

## DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA

|                                                                            |                                           |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>Órgão:</b> PREFEITURA MUNICIPAL DE JAHU                                 |                                           |
| <b>Secretaria/Setor Requisitante:</b> SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE        |                                           |
| <b>Responsável pela Demanda:</b> ROSIMEIRE RUIZ                            | <b>Cargo/Matrícula:</b> DIRETOR<br>006968 |
| <b>E-mail:</b> gerenciasaude@jau.sp.gov.br                                 | <b>Telefone:</b> 3602 3777                |
| <b>Objeto:</b> SERVIÇOS DE HIDROTERAPIA                                    |                                           |
| <b>Número da Solicitação no Sistema de Compras:</b> TRAMITARA PELO COMPRAS |                                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Justificativa da contratação</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Para tratamento de I.V.S.C., com quadro clínico de desnutrição proteico calórica, em cumprimento de determinação judicial, nº 1012151-11.2024.8.26.0302.                                                                                                                                                                                    |
| <b>2. Quantidade e descrição simplificada do material ou serviço a ser adquirido/contratado</b>                                                                                                                                                                                                                                             |
| Contratação de profissional especializado em Hidroterapia, sendo 02 (duas) sessões semanais de Fisioterapia aquática (hidroterapia), para tratamento de I.V.S.C. portadora de quadro de desnutrição proteico calórica em cumprimento de determinação judicial, nº 1012151-11.2024.8.26.0302, totalizando aproximadamente 96 SESSÕES ANUAIS. |
| <b>3. Dotação Orçamentária</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| TRAMITARA PELO SETOR LICITAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <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: Não se aplica</b>                                                                                                                                                                                                                                                          |





**4.2. Prazo de Pagamento:**

☒ Padrão (15 dias)  
☐ Especial

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

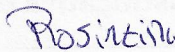
**5. Indicação do gestor da contratação**

MARIA ALICE RODRIGUES MORATO  
SECRETÁRIA DE SAÚDE

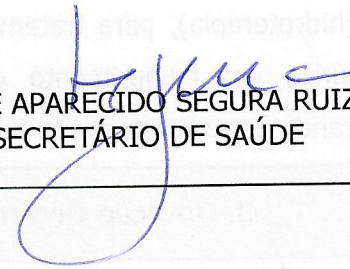
**6. Indicação, se necessário, do responsável pela fiscalização (técnica e/ou administrativa)**

ROSIMEIRE RUIZ  
DIRETOR

Jahu/SP, 12 DE FEVEREIRO DE 2025

  
ROSIMEIRE RUIZ  
DIRETOR

Responsável pela Formalização da Demanda

  
JOSÉ APARECIDO SEGURA RUIZ  
SECRETÁRIO DE SAÚDE

