



## DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DA DEMANDA – DFD

### 1- IDENTIFICAÇÃO DA ÁREA REQUISITANTE E RESPONSÁVEIS

Área Requisitante (Secretaria/Setor): SECRETARIA DE SAÚDE

Responsável(eis) pela demanda:

Nome: Dalmiro Lobo Filho

Cargo/Função: Secretário Municipal

### 2- INFORMAÇÕES GERAIS

#### 2.1- Data prevista para conclusão do processo

- Maio de 2024.

#### 2.2- Descrição sucinta do objeto

Objeto: AQUISIÇÃO DE 03(TRÊS) FRASCOS MEDICAMENTO USTEQUINUMABE 130 MG PARA CUMPRIMENTO DA ORDEM JUDICIAL EXARADA NOS AUTOS DO PROCESSO JUDICIAL Nº 5003854-13.2024.8.24.0007.

#### 2.3- Grau de prioridade da compra ou da contratação

- Alta;

**2.4- JUSTIFICATIVA:** A contratação se faz necessária tendo em vista a ordem judicial exarada pelo Juiz nos autos do Processo Judicial nº 5003854-13.2024.8.24.0007 para atender a uma situação de urgência que compromete a segurança e pode trazer riscos a vida de uma pessoa, já que conforme relatos contidos nos autos a mesma possui uma “doença inflamatória de causa desconhecida, até o momento incurável”.

### 3- JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

#### 3.1- Justificativa da necessidade da contratação

- 3.1.1 Portanto, a contratação em questão abrange os requisitos previstos no Inciso citado acima, pois está amparada na situação de emergência.
- 3.1.2 Esta solicitação pauta-se na necessidade de aquisição destes três frascos do medicamento à paciente que ajuizou ação judicial e obteve provimento, mesmo que por sede de tutela antecipada, ainda com força executória vigente.
- 3.1.3 O descumprimento de qualquer decisão judicial não é facultado ao Administrador Público, que deve cumprir com exatidão as decisões jurisdicionais, de natureza provisória ou final, e não criar embaraços à sua efetivação.



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR CELSO RAMOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**4- MATERIAIS/SERVIÇOS**

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	UNIDADE	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	MEDICAMENTO <b>USTEQUINUMA BE 130 MG.</b>	FRASCO	03	R\$ 39.400,00	R\$ 118.200,00

**5- ASSINATURA DO(S) RESPONSÁVEL(IS)**

**ASS:**

---

**DALMIRO LOBO FILHO**  
Secretário Municipal de Saúde