

## DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA

|  |   |
|--|---|
| <b>Órgão:</b> PREFEITURA MUNICIPAL DE JAHU   |   |
| <b>Secretaria/Setor Requisitante:</b> Secretaria da Saúde/Almoxarifado de Medicamentos   |   |
| <b>Responsável pela Demanda:</b><br>Luiz Carlos Munhoz   | <b>Cargo/Matrícula:</b><br>Diretor Estratégico / 011476 |
| <b>E-mail:</b> almoxarifado.saude@jau.sp.gov.br  | <b>Telefone:</b> 3602-3777 ramal 3793                   |
| <b>Objeto:</b> Pedido de Abertura de Licitação de itens para o atendimento emergencial à pacientes de dengue e covid nas apresentações de comprimidos, ampolas, suspensões, gotas por um período de 06 (seis) meses. |   |
| <b>Número da Solicitação no Sistema de Compras:</b>  |   |

| <b>1. Justificativa da contratação</b>   |   |              |            |
|--|---|--------------|------------|
| Com o aumento de registros de casos de dengue e covid, superando nossas previsões de demanda de medicamentos para este período, estamos solicitando nova abertura de licitação para complementar o nosso saldo evitando assim transtorno no atendimento à população. |   |              |            |
| <b>2. Quantidade e descrição simplificada do material ou serviço a ser adquirido/contratado</b>  |   |              |            |
| <b>MEDICAMENTOS</b>  |   |              |            |
| Item   | Nome genérico                                 | CLASSE       | Quantidade |
| 1  | Dopamina, Cloridrato 50mg/10ml ampola de 10ml | ADRENÉRGICOS | 300        |



|    |  |                   |         |
|----|--|-------------------|---------|
| 2  | Dipirona Sódica 500mg comprimido 500mg   | ANALGÉSICO        | 600.000 |
| 3  | Dipirona Sódica 500mg/ml gotas frasco de 10ml  | ANALGÉSICO        | 30.000  |
| 4  | Paracetamol 200mg/ml solução oral frasco de 15ml   | ANALGÉSICO        | 30.000  |
| 5  | Amoxicilina 875mg e Clavulanato de Potássio 125mg capsula  | ANTIBIÓTICO       | 60.000  |
| 6  | Azitromicina 500mg Blister c/5 comprimidos   | ANTIBIÓTICO       | 400.000 |
| 7  | Azitromicina 600mg pó para suspensão oral frasco de 15ml   | ANTIBIÓTICO       | 15.000  |
| 8  | Saccharomyces boulardii 17 liofilizado 200mg cápsula 200mg   | ANTIDIARREICO     | 15.000  |
| 9  | Dimenidrato 25mg, Cloridrato de Piridoxina 5mg Gotas frasco 20ml                                       | ANTIEMÉTICO       | 25.000  |
| 10 | Bromoprida 4mg/ml solução oral frasco de 20ml  | ANTIEMÉTICO       | 25.000  |
| 11 | Dimenidrato 3mg/ml, cloridrato de piridoxina 5mg/ml, glicose 100mg/ml, frutose 100mg/ml ampola de 10ml | ANTIEMÉTICO       | 40.000  |
| 12 | Metoclopramida, Cloridrato 10mg comprimido 10mg  | ANTIEMÉTICO       | 60.000  |
| 13 | Butilbrometo de Escopolamina 6,67mg/ml, Dipirona 333,4mg/ml gotas frasco de 20ml                       | ANTIESPASMÓDICO   | 25.000  |
| 14 | Ibuprofeno 100mg/ml suspensão oral 20ml frasco de 20ml   | ANTI-INFLAMATÓRIO | 35.000  |
| 15 | Ibuprofeno 300mg comprimido 300mg  | ANTI-INFLAMATÓRIO | 200.000 |
| 16 | Prednisolona, Fosfato Sódico 3mg/ml solução oral frasco de 60ml  | ANTI-INFLAMATÓRIO | 15.000  |
| 17 | Prednisona 20mg comprimido 20mg  | ANTI-INFLAMATÓRIO | 100.000 |



|    |   |                         |        |
|----|---|-------------------------|--------|
| 18 | Acebrofilina 25mg/5ml xarope pediátrico frasco de 120ml   | EXPECTORANTE            | 15.000 |
| 19 | Acebrofilina 50mg/5ml xarope adulto frasco de 120ml   | EXPECTORANTE            | 20.000 |
| 20 | Cloreto de sódio 3,5g, cloreto de potássio 1,5g, citrato de sódio 2,9g, glicose 20g sachê soro oral envelope de 27,9g   | REIDRATANTE             | 10.000 |
| 21 | Tiamina, Cloridrato-B1 4mg, Riboflavina 5 fosfato sódico-B2 1mg, cloridrato de Piridoxina-B6 2mg, Nicotinamida - vit PP, Dexpantenol - Pro vit B5 IM e EV ampola de 2ml | VITAMINAS E SUPLEMENTOS | 10.000 |

### 3. Dotação Orçamentária

| FICHA | CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA            | APLICAÇÃO | FONTE |
|-------|---------------------------------------|-----------|-------|
| 225   | 02.13.01 – 10.301.0004+2011/3390.3000 | 301.0039  | 05    |

### 4. Forma e prazo de pagamento

#### 4.1. Forma de Pagamento:

Padrão (Transferência Bancária)

Especial

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

#### 4.2. Prazo de Pagamento:

Padrão (15 dias)

Especial

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

### 5. Indicação do gestor da contratação

Ana Paula Rodrigues  
Secretária da Saúde



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

Luiz Carlos Munhoz  
Diretor Estratégico

Jahu/SP, 21 de março de 2024.

Luiz Carlos Munhoz  
Diretor Estratégico  
**Responsável pela Formalização da Demanda**

Ana Paula Rodrigues  
Secretária da Saúde

