

## 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><br>Priscila de Oliveira Ribeiro                                | <b>Cargo/Matrícula:</b><br>Diretor Estratégico |
| <b>E-mail:</b><br>odontosaude@jau.sp.gov.br   | <b>Telefone:</b><br>(14) 3602-3777             |
| <b>Objeto:</b> Aquisição de Instrumentais Odontológicos   |  |
| <b>Número da Solicitação no Sistema de Compras:</b> Processo irá tramitar pelo setor de compras |  |

### 1. Justificativa da contratação

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.

### 2. Quantidade e descrição simplificada do material ou serviço a ser adquirido/contratado

3 unidades LIMA PARA OSSO  
3 unidades PINÇA HEMOSTÁTICA RETA  
3 unidades PINÇA HEMOSTÁTICA CURTA  
3 unidades TESOURA DE METZEMBAUM CURVA  
3 unidades PINÇA ALLIS  
3 unidades PORTA AGULHA COM VÍDEA  
3 unidades CURETA DE LUCAS  
4 unidades AFASTADOR MINESOTTA  
3 unidades DESCOLADOR DE MOLT Nº 9  
3 unidades DESCOLADOR DE MOLT Nº 2-4  
3 unidades PINÇA DIETRICH  
3 unidades PINÇA DENTE DE RATO  
3 unidades ALVÉOLÓTOMO  
3 unidades ALAVANCA APEXO SELDIN RETA Nº2  
3 unidades ALAVANCA APEXO Nº 303  
3 unidades ALAVANCA APEXO APICAL Nº301  
3 unidades CAIXA METAL PERFURADA 20X10 CM  
3 unidades Cuba Redonda Inox Para Assepsia odontológica

### 3. Dotação Orçamentária



Processo irá tramitar pela contabilidade

#### 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

Maria Alice Rodrigues Morato- Secretária de Saúde

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

Priscila de Oliveira Ribeiro- Fiscal

**Jahu/SP, 08 de Novembro de 2024.**

**Priscila de Oliveira Ribeiro**  
**Responsável pela Formalização de Demanda**

**Maria Alice Rodrigues Morato**  
**Gestor do Contrato**

