

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA

Órgão: Fundação Hospitalar Dr. José Athanázio

Setor requisitante (Unidade/Setor/Departamento): Engenharia Clínica

Responsável pela Demanda: **Dinara Miguel Padilha**

Matrícula:1203/1

E-mail: compras@fhja.com.br

Telefone: (49) 99111-8486

1. **Objeto: Contratação de empresa especializada para desinfecção mensal do sistema de osmose reversa com ART inclusa**

2. Justificativa da necessidade da contratação:

A contratação de empresa especializada para a realização da desinfecção mensal do sistema de osmose reversa, com emissão de Anotação de Responsabilidade Técnica (ART), é imprescindível para garantir a qualidade da água utilizada no tratamento de hemodiálise, assegurando a segurança dos pacientes e a conformidade com as normas sanitárias vigentes.

O sistema de osmose reversa é um equipamento essencial no processo de hemodiálise, sendo responsável pela produção de água tratada utilizada durante as sessões. A desinfecção periódica previne a formação de biofilmes, a proliferação de microrganismos e a contaminação do sistema, reduzindo o risco de infecções e eventos adversos aos pacientes.

A contratação contempla a manutenção preventiva por meio da desinfecção mensal de um sistema que atende duas máquinas de hemodiálise, garantindo a continuidade dos serviços, maior vida útil dos equipamentos e redução de custos decorrentes de manutenções corretivas.

A exigência de ART (Anotação de Responsabilidade Técnica) assegura que os serviços sejam executados por profissional legalmente habilitado, conferindo respaldo técnico e legal à instituição, além de atender às exigências dos órgãos fiscalizadores.

Dessa forma, a contratação mostra-se necessária para manter a qualidade assistencial, cumprir as normas de segurança e vigilância sanitária, preservar o funcionamento adequado do sistema de tratamento de água e garantir a realização segura das terapias dialíticas.

3. Descrições e quantidades

Item	DESCRIÇÃO/ ESPECIFICAÇÃO	TIPO DO ITEM (*)	SUBITEM (**)	MARCA (SE APLICÁVEL)	UNIDADE DE MEDIDA	QUANTIDADE
1	Desinfecção da osmose Reversa Mensal	Máquina de Hemodiálise	Não continuado		UNIDADE	2
2						

(*) Materiais; serviços; obras; serviços de engenharia.

(**) Consumo; permanente; continuado; não continuado.

4. Grau de prioridade da compra: Alto**5. Necessita de análise de riscos:**☐ SIM☒ Não

Justificativa: _____
6. Previsão no PCA () SIM Descrição: _____ (X) Não, precisa incluir
7. Estimativa de valor: _____
8. Prazo de entrega/ execução: 30 dias após emissão da AF
9. Recursos orçamentários: _____
10. Local e horário da entrega/execução: RUA NEREU RAMOS N 379, CENTRO, FUNDAÇÃO HOSPITALAR DR. JOSÉ ATHANÁZIO, CAMPOS NOVOS, SC HORÁRIO: DAS 8:00 ÀS 17:00
11. Vinculado ou dependente da contratação de outro Documento de Formalização de Demanda: Não
12. Indicação do fiscal do contrato ou servidor que fará a liquidação da despesa: Dinara Miguel Padilha
Campos Novos, 20 de Julho de 2026. Responsável pela Formalização da Demanda Dinara Miguel Padilha Gerente Operacional
OBSERVAÇÕES: