



PREFEITURA MUNICIPAL DE COIMBRA

Rua Álvaro de Barros, 401 - Centro - CEP: 36.550-000 - COIMBRA - MG.
CNPJ: 18.132.464/0001-17 - Tele fax: (32) 3555-1152 / 3555-1214

1. DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA - DFD

Órgão: Prefeitura Municipal de Coimbra

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

Responsável pela Demanda: Raissa Araujo Morais

Cargo/Função: Diretora de saúde

E-mail: smscoimbra@yahoo.com.br

Telefone: (31) 99792-6924

1. Objeto: O presente documento apresenta a necessidade da contratação de Profissional Especializado em Fisioterapia Respiratória, visando atender a necessidade da Sede Secretaria de Saúde, com paciente do município de Coimbra.

2. Justificativa da necessidade da contratação:

2.1 - A presente contratação decorre da necessidade do Departamento Municipal de Saúde de atender a paciente Thamires Stefany Bitaraes Paes, com necessidade especiais e necessita de acompanhamento com o especialista em Fisioterapia Respiratória, conforme ordem judicial do processo 5007196-88.2023.8.13.0713 do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

2.2 - Acresce, ainda, que a Secretaria de Saúde não conta com o profissional para atender a necessidade da paciente que é portadora do diagnóstico de distrofia muscular forma cintura e necessita do tratamento 03 vezes por semana que não é oferecido via SUS.

2.3 - Esta demanda está contemplada no Plano Contratações Anual da Prefeitura Municipal de Coimbra - PCA 2024 e devidamente registrada no **Portal Nacional de Compras Públicas - PNCP, nos termos da portaria nº263/2023, decreto nº427/2023 e portaria nº265/2023 - Prefeitura Municipal de Coimbra.**

3. Descrições e quantidades:

Item	Descrição	Ref.	Qtd.	Vlr. Unit. Estimado	Vlr. Tot. Estimado
1	SESSÃO DE SERVIÇO ESPECIALIZADO DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA, A SER REALIZADO POR PROFISSIONAL DEVIDAMENTE HABILITADO E REGISTRADO NO CONSELHO COMPETENTE, DESTINADO À	SESSÃO	160	R\$ 300,00	R\$ 48.000,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE COIMBRA

Rua Álvaro de Barros, 401 - Centro - CEP: 36.550-000 - COIMBRA - MG.

CNPJ: 18.132.464/0001-17 - Tele fax: (32) 3555-1152 / 3555-1214

<p>PREVENÇÃO, MANUTENÇÃO E REABILITAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA. O ATENDIMENTO DEVERÁ CONTEMPLAR AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA, MANOBRAS DE HIGIENE BRÔNQUICA, EXPANSÃO PULMONAR, REEDUCAÇÃO RESPIRATÓRIA, TREINAMENTO MUSCULAR RESPIRATÓRIO, PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS E DEMAIS PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS À CONDIÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. O SERVIÇO DEVERÁ SER PRESTADO DE FORMA CONTÍNUA E ININTERRUPTA DURANTE A VIGÊNCIA DA CONTRATAÇÃO, INCLUSIVE EM PERÍODOS DE FERIADOS E PONTOS FACULTATIVOS, QUANDO COINCIDIREM COM OS DIAS PREVISTOS PARA O TRATAMENTO, DE MODO A GARANTIR A CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA E EVITAR PREJÚZOS AO PACIENTE.</p>				
---	--	--	--	--

Valor Total → R\$ 48.000,00

4. Observações gerais →

Objeto: () Serviço não continuado

() Serviço continuado SEM dedicação exclusiva de mão de obra

(X) Serviço continuado COM dedicação exclusiva de mão de obra

() Material de consumo

() Material permanente / equipamento

4.1 - Previsão de data para assinatura contratual/ARP: 06/2026

4.2 - Local de Entrega/Execução: Local a combinar com a Secretaria Municipal de Saúde no momento da contratação.

4.4 - Horário da Entrega/Execução: **Á combinar**



PREFEITURA MUNICIPAL DE COIMBRA

Rua Álvaro de Barros, 401 - Centro - CEP: 36.550-000 - COIMBRA - MG.
CNPJ: 18.132.464/0001-17 - Tele fax: (32) 3555-1152 / 3555-1214

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: **Raissa Araujo Moraes**
Matrícula: **112785**
Lotação: **Departamento Municipal de Saúde**
E-mail: **smscoimbra@yahoo.com.br**

4.6.2. Identificação do gestor suplente do Contrato

Nome do servidor: **Leandro Barbosa Moreira**
Matrícula: **112778**
Lotação: **Departamento Municipal de Saúde**
E-mail: **leandro.barbosa.moreira.04@gmail.com**

4.6.3. Identificação do fiscal do contrato/ARP

Nome do servidor: **Maria Da Penha Bittencourt Silva**
Matrícula: **112834**
Lotação: **Departamento Municipal de Saúde**
E-mail: **mariabittencourtenf@gmail.com**

4.7. Equipe responsável pela elaboração do Termo de Referência:

4.7.1. Nome do Servidor:

Nome do servidor: **Maria Da Penha Bittencourt Silva**
Matrícula: **112834**
Lotação: **Departamento Municipal de Saúde**
E-mail: **mariabittencourtenf@gmail.com**

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE COIMBRA

Rua Álvaro de Barros, 401 - Centro - CEP: 36.550-000 - COIMBRA - MG.

CNPJ: 18.132.464/0001-17 - Tele fax: (32) 3555-1152 / 3555-1214

Rua Jose Matias Cunha, SN, Centro - Coimbra/MG - Sede Secretaria Municipal de Saúde

Raissa Araujo Moraes
Diretora Municipal de Saúde
CPF: 099.509.816-62
Matrícula: 112785

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.