



## DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA

<b>Órgão:</b> PREFEITURA MUNICIPAL DE JAHU	
<b>Secretaria/Setor Requisitante:</b> SECRETARIA DE SAÚDE/VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	
<b>Responsável pela Demanda:</b> Ana Lara Julia Sabino	<b>Cargo/Matrícula:</b> Diretor Executivo
<b>E-mail:</b> vigepe@jau.sp.gov.br	<b>Telefone:</b> 3602-3777
<b>Objeto:</b> AQUISIÇÃO DE 150 (CENTO E VINTE) LATAS DE LEITE PARA BEBÊS COM CONTRA-INDICAÇÃO DE AMAMENTAÇÃO.	
<b>Número da Solicitação no Sistema de Compras:</b>	

<b>1. Justificativa da contratação</b>						
<p>Cumpra ressaltar a necessidade da aquisição de 150 (cento e cinquenta) latas de leite de partida para recém-nascidos, tendo em vista que 03 (três) puérperas têm contra-indicação de aleitamento materno, pelo fato de serem portadoras do vírus da imunodeficiência humana (HIV). Desse modo, a Secretaria de Saúde do Município de Jaú, por meio do Fundo Nacional de Saúde, recebe incentivo do Governo Federal para realizar esse tipo de ação, conforme o Programa PAM – Programação de Ações e Metas, através do Departamento de Vigilância Epidemiológica (VIGEP). Assim sendo, serão distribuídas 08 (seis) latas de leite de partida, mensalmente, para cada uma das puérperas, pelo período de 06 (seis) meses, para alimentação dos bebês de 6 – 12 meses.</p>						
<b>2. Quantidade e descrição simplificada do material ou serviço a ser adquirido/contratado</b>						
<b>2.1. Detalhamento do Objeto.</b>						
<b>Documento anexo:</b> Conforme planilha em anexo.						
ITEM	OBJETO	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
<b>1</b>	<b>150 LATAS DE FÓRMULA INFANTIL 6-12 MESES</b>	Fórmula de partida, indicada para bebês 06 meses até 12 meses de vida, tendo em vista que é produzida considerando as necessidades dessa faixa etária,	<b>Lata</b>	<b>150 latas</b>	<b>R\$ 56,65</b>	R\$ 8.497,50



		sendo cada lata com 800g de pó da fórmula infantil e uma colher de medida.				
<b>3. Dotação Orçamentária</b>						
Recurso oriundo da ficha nº 288						
<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						
<b>4.1.1. Caso seja em forma especial, indicá-lo e justificá-lo:</b>						
<b>4.2. Prazo de Pagamento:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Padrão (15 dias) <input type="checkbox"/> Especial						
<b>4.2.1. Caso seja em prazo especial, indicá-lo e justificá-lo:</b>						
<b>5. Indicação do gestor da contratação</b>						
Ana Paula Rodrigues Secretária de Saúde						
<b>6. Indicação, se necessário, do responsável pela fiscalização (técnica e/ou administrativa)</b>						
Flávia R. Catto Pozenato						
Jahu/SP, 01 de Outubro de 2024.  Ana Lara Julia Sabino Responsável pela Formalização da Demanda						

