 — ESTADO DE MINAS GERAIS
CNPJ: 17.763.715/0001-07 — TEL.: (0__32) 3537 - 1242



1. DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA - DFD

Órgão: **Prefeitura Municipal de Paula Cândido**

Requisitante (Unidade/Setor/Departamento): **Secretaria Municipal de Saúde**

Responsável pela Demanda: **Luciana das Graças Henrique**

Cargo/Função: **Secretária Municipal de Saúde**

E-mail: saude@paulacandido.mg.gov.br

Telefone: (32) 9 9814-9349

1. Objeto: Constituição do quadro geral de Registro de Preços para Locação de aparelho médico respiratório de higiene brônquica que auxilia na desobstrução das vias aéreas, para atender a demanda de paciente específica conforme laudo médico.

2. Justificativa da necessidade do serviço:

A Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Paula Cândido-MG, em representação ao órgão público de administração direta, necessita de locação de equipamento máquina de tosse para fornecer a paciente domiciliar conforme prescrição médica.

3. Descrições e quantidades:

Item	Descrição	Und.	Qtd.	Valor unit	Valor total
01	APARELHO DE ASSISTENCIA À TOSSE – ESPECIFICAÇÕES MINIMAS DO PRODUTO – Locação de aparelho médico respiratório de higiene brônquica que auxilia na desobstrução das vias aéreas- (aparelho de referência Cough Assist E-70 ou similar) Para utilização em ambiente domiciliar deve permitir os	UN	12		



PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULA CÂNDIDO

RUA MONSENHOR LISBOA, 251 — CEP 36.544-000 — ESTADO DE MINAS GERAIS
CNPJ: 17.763.715/0001-07 — TEL.: (0__32) 3537 - 1242



Modos automáticos para auxiliar a titulação do dispositivo e a sincronização do paciente para maior conforto.

DEVERÁ ACOMPANHAR O EQUIPAMENTO: Máscara facial inflável, traquéia, cabo de alimentação, filtro, cartão SD e Manual do equipamento com registro da ANVISA.

Manutenção preventiva no máximo a cada 06 meses com relatório de visita técnica de dados de manutenção, troca de filtro e nível de pressão, acompanhamento com Fisioterapeuta respiratório com visita mensal.

O relatório deverá ser entregue ao responsável da coordenação de assistência a internação domiciliar.

O relatório deverá ser entregue ao responsável da Coordenação de assistência domiciliar.

As manutenções emergenciais sempre que for solicitada terá prazo máximo de 24 horas.

VISITA DE ESPECIALISTA – Avaliação fisioterapêutica respiratória com acompanhamento quinzenal

Valor estimado → R\$ 30.000,00 (trinta mil reais).

4. Observações gerais →

Objeto: (X) Serviço não continuado

- () Serviço continuado SEM dedicação exclusiva de mão de obra
- () Serviço continuado COM dedicação exclusiva de mão de obra
- () Material de consumo
- () Material permanente / equipamento



PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULA CÂNDIDO

RUA MONSENHOR LISBOA, 251 — CEP 36.544-000 — ESTADO DE MINAS GERAIS
CNPJ: 17.763.715/0001-07 — TEL.: (0__32) 3537 - 1242



4.1 - Previsão de data para assinatura contratual: 03/2024

4.2 - Local de Entrega/Execução: O item descrito acima deve ser entregue na Secretaria Municipal de Saúde de Paula Cândido-MG, imediatamente após a assinatura do contrato.

4.4 - Horário da Entrega/Execução: **08:00 às 11:00 e de 12:30 às 16:30**

4.5 - Unidade responsável para esclarecimentos: Secretaria Municipal de Saúde

4.6 - Servidor (es) responsável (is) para esclarecimento (s):

4.6.1. Identificação do gestor titular do contrato

Nome do servidor: Luciana das Graças Henrique

Lotação: Secretaria Municipal Saúde

E-mail: saude@paulacandido.mg.gov.br

4.6.2. Identificação do gestor suplente do contrato

Nome do servidor: Ariadne Ribeiro

Lotação: Secretaria Municipal de Saúde

E-mail: ariadneribeiro0696@gmail.com

4.7 - Prazo para pagamento: **Em até 30 (trinta) dias após emissão de nota fiscal corridos.**

Secretária Municipal de Saúde
LUCIANA DAS GRAÇAS HENRIQUE
CPF: 076.282.156-61

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