

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE JAHU	
Secretaria/Setor Requisitante: SECRETARIA DE SAÚDE	
Responsável pela Demanda: Ana Júlia Sylvestre de Souza	Cargo/Matrícula: Diretora Executiva
E-mail: anajulia.saude@jau.sp.gov.br	Telefone: (14) 3602-3777
Objeto: CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE TERAPIAS MULTIDISCIPLINARES PARA TEA, PELO MÉTODO ABA, SENDO: PSICOTERAPIA, 03 SESSÕES POR SEMANA E TERAPIA OCUPACIONAL, 02 SESSÕES POR SEMANA, EM ATENDIMENTO À ORDEM JUDICIAL Nº 1006214-59.2020.8.26.0302, PELO PERÍODO DE 12 MESES.	
Número da Solicitação no Sistema de Compras:	

1. Justificativa da contratação				
Justifica-se a necessidade da demanda para CONTINUAR atendendo à ordem judicial proveniente do Processo Judicial nº 1006214-59.2020.8.26.0302, que determinou que o Município fornecesse os tratamentos multidisciplinares com psicoterapia (03 sessões por semana) e terapia ocupacional (02 sessões por semana), específicos para TEA, pelo método ABA, à paciente S.T.V, data de nascimento 10/01/2017, portadora de Transtorno do Espectro Autista – TEA, CID 10 F84, por tempo indeterminado, conforme perdurar a necessidade. Dessa forma, solicitamos a contratação dos serviços pelo período de 12 (doze) meses, mediante abertura de Pregão Eletrônico, em atendimento às necessidades da paciente.				
2. Quantidade e descrição simplificada do material ou serviço a ser adquirido/contratado				
2.1. Detalhamento do Objeto.				
Documento anexo: Conforme planilha em anexo.				
ITEM	OBJETO	DESCRIÇÃO	QTDE. MENSAL	QTDE. APX. 12 MESES
1	PSICOTERAPIA ESPECÍFICA PARA TEA PELO MÉTODO ABA	Atendimento à ordem judicial nº 1006214-59.2020.8.26.0302, para tratamento da paciente S.T.V, data de nascimento 10/01/2017, portadora de Transtorno do Espectro Autista – TEA (CID 10 F84.0 CID 10 6A02), sendo 03 sessões por semana, com duração de aproximadamente 60 (sessenta) minutos cada uma.	12 sessões	144 sessões
2	TERAPIA	Atendimento à ordem judicial nº		

OCUPACIONAL ESPECÍFICA PARA TEA PELO MÉTODO ABA	1006214-59.2020.8.26.0302, para tratamento da paciente S.T.V, data de nascimento 10/01/2017, portadora de Transtorno do Espectro Autista – TEA (CID 10 F84.0 CID 10 6A02), sendo 02 sessões por semana, com duração de aproximadamente 60 (sessenta) minutos cada uma.	08 sessões	96 sessões
3. Dotação Orçamentária			
Ficha 309.			
4. Forma e prazo de pagamento			
4.1. Forma de Pagamento: ☒ Padrão (Transferência Bancária) ☐ Especial			
4.1.1. Caso seja em forma especial, indicá-lo e justificá-lo:			
4.2. Prazo de Pagamento: ☒ Padrão (15 dias) ☐ Especial			
4.2.1. Caso seja em prazo especial, indicá-lo e justificá-lo:			
5. Indicação do gestor da contratação			
José Aparecido Segura Ruiz Secretário de Saúde			
6. Indicação, se necessário, do responsável pela fiscalização (técnica e/ou administrativa)			
Ana Júlia Sylvestre de Souza Diretora Executiva			
Jahu/SP, 14 de julho de 2025. Ana Júlia Sylvestre de Souza Diretora Executiva			