

**DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA**

<b>Órgão:</b> PREFEITURA MUNICIPAL DE JAHU	
<b>Secretaria/Setor Requisitante:</b> Almoarifado de Medicamentos	
<b>Responsável pela Demanda:</b> Luiz Carlos Munhoz	<b>Cargo/Matrícula:</b> Diretor / 011.476
<b>E-mail:</b> <a href="mailto:almoarifado.saude@jau.sp.gov.br">almoarifado.saude@jau.sp.gov.br</a>	<b>Telefone:</b> 14 3602-3777
<b>Objeto:</b> Aquisição de instrumentais e materiais hospitalares	
<b>Número da Solicitação no Sistema de Compras: 00422/26</b>	

**1. Justificativa da contratação**

A presente contratação tem por objetivo a aquisição de instrumental e materiais hospitalares, destinados ao atendimento das unidades de saúde **Pronto Atendimento São Judas, Pedro Ometto, Bernardi, Potunduva** e ao **Ambulatório de Pequenas Cirurgias**. Os itens a serem adquiridos serão utilizados na montagem de kits assistenciais padronizados, tais como kits para inserção de DIU, caixas de sutura para pequenas cirurgias e kits específicos para o ambulatório, essenciais à realização de procedimentos ambulatoriais, de urgência e eletivos, garantindo a continuidade e a segurança da assistência prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). A contratação justifica-se pela necessidade permanente e contínua desses instrumentos nas unidades mencionadas, uma vez que a ausência ou insuficiência dos materiais compromete a execução dos procedimentos, podendo ocasionar atrasos no atendimento, remanejamentos desnecessários de pacientes, sobrecarga de outras unidades e prejuízos à qualidade do serviço público de saúde.

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

Anexo III

**3. Dotação Orçamentária**

FICHA	FONTE	C.APLIC	NATUREZA	FUNCIONAL PROG.
288	1	-	3.3.90.30.00	10.301.0009.2028



#### 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:**

Não se aplica

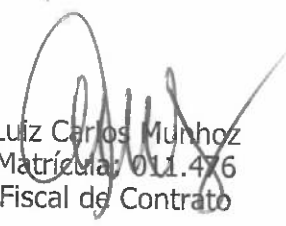
#### 5. Indicação do gestor da contratação

Dr José Aparecido Segura Ruiz / Secretário de Saúde

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

Luiz Carlos Munhoz  
Matrícula: 011.476

Jahu/SP, 10 de fevereiro de 2026.

  
Luiz Carlos Munhoz  
Matrícula: 011.476  
Fiscal de Contrato

  
Dr. José Aparecido Segura Ruiz  
Secretário de Saúde

