

**DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA**

<b>Órgão:</b> PREFEITURA MUNICIPAL DE JAHU	
<b>Secretaria/Setor Requiritante:</b> SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
<b>Responsável pela Demanda:</b> ROSIMEIRE RUIZ	<b>Cargo/Matrícula:</b> DIRETOR 006968
<b>E-mail:</b> gerenciasaude@jau.sp.gov.br	<b>Telefone:</b> 3602 3777
<b>Objeto:</b> CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS ELETIVOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE	
<b>Número da Solicitação no Sistema de Compras:</b> TRAMITARA PELO COMPRAS	

**1. Justificativa da contratação**

A realização de cirurgias eletivas com demanda reprimida no município promoverá acesso aos usuários do SUS aos procedimentos cirúrgicos, reduzindo a desigualdade ao acesso limitado dos procedimentos cirúrgicos

**2. Quantidade e descrição simplificada do material ou serviço a ser adquirido/contratado**

ITEM	PROCEDIMENTO	QTD.
1	HISTERECTOMIA COM ANEXECTOMIA (UNI/BILATERAL)	100
2	HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL	30
3	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	100
4	POSTECTOMIA	40
5	AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA	20
6	AMGDALECTOMIA	30
7	HERNIOPLASTIA INGUINAL/CRURAL (UNILATERAL)	30
8	HERNIOPLASTIA INGUINAL/CRURAL (UNILATERAL) INFANTIL	25
9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	10
10	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL) INFANTIL	10
11	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	50
12	HERNIOPLASTIA UMBILICAL INFANTIL	15
13	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	20
14	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	12
15	COLECISECTOMIA	100
16	HEMORROIDECTOMIA	50



17	LAQUEADURA TUBÁRIA	150
18	TRATAMENTO CIRÚRICO DE VARIZES (BILATERAL)	80
19	TRATAMENTO CIRÚRICO DE VARIZES (UNILATERAL)	80
20	TRATAMENTO CIRÚRGICO SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEOFIBROSO AO NÍVEL DO CARPO	50
21	HERNIA HIATO	40
22	OOFOERECTOMIA UNILATERAL	20
23	OOFOERECTOMIA BILATERAL	25
<b>3. Dotação Orçamentária</b>		
TRAMITARA PELO SETOR CONTÁBIL		
<b>4. Forma e prazo de pagamento</b>		
<b>4.1. Forma de Pagamento:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Padrão (Transferência Bancária) <input type="checkbox"/> Especial		
<b>4.1.1. Caso seja em forma especial, indicá-lo e justificá-lo: Não se aplica</b>		
<b>4.2. Prazo de Pagamento:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Padrão (15 dias) <input type="checkbox"/> Especial		
<b>4.2.1. Caso seja em prazo especial, indicá-lo e justificá-lo: Não se aplica</b>		
<b>5. Indicação do gestor da contratação</b>		
ANA PAULA RODRIGUES SECRETÁRIA DE SAÚDE		
<b>6. Indicação, se necessário, do responsável pela fiscalização (técnica e/ou administrativa)</b>		
ROSIMEIRE RUIZ DIRETOR		
Jahu/SP, 25 DE MARÇO DE 2024		
ROSIMEIRE RUIZ DIRETOR Responsável pela Formalização da Demanda		
ANA PAULA RODRIGUES SECRETÁRIA DE SAÚDE		

