



DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE JAHU	
Secretaria/Setor Requisitante: SECRETARIA DE SAÚDE – FARMÁCIA MUNICIPAL JUDICIAL	
Responsável pela Demanda: ANA KARINA CARINHATO RABALDELLI	Cargo/Matrícula: FARMACÊUTICA – 11135
E-mail: farmacia.saude@jau.sp.gov.br	Telefone: 14-3602-3777 ramal 3788
Objeto: SOLICITA ABERTURA DE PREGÃO/LICITAÇÃO - REGISTRO DE PREÇOS – PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS NA FORMA DE COMPRIMIDOS, PARA ATENDIMENTO DE ORDENS JUDICIAIS – PELO PERÍODO DE 12 MESES. Justifica-se a solicitação, pois são medicamentos não acudidos e/ou fracassados em, Pregão 162/2025, Pregão 171/2025, e itens constantes em Pregão 005/2025, Pregão 049/2025 que estão próximos a finalizar.	
Número da Solicitação no Sistema de Compras: ENCAMINHADO AO SETOR DE LICITAÇÃO	

1. Justificativa da contratação

MEDICAMENTOS - PARA O CUMPRIMENTO DE ORDENS JUDICIAIS, ITENS NÃO ACUDIDOS, TÉRMINOS DE PREGÕES E/OU ORDENS JUDICIAIS "NOVAS" – PARA ALGUNS ITENS, INEXISTEM NOS QUADROS ATUAIS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, ATA DE REGISTRO DE PREÇO VIGENTE. **Justifica-se a solicitação, pois são medicamentos não acudidos e/ou fracassados em, Pregão 162/2025, Pregão 171/2025, e itens constantes em Pregão 005/2025, Pregão 049/2025 que estão próximos a finalizar.**



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

SOLICITA ABERTURA DE PREGÃO/LICITAÇÃO - REGISTRO DE PREÇOS – PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS NA FORMA DE COMPRIMIDOS, PARA ATENDIMENTO DE ORDENS JUDICIAIS – PELO PERÍODO DE 12 MESES.
Justifica-se a solicitação, pois são medicamentos não acudidos e/ou fracassados em, Pregão 162/2025, Pregão 171/2025, e itens constantes em Pregão 005/2025, Pregão 049/2025 que estão próximos a finalizar.

3. Dotação Orçamentária

FICHA	FONTE	CÓD. APLICAÇÃO	NATUREZA



273	1	304 . 0000	33 90 30 37
317	1	304 . 0000	33 90 30 37
4. Forma e prazo de pagamento			
4.1. Forma de Pagamento: X Padrão (Transferência Bancária) <input type="checkbox"/> Especial			
4.1.1. Caso seja em forma especial, indicá-lo e justificá-lo:			
4.2. Prazo de Pagamento: X Padrão (15 dias) <input type="checkbox"/> Especial			
4.2.1. Caso seja em prazo especial, indicá-lo e justificá-lo:			
5. Indicação do gestor da contratação			
 JOSE APARECIDO SEGURA RUIZ SECRETÁRIO DA SAÚDE			
6. Indicação, se necessário, do responsável pela fiscalização (técnica e/ou administrativa)			
ANA KARINA CARINHATO RABALDELLI FARMACÊUTICA RESPONSÁVEL			
Jahu/SP, 04 DE NOVEMBRO 2025.			
 ANA KARINA CARINHATO RABALDELLI Responsável pela Formalização da Demanda			

