

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 de 2.000.000 comprimidos de Diosmina 450mg + Hesperidina 50mg	
Número da Solicitação no Sistema de Compras:	

1. Justificativa da contratação

A aquisição do medicamento Diosmina 450 mg + Hesperidina 50 mg por meio de Registro de Preços justifica-se pela necessidade de garantir o fornecimento contínuo desse fármaco, essencial no tratamento de insuficiência venosa crônica e outras condições circulatórias que afetam uma parcela significativa da população atendida pelo sistema público de saúde. Sua inclusão na assistência farmacêutica busca assegurar a continuidade da terapia e prevenir complicações que poderiam resultar em agravamento do quadro clínico dos pacientes. A opção pelo Registro de Preços fundamenta-se na previsibilidade de demanda e na necessidade de uma gestão eficiente dos estoques, permitindo aquisições conforme a necessidade e evitando desperdícios. Além disso, essa modalidade proporciona maior economicidade, possibilitando negociações mais vantajosas e evitando contratações emergenciais que poderiam comprometer a eficiência dos recursos públicos. Dessa forma, a adoção desse modelo de contratação garante a regularidade no fornecimento do medicamento, promovendo um atendimento contínuo e qualificado à população, em conformidade com os princípios da administração pública.

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

Anexo I

3. Dotação Orçamentária





Prefeitura Municipal de Jahu

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JAHU

"Fundada em 15 de agosto de 1853"

Rua Paissandu, nº 444, Centro, Cep 17201-900, Fone 36021777

Site: www.jau.sp.gov.br

Fls. _____

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

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:

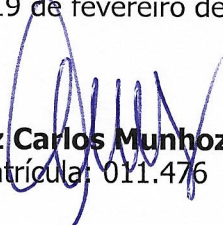
5. Indicação do gestor da contratação

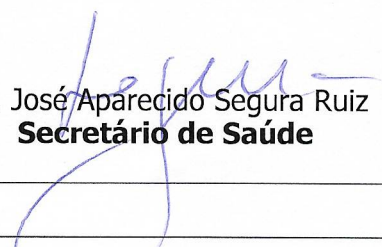
Dr. José Aparecido Segura Ruiz / Secretário de Saúde

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

Luiz Carlos Munhoz
Matrícula: 011.476

Jahu/SP, 19 de fevereiro de 2025.


Luiz Carlos Munhoz
Matrícula: 011.476


Dr. José Aparecido Segura Ruiz
Secretário de Saúde



DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA

" JAHU CAPITAL NACIONAL DO CALÇADO FEMININO "

" RIBEIRO DE BARROS - HERÓI NACIONAL "

