

## DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA

<b>Órgão:</b> PREFEITURA MUNICIPAL DE JAHU	
<b>Secretaria/Setor Requisitante:</b> Almoxarifado de Medicamentos	
<b>Responsável pela Demanda:</b> Christiane Teixeira Mendes Bueno	<b>Cargo/Matrícula:</b> Diretora / 012.903
<b>E-mail:</b> almoxarifado.saude@jau.sp.gov.br	<b>Telefone:</b> 14 3602-3777
<b>Objeto:</b> Registro de Preços para Aquisição de Medicamentos na apresentação de Ampolas	
<b>Número da Solicitação no Sistema de Compras:</b>	

### 1. Justificativa da contratação

Refere-se a itens "Fracassados" nos Pregões 128 e 136/2024 - Processos Licitatórios respectivos: 506895/2024 e 008540/2023, nos quais vários itens não foram atendidos pelos fornecedores.

A presente demanda visa a aquisição de medicamentos essenciais para o tratamento de doenças crônicas e agudas na população atendida por esta Secretaria Municipal de Saúde.

Os medicamentos solicitados são de fundamental importância para a manutenção da saúde pública e para a continuidade dos tratamentos em curso, evitando agravamento dos casos e hospitalizações desnecessárias.

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

Anexo I-C

### 3. Dotação Orçamentária

FICHAS	NIVEL ATENÇÃO	FUNTE	COD.APLIC.	NATUREZA	FUNCIONAL
223	ATENÇÃO BÁSICA	1	301-0000	33.90.30.00	10.301.0004-2011
224	ATENÇÃO BÁSICA	2	300-0089	33.90.30.00	10.301.0004-2011



225	ATENÇÃO BÁSICA	5	301-0039	33.90.30.00	10.301.0004-2011
226	ATENÇÃO BÁSICA	5	301-0041	33.90.30.00	10.301.0004-2011
227	ATENÇÃO BÁSICA	5	301-0042	33.90.30.00	10.301.0004-2011
252	MAC	1	302-0000	33.90.30.00	10.302.0004-2012
253	MAC	5	302-0012	33.90.30.00	10.302.0004-2012
263	ASSIST FARMAC	1	304-0000	33.90.30.00	10.303.0004-2013
264	ASSIST FARMAC	2	300-0084	33.90.30.00	10.303.0004-2013
265	ASSIST FARMAC	5	304-0003	33.90.30.00	10.303.0004-2013
688	ASSIST FARMAC	2	300-0065	33.90.30.00	10.303.0004-2013
271	VIG.SANITÁRIA	1	303-0000	33.90.30.00	10.303.0004-2014
272	VIG.SANITÁRIA	5	303-0013	33.90.30.00	10.303.0004-2014
273	VIG.SANITÁRIA	5	303-0014	33.90.30.00	10.303.0004-2014
287	VIG.EPIDEMIOL	1	303-0000	33.90.30.00	10.305.0004-2015
288	VIG.EPIDEMIOL	5	303-0013	33.90.30.00	10.305.0004-2015
289	VIG.EPIDEMIOL	5	303-0015	33.90.30.00	10.305.0004-2015

#### 4. Forma e prazo de pagamento

##### 4.1. Forma de Pagamento:

- ( x ) Padrão (Transferência Bancária)  
 Especial

##### 4.1.1. Caso seja em forma especial, indicá-lo e justificá-lo:

##### 4.2. Prazo de Pagamento:

- ( x ) 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)**

Christiane Teixeira Mendes Bueno  
Matrícula: 012.903

Jahu/SP, 11 de novembro de 2024.

**Responsável pela Formalização da Demanda**

Christiane Teixeira Mendes Bueno  
Matrícula: 012.903

-----  
Maria Alice Rodrigues Morato  
**Secretária**

