

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 NA FORMA DE GOTAS, LÍQUIDOS E CREME/POMADAS, PARA ATENDIMENTO DE ORDENS JUDICIAIS – PELO PERÍODO DE 12 MESES. Justifica-se a solicitação, pois são medicamentos não acudidos e/ou fracassados em Pregão 184/2025.	
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 não acudidos e/ou fracassados em Pregão 184/2025.												
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 NA FORMA DE GOTAS, LÍQUIDOS E CREME/POMADAS, PARA ATENDIMENTO DE ORDENS JUDICIAIS – PELO PERÍODO DE 12 MESES. Justifica-se a solicitação, pois são medicamentos não acudidos e/ou fracassados em Pregão 184/2025.												
3. Dotação Orçamentária												
<table border="1"><thead><tr><th>FICHA</th><th>FONTES</th><th>CÓD. APLICAÇÃO</th><th>NATUREZA</th></tr></thead><tbody><tr><td>273</td><td>1</td><td>304 . 0000</td><td>33 90 30 37</td></tr><tr><td>317</td><td>1</td><td>304 . 0000</td><td>33 90 30 37</td></tr></tbody></table>	FICHA	FONTES	CÓD. APLICAÇÃO	NATUREZA	273	1	304 . 0000	33 90 30 37	317	1	304 . 0000	33 90 30 37
FICHA	FONTES	CÓD. APLICAÇÃO	NATUREZA									
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:

☒ Padrão (Transferência Bancária)
☐ Especial

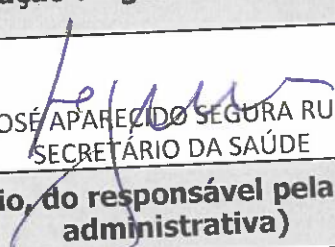
4.1.1. Caso seja em forma especial, indicá-lo e justificá-lo:

4.2. Prazo de Pagamento:

☒ Padrão (15 dias)
☐ Especial

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

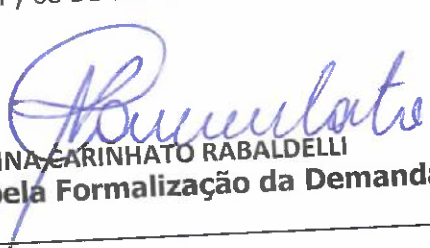
5. Indicação do gestor da contratação


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, 08 DE OUTUBRO 2025.


ANA KARINA CARINHATO RABALDELLI
Responsável pela Formalização da Demanda

