



PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE JAHU

Secretaria de Saúde

"Fundada em 15 de agosto de 1853"

Avenida das Nações, 255 – São Judas – Jau – SP

Telefone: (14) 3602-3777

www.jau.sp.gov.br



Secretaria de
Saúde

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 MANIPULADOS, PARA ATENDIMENTO DE ORDENS JUDICIAIS – PELO PERÍODO DE 12 MESES. Justifica-se a solicitação, pois são medicamentos constantes no Pregão 119/2025, em fase de encerramento.	
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 constantes no Pregão 119/2025, em fase de encerramento.			
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 MANIPULADOS, PARA ATENDIMENTO DE ORDENS JUDICIAIS – PELO PERÍODO DE 12 MESES. Justifica-se a solicitação, pois são medicamentos constantes no Pregão 119/2025, em fase de encerramento.			
3. Dotação Orçamentária			
FICHA	FONTE	CÓD. APLICAÇÃO	NATUREZA



"JAÚ: CAPITAL DO CALÇADO FEMININO"

"JOÃO RIBEIRO DE BARROS - HERÓI NACIONAL"



PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE JAHU

Secretaria de Saúde

"Fundada em 15 de agosto de 1853"
Avenida das Nações, 255 – São Judas – Jau – SP
Telefone: (14) 3602-3777
www.jau.sp.gov.br



Secretaria de
Saúde

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)

☐ Especial

4.1.1. Caso seja em forma especial, indicá-lo e justificá-lo:

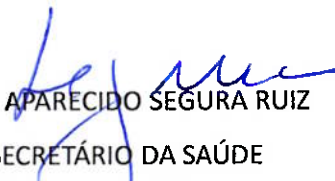
4.2. Prazo de Pagamento:

X Padrão (15 dias)

☐ Especial

4.2.1. Caso seja em prazo especial, indicá-lo e justificá-lo:

5. Indicação do gestor da contratação


JOSÉ APARECIDO SEGURA RUIZ

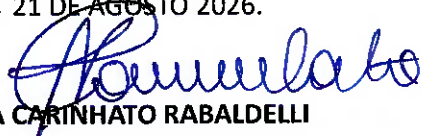
SECRETÁRIO DA SAÚDE

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

ANA KARINA CARINHATO RABALDELLI

FARMACÊUTICA RESPONSÁVEL

Jahu/SP, 21 DE AGOSTO 2026.


ANA KARINA CARINHATO RABALDELLI

Responsável pela Formalização da Demanda

