

## DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA

|   |  |
|---|--|
| <b>Órgão:</b> PREFEITURA MUNICIPAL DE JAHU  |  |
| <b>Secretaria/Setor Requirante:</b> Secretaria Saúde/ Departamento Odontológico                 |  |
| <b>Responsável pela Demanda:</b> Priscila de Oliveira Ribeiro                                   | <b>Cargo/Matrícula:</b> Diretor Estratégico/Matricula=012905-1 |
| <b>E-mail:</b> odontosaude@jau.sp.gov.br  | <b>Telefone:</b> (14) 3602-1777                                |
| <b>Objeto:</b> Aquisição de 06 Autoclaves.  |  |
| <b>Número da Solicitação no Sistema de Compras:</b> Processo irá tramitar pelo setor de compras |  |

|   |
|---|
| <b>1. Justificativa da contratação</b>  |
| A presente compra se justifica face a demanda e ao interesse público presente na necessidade da utilização dos materiais para evitar a paralisação dos serviços de saúde. |
| <b>2. Quantidade e descrição simplificada do material ou serviço a ser adquirido/contratado</b>   |
| Conforme Anexo  |
| <b>3. Dotação Orçamentária</b>  |
| Processo irá tramitar pela contabilidade  |
| <b>4. Forma e prazo de pagamento</b>  |
| <b>4.1. Forma de Pagamento:</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Padrão (Transferência Bancária)<br><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><br><input checked="" type="checkbox"/> Padrão (15 dias)<br><input type="checkbox"/> Especial  |



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

**5. Indicação do gestor da contratação**

Maria Alice Rodrigues Morato  
Secretaria de Saúde

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

Priscila de Oliveira Ribeiro- Fiscal

Jahu, 05 de Novembro de 2024

**Priscila de Oliveira Ribeiro**  
**Diretora Estratégica**

**Maria Alice Rodrigues Morato**  
**Secretária de Saúde**

