Guaíra/SP, 18 de junho de 2024.

***Documento de Formalização de Demanda (DFD)***

***Lei 14.133/2021***

No uso de minhas atribuições **DEFIRO** o pedido constante neste ofício e termo de referência anexo.

Guaíra-SP., \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2024

***Antônio Manoel da Silva Junior***

***Prefeito***

***Ofício DMS A nº: 0161/24***

Encaminhamos este, para nos termos da legislação vigente, ser realizada a aquisição do seguinte objeto:

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRITIVO** | |
| Órgão Solicitante | Diretoria Municipal de Saúde – ORDEM JUDICIAL |
| Justificativa/Finalidade | Aquisição emergencial de medicamento oncológico para atender o processo 1001308-69.2024.8.26.0210 anexo. Há de se ressaltar que o medicamento: LENALIDOMIDA 25MG (IMUNOMODULDOR), permitirá atender o requerente de imediato, além de evitar sanções ao município.  Informo que **o prazo para cumprimento da ordem judicial é de imediato.**  Prazo de 30 dias, conforme decisão anexa. |
| Objeto | Medicamento oncológico para atender decisão judicial |
| Declaramos que o objeto a ser licitado está suficientemente descrito conforme anexo, para a formulação da proposta pertinente e consequente satisfação da Administração, não havendo salvo melhor juízo, características restritivas que possa a dificultar a ampla concorrência. |
| Especificações de Prazos | **VIGÊNCIA**: 12 meses. |
| Local de Entrega | Farmácia Municipal (Av.: 31, 969 – Jardim Paulista) das 09h às 12h e das 14h às 16h, de segunda à sexta-feira |
| Entrega Parcelada | A entrega deverá ser realizada em até 7 (sete) dias após o pedido com produto com no mínimo 80% de sua validade. Considerando que o requerente irá utilizar:  LENALIDOMIDA 25MG – **21cp por ciclo (01 cartela) – ENTREGA IMEDIATA.**  DEPOIS 01 CARTELA (C/21 CP) A CADA 15 DIAS. |
| Dotação Orçamentária | 10.303.0021.2076.0000 (Ficha 850) |
| Origem do Recurso | TESOURO |
| Indicação do Gestor e Fiscal Contratual | Gestora: Suzel Cristina Pereira Gomes – Mat. 2927-1  Fiscal: Viviane Cristina Vilela Luchese – Mat. 3910 -1 |
| Quantidade Total | Quantidades citadas no termo de referência |

Solicitação: 05095/24

Atenciosamente,

**Fernando dos Santos**

***Chefe do Departamento de Adm do Sistema de Saúde***

|  |
| --- |
| Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_, recebi o presente.  *Departamento de Compras* |