

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 Dipirona 500mg	
Número da Solicitação no Sistema de Compras:	

1. Justificativa da contratação																				
A abertura de licitação para aquisição de Dipirona 500mg comprimido se justifica pela necessidade de manter o abastecimento regular deste medicamento amplamente utilizado no alívio da dor e controle da febre, sendo essencial nos atendimentos diários realizados na rede pública de saúde. Considerando o consumo constante e a previsão de esgotamento do estoque atual, torna-se imprescindível iniciar o processo licitatório com antecedência, garantindo a continuidade do fornecimento e evitando a interrupção dos serviços farmacêuticos. A medida está em conformidade com a Lei nº 14.133/2021, que orienta a administração pública a planejar suas contratações com base na estimativa de consumo e na eficiência da gestão de recursos, assegurando o interesse público e a prestação ininterrupta dos serviços de saúde.																				
2. Quantidade e descrição simplificada do material ou serviço a ser adquirido/contratado																				
Anexo I																				
3. Dotação Orçamentária																				
<table><thead><tr><th>FICHA</th><th>FONTE</th><th>C. APLIC.</th><th>NATUREZA</th><th>FUNCIONAL PROG.</th></tr></thead><tbody><tr><td>273</td><td>01</td><td>301.0000</td><td>3.3.90.30.00</td><td>10.301.0004-2011</td></tr><tr><td>317</td><td>01</td><td>304.0000</td><td>3.3.90.30.00</td><td>10.303.0004-2013</td></tr><tr><td>320</td><td>05</td><td>304.0003</td><td>3.3.90.30.00</td><td>10.303.0004-2013</td></tr></tbody></table>	FICHA	FONTE	C. APLIC.	NATUREZA	FUNCIONAL PROG.	273	01	301.0000	3.3.90.30.00	10.301.0004-2011	317	01	304.0000	3.3.90.30.00	10.303.0004-2013	320	05	304.0003	3.3.90.30.00	10.303.0004-2013
FICHA	FONTE	C. APLIC.	NATUREZA	FUNCIONAL PROG.																
273	01	301.0000	3.3.90.30.00	10.301.0004-2011																
317	01	304.0000	3.3.90.30.00	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:

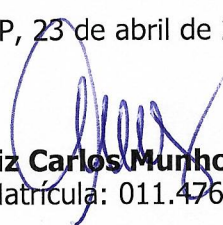
5. Indicação do gestor da contratação

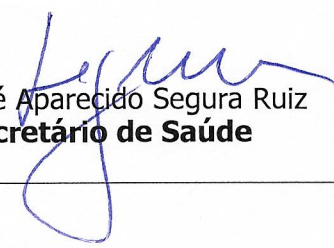
Dr. José Aparecido Segura Ruiz / Secretário de Saúde

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

Luiz Carlos Munhoz
Matrícula: 011.476

Jahu/SP, 23 de abril de 2025.


Luiz Carlos Munhoz
Matrícula: 011.476


Dr. José Aparecido Segura Ruiz
Secretário de Saúde

