

## DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA

<b>Órgão:</b> PREFEITURA MUNICIPAL DE JAHU	
<b>Secretaria/Setor Requisitante:</b> SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
<b>Responsável pela Demanda:</b> ROSIMEIRE RUIZ	<b>Cargo/Matrícula:</b> DIRETOR 006968
<b>E-mail:</b> gerenciasaude@jau.sp.gov.br	<b>Telefone:</b> 3602 3777
<b>Objeto:</b> SERVIÇOS DE TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DOMICILIAR COM CAPACITAÇÃO EM DISFAGIA	
<b>Número da Solicitação no Sistema de Compras:</b> TRAMITARA PELO COMPRAS	

<b>1. Justificativa da contratação</b>
Para tratamento de B D S J, portadora de LESÃO ENCEFÁLICA ANÓXICA, em cumprimento de determinação judicial, nº 1010146-94.2016.8.26.0302.
<b>2. Quantidade e descrição simplificada do material ou serviço a ser adquirido/contratado</b>
Contratação de profissional especializado em Terapia Fonoaudiológica Domiciliar, sendo 03 (três) sessões semanais de Terapia Fonoaudiológica Intensiva com capacitação em disfagia para ATENDIMENTO DOMICILIAR, com duração média de 45 (quarenta e cinco) minutos, para tratamento de B D S J, portadora de LESÃO ENCEFÁLICA ANÓXICA, em cumprimento de determinação judicial, nº 1010146-94.2016.8.26.0302, totalizando aproximadamente 12 (doze) sessões mensais/ 144 anuais.
<b>3. Dotação Orçamentária</b>
TRAMITARA PELO SETOR LICITAÇÃO
<b>4. Forma e prazo de pagamento</b>
<b>4.1. Forma de Pagamento:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Padrão (Transferência Bancária) <input type="checkbox"/> Especial



**4.1.1. Caso seja em forma especial, indicá-lo e justificá-lo: Não se aplica**

**4.2. Prazo de Pagamento:**

Padrão (15 dias)

Especial

**4.2.1. Caso seja em prazo especial, indicá-lo e justificá-lo: Não se aplica**

**5. Indicação do gestor da contratação**

ANA PAULA RODRIGUES  
SECRETÁRIA DE SAÚDE

**6. Indicação, se necessário, do responsável pela fiscalização (técnica e/ou administrativa)**

ROSIMEIRE RUIZ  
DIRETOR

Jahu/SP, 28 DE FEVEREIRO DE 2024

ROSIMEIRE RUIZ  
DIRETOR  
Responsável pela Formalização da Demanda

ANA PAULA RODRIGUES  
SECRETÁRIA DE SAÚDE

