

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE JAHU	
Secretaria/Setor Requisitante: Coordenação Farmacêutica/ Farmácias – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e Administrativo/ Judicial (NGA-25/ Jaú)	
Responsável pela Demanda: Ellen Georgia Ghermandi	Cargo/Matrícula: Farmacêutica - 7775
E-mail: coordfarmacia@jau.sp.gov.br	Telefone: 14 3602-3888
Objeto: Aquisição por Registo de Preços de 4 geladeiras de 420 litros para a conservação de medicamentos termolábeis	
Número da Solicitação no Sistema de Compras:	

1. Justificativa da contratação

A abertura desse processo licitatório se faz necessário para manter as condições adequadas de armazenamento dos medicamentos termolábeis desses setores, evitando riscos na estabilidade e eficácia dos medicamentos, visto que hoje trabalhamos com 6 geladeiras convencionais que estão apresentando problemas recorrentes pelo desgaste e tempo de uso , não atendendo mais as necessidades exigidas. Esses fármacos devem manter a temperatura adequada entre 2°C e 8°C. Assim, a aquisição destes equipamentos tem como objetivo assegurar a manutenção, evitando perdas, deterioração e comprometimento da qualidade do medicamento. Além disso, a demanda crescente e temos que planejar uma estrutura adequada para seu armazenamento. Portanto, a aquisição dessas geladeiras é imprescindível para assegurar o cumprimento das normas sanitárias, preservar a qualidade e garantir a continuidade do atendimento adequado à população, evitando riscos à saúde dos Câmara refrigeradora vertical de 420 litros, funciona com temperatura controlada de 2°C a 8°C, 110 volts, para acondicionamento e conservação de insulina humana, com visor para monitoramento de temperatura, sistema de baterias com até 72 horas de autonomia. Possuir regulamentação da ANVISA

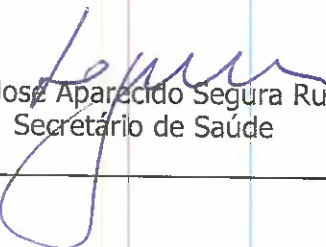
2. Quantidade e descrição simplificada do material ou serviço a ser adquirido/contratado

Anexo I

3. Dotação Orçamentária



FICHA	FONTE	C. APLIC.	NATUREZA	FUNCIONAL PROG.
287	1	301.0000	4.4.90.52.00	10.301.0004-2011
288	5	361.0000	4.4.90.52.00	10.301.0004-2011

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
Dr. José Aparecido Segura Ruiz / Secretário de Saúde
6. Indicação, se necessário, do responsável pela fiscalização (técnica e/ou administrativa)
Marina Moretti Pinto Chamariconi Matrícula: 012945/2
Jahu/SP, 24 de setembro de 2025.  Ellen Georgia Ghermandi Coordenação Farmacêutica  Dr. José Aparecido Segura Ruiz Secretário de Saúde

