

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE JAHU	
Secretaria/Setor Requisitante: Almoxarifado de Medicamentos	
Responsável pela Demanda: Luiz Carlos Munhoz	Cargo/Matrícula: Diretor / 011.476
E-mail: almoxarifado.saude@jau.sp.gov.br	Telefone: 14 3602-3777
Objeto: Registro de Preços para Aquisição medicamentos na apresentação de comprimidos.	
Número da Solicitação no Sistema de Compras:	

1. Justificativa da contratação

A aquisição de medicamentos é essencial para garantir a continuidade do atendimento à saúde, prevenindo desabastecimentos e assegurando tratamentos eficazes. O processo segue normas e critérios técnicos para garantir qualidade, segurança e otimização de recursos. Além disso, atende a demandas emergenciais, sendo fundamental para a eficiência do sistema de saúde. Mais do que uma obrigação, representa um compromisso com a assistência e o bem-estar da população.

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.
317	01	304.0000	3.390.30.00	10.303.0004-2013
320	05	304.0003	3.3.90.30.00	10.303.0004-2013

4. Forma e prazo de pagamento



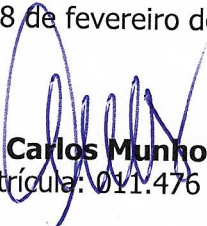
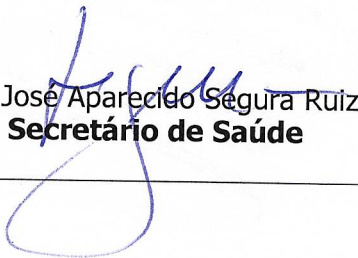


DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA

Nome do Demandante: _____ CPF: _____ RG: _____ Endereço: _____ Cidade: _____ Estado: _____	
Nome do Responsável pela Demanda: _____ Cargo/Função: _____ Telefone: _____ E-mail: _____	Nome do Solicitante: _____ Cargo/Função: _____ Telefone: _____ E-mail: _____
Descrição da Demanda: _____ Justificativa: _____ Data de Emissão: _____ Assinatura do Demandante: _____ Assinatura do Responsável: _____	

**EM
BRASIL**

PR. RA	PR. RA	PR. RA	PR. RA	PR. RA
01	02	03	04	05
06	07	08	09	10
11	12	13	14	15
16	17	18	19	20
21	22	23	24	25
26	27	28	29	30
31	32	33	34	35
36	37	38	39	40
41	42	43	44	45
46	47	48	49	50
51	52	53	54	55
56	57	58	59	60
61	62	63	64	65
66	67	68	69	70
71	72	73	74	75
76	77	78	79	80
81	82	83	84	85
86	87	88	89	90
91	92	93	94	95
96	97	98	99	100

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)
Luiz Carlos Munhoz Matrícula: 011.476
Jahu/SP, 28 de fevereiro de 2025.  Luiz Carlos Munhoz Matrícula: 011.476  Dr. José Aparecido Segura Ruiz Secretário de Saúde



