

DOCUMENTAÇÃO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA (DFD)

Estamos solicitando a compra da sonda gastrostomia MIC-KEY 16FR-2C para o paciente diagnosticado com Atrofia Muscular Espinhal (AME).

ÓRGÃO: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE UNIÃO DO OESTE

SETOR REQUISITANTE: SECRETARIA DE SAÚDE

RESPONSÁVEL PELA DEMANDA: FRANCIELI ZATTI

E-MAIL: saude@uniaodoeste.sc.gov.br

TEL: 49 3348-1252

1. OBJETO:

Aquisição de sonda gastrostomia 16FR-2C para atendimento das necessidades do paciente D.T., diagnosticado com Atrofia Muscular Espinhal (AME).

2. DESCRIÇÃO

Aquisição de sonda gastrostomia 16FR-2C para atendimento das necessidades do paciente D.T., diagnosticado com Atrofia Muscular Espinhal (AME).

3. JUSTIFICATIVA:

Estamos solicitando a compra da sonda gastrostomia 16FR-2C para o paciente D.T., diagnosticado com Atrofia Muscular Espinhal (AME). A AME é uma doença genética rara e degenerativa que afeta os neurônios motores, responsáveis pelos movimentos voluntários essenciais, como respirar, engolir e se mover. Devido à progressão da doença, o paciente necessita de suporte nutricional contínuo, sendo a troca da sonda a cada seis meses fundamental para sua sobrevivência. Compra é necessária para garantir a continuidade do tratamento e a qualidade de vida do paciente.

4. DESCRIÇÃO E QUANTIDADE:

ITEM	DESCRIÇÃO C/ ESPECIFICAÇÃO	QTDE	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
01	KIT BUTTON GASTROSTOMIA M-NUTRI 100% SILICONE NR. 16FR 2,0CM - MEDICONE	1kit	R\$1.190,00	R\$1.190,00

União do Oeste, em 18 de outubro de 2024.

Responsável pela Formalização da Demanda

Documento assinado digitalmente
 FRANCIELI ZATTI
Data: 18/10/2024 11:24:42-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Secretária de Saúde