

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA

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

1. Justificativa da contratação

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	Fonte	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

Ana Paula Rodrigues / Secretária de Saúde



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

Christiane Teixeira Mendes Bueno
Matrícula: 012.903

Jahu/SP, 17 de outubro de 2024.

Responsável pela Formalização da Demanda

Christiane Teixeira Mendes Bueno
Matrícula: 012.903

Ana Paula Rodrigues
Secretária

