**DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DA DEMANDA – DFD**

Pelo presente instrumento, encaminha-se o Documento de Formalização da Demanda – DFD, conforme especificações abaixo:

|  |
| --- |
| **SETOR REQUISITANTE** |
| Secretaria de Saúde |
| **Responsável pela formalização da demanda:**  | **Matrícula:** |
| Lídia Karla de Brito Marques | \*\*\*.452.014-\*\* |
| **E-mail:**  | **Telefone/Ramal:** |
| Lidia.marques.brito@gmail.com | (84) 9-9655-33\*\* |

1. **Identificação da demanda:**
	1. O presente documento manifesta a necessidade da **locação de um imóvel** na cidade do Recife-PE, com a finalidade da instalação de uma casa de apoio para a população do município de Cupira-PE.
2. **Justificativa da Necessidade:**
	1. **- Justificativa Qualitativa:**
		1. Diante das demandas manifestadas pela população, bem como a que se refere sua constante procura, foi constatada a necessidade da locação de um imóvel destinado a instalação de uma casa de apoio para a população do nosso município, imóvel esse que deverá estar localizado na capital do estado de Pernambuco, onde residem os hospitais com maior aporte a tratamentos e especialidades medicas, portanto se justifica a intenção da contratação referida, com o objetivo de beneficiar nossos munícipes, assim garantindo todo o suporte e assistência aos pacientes que foram transferidos e se encontram uma situação de vulnerabilidade social, como pacientes em tratamento médico, idosos, crianças em situação de risco, entre outros.
		2. As casas de apoio acolhem temporariamente os pacientes do SUS, oferecendo moradia provisória, alimentação, cuidados básicos e apoio emocional, possuem o objetivo de ajudar os pacientes a superar barreiras sociais e econômicas que possam impedir o acesso aos tratamentos, proporcionando um ambiente seguro e acolhedor, onde as pessoas podem se sentir protegidas e amparadas.
		3. Portanto, mediante o que foi exposto, a referida contratação beneficiará a população, ao passo que supre as necessidades apresentadas, garantindo condições mais humanas àqueles pacientes em estado de saúde debilitado e que não possuem condições de manter seu sustento à medida que passam por tratamento médico.
3. **Identificação Sugestiva da solução**

**3.1.** Para atender a demanda, estima-se a locação de um imóvel conforme a necessidades estabelecidas na tabela a seguir:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ITEM** | **DESCRIÇÃO** | **DURAÇÃO** |
| 1 | Locação de imóvel com instalações e dimensões que comportem os pacientes em acolhimento temporário, bem como seus acompanhantes e funcionários na casa de apoio, localizada no bairro em Recife-PE. | 12 meses |

1. **Previsão de data da disponibilidade da solução:**

**4.1.** O Prazo de disponibilização do imóvel deverá ser logo após a formalização do contrato, devendo estar disponível para sua ocupação de imediato, com o prazo de termino de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado a vontade da administração e mediante acordo entre as partes.

1. **Grau de Prioridade:**

( ) Baixo ( x ) Média ( ) Alta

1. **Fiscalização da contratação:**

**6.1.** Indicação do Servidor que atuará como fiscal do contrato:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome:** | Lídia Karla de Brito Marques |
| **Cargo/função:** | Secretária adjunta da Saúde | **CPF:** | \*\*\*.452.014-\*\* |
| **e-mail:** |  | **Telefone:** | (84) 9-9655-33\*\* |

Submeto Documento de Formalização da Demanda para avaliação

Cupira-PE, 10 de março de 2025.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lídia Karla de Brito Marques**

 **Responsável pela Demanda**

 **Emilliane Beatriz Da S. Gomes**

 **Ordenadora De Despesa Da Saúde**