

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

ANA PAULA RODRIGUES
SECRETÁRIA DA SAÚDE

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

ANA KARINA CARINHATO RABALDELLI
FARMACÊUTICA RESPONSÁVEL

Jahu/SP, 19 DE FEVEREIRO 2024.


ANA KARINA CARINHATO RABALDELLI
Responsável pela Formalização da Demanda





DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE JAHU	
Secretaria/Setor Requisitante: SECRETARIA DE SAÚDE – FARMÁCIA MUNICIPAL JUDICIAL	
Responsável pela Demanda: ANA KARINA CARINHATO RABALDELLI	Cargo/Matrícula: FARMACÊUTICA – 11135
E-mail: farmacia.saude@jau.sp.gov.br	Telefone: 14-3602-3777 ramal 3788
Objeto: MEDICAMENTOS MANIPULADOS – POR UM PERÍODO DE 12 MESES E/OU CONFORME NECESSIDADE DO MUNICÍPIO - PARA O CUMPRIMENTO DE ORDENS JUDICIAIS, ITENS NÃO ACUDIDOS E/OU ORDENS JUDICIAIS “NOVAS” – INEXISTEM NOS QUADROS ATUAIS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, ATA DE REGISTRO DE PREÇO VIGENTE.	
Número da Solicitação no Sistema de Compras: DEPARTAMENTO DE LICITAÇÃO	

1. Justificativa da contratação			
MEDICAMENTOS MANIPULADOS – POR UM PERÍODO DE 12 MESES E/OU CONFORME NECESSIDADE DO MUNICÍPIO - PARA O CUMPRIMENTO DE ORDENS JUDICIAIS, ITENS NÃO ACUDIDOS E/OU ORDENS JUDICIAIS “NOVAS” – INEXISTEM NOS QUADROS ATUAIS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, ATA DE REGISTRO DE PREÇO VIGENTE.			
2. Quantidade e descrição simplificada do material ou serviço a ser adquirido/contratado			
MEDICAMENTOS MANIPULADOS – POR UM PERÍODO DE 12 MESES E/OU CONFORME NECESSIDADE DO MUNICÍPIO			
3. Dotação Orçamentária			
FICHA	FONTE	CÓD. APLICAÇÃO	NATUREZA
223	1	301.0000	33.90.30.00
252	1	302.0000	33.90.30.00
263	1	304.0000	33.90.30.00
4. Forma e prazo de pagamento			
4.1. Forma de Pagamento: <input checked="" type="checkbox"/> Padrão (Transferência Bancária) <input type="checkbox"/> Especial			

