



GOVERNO DO MUNICÍPIO DE SILVÂNIA

Secretaria de Saúde

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

SETOR REQUISITANTE: Secretaria de Saúde

RESPONSÁVEL PELA DEMANDA: Raquel Príncipe dos Santos e Camila Silva Sousa

1. OBJETO:

Tem por objeto a futura e eventual aquisição de medicamentos psicotrópicos para atender às necessidades da Farmácia Básica.

2. JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO:

A presente justificativa tem por finalidade fundamentar a **futura e eventual aquisição de medicamentos psicotrópicos destinados à Farmácia Básica**, visando atender à demanda da população assistida pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

A assistência farmacêutica é parte essencial da atenção básica em saúde, sendo indispensável para a promoção, prevenção e recuperação da saúde dos usuários. Os medicamentos psicotrópicos da Farmácia Básica são utilizados no tratamento e controle de transtornos mentais e outras condições clínicas que necessitam de acompanhamento e uso contínuo, contribuindo para a manutenção e continuidade do tratamento dos pacientes assistidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

Dessa forma, a abertura do processo licitatório mostra-se **necessária e indispensável**, garantindo a aquisição dos medicamentos de forma legal, transparente e econômica, em conformidade com a legislação vigente, especialmente a Lei nº 14.133/2021 (Lei de Licitações e Contratos Administrativos).

Assim, justifica-se a adoção das medidas administrativas necessárias para assegurar o abastecimento adequado da Farmácia Básica e a continuidade dos serviços de saúde prestados à população.



GOVERNO DO MUNICÍPIO DE SILVÂNIA

Secretaria de Saúde

4. OBSERVAÇÕES GERAIS

- ☐ Os medicamentos a serem adquiridos deverão estar **devidamente registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA**, conforme legislação sanitária vigente, e dentro do prazo de validade mínimo exigido no momento da entrega.
- ☐ Os produtos deverão ser fornecidos em **embalagens originais de fábrica**, íntegras, lacradas e com identificação clara do nome do medicamento, princípio ativo, concentração, forma farmacêutica, número do lote, data de fabricação e validade.
- ☐ O prazo de validade dos medicamentos, no ato da entrega, deverá ser de no mínimo **75% (setenta e cinco por cento)** do prazo total de validade, salvo disposição diversa no edital.
- ☐ A empresa vencedora deverá possuir **Autorização de Funcionamento de Empresa – AFE**, expedida pela ANVISA, bem como atender às demais exigências sanitárias e legais aplicáveis ao fornecimento de medicamentos.
- ☐ A entrega dos medicamentos deverá ocorrer conforme cronograma e local definidos pela Secretaria Municipal de Saúde, sendo de responsabilidade do fornecedor o transporte, carga, descarga e demais custos logísticos.
- ☐ Os medicamentos deverão ser entregues em condições adequadas de **armazenamento, conservação e transporte**, respeitando as boas práticas de distribuição e controle de temperatura, quando aplicável.
- ☐ Não serão aceitos medicamentos com **avarias, violação de embalagens, divergência de especificações, ou em desacordo com as exigências do edital**, ficando o fornecedor obrigado à substituição imediata, sem ônus para a Administração.
- ☐ A Administração reserva-se o direito de realizar **inspeções, conferências e análises técnicas** dos produtos entregues, podendo recusar aqueles que não atendam às especificações técnicas ou sanitárias.
- ☐ O fornecedor deverá atender às normas previstas na **Lei nº 14.133/2021**, bem como às demais legislações correlatas, incluindo normas sanitárias federais, estaduais e municipais.
- ☐ Os preços ofertados deverão incluir **todos os custos diretos e indiretos**, tais como impostos, taxas, transporte, seguros e demais encargos necessários ao cumprimento do objeto.
- ☐ Em caso de atraso na entrega ou descumprimento das obrigações contratuais, poderão ser aplicadas as **sanções administrativas previstas em lei e no edital**.
- ☐ Os medicamentos deverão, sempre que possível, estar em conformidade com a **RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**, ou com a padronização municipal vigente.



GOVERNO DO MUNICÍPIO DE SILVÂNIA

Secretaria de Saúde

ITEM	DESCRIÇÃO	UN.	QUANT.
1.	ÁCIDO VALPROICO 250 MG – COMPRIMIDO	UNIDADE	60.000
2.	ÁCIDO VALPROICO 500 MG – COMPRIMIDO	UNIDADE	60.000
3.	CARBAMAZEPINA 20 MG/ML – SUSPENSÃO	UNIDADE	2.000
4.	CARBAMAZEPINA 200 MG – COMPRIMIDO	UNIDADE	100.000
5.	CARBAMAZEPINA 400 MG – COMPRIMIDO	UNIDADE	50.000
6.	CARBONATO DE LÍTIO 300 MG – COMPRIMIDO	UNIDADE	100.000
7.	CLOMIPRAMINA 25 MG	UNIDADE	30.000
8.	CLONAZEPAM 0,5 MG – COMPRIMIDO	UNIDADE	30.000
9.	CLONAZEPAM 2,0 MG – COMPRIMIDO	UNIDADE	100.000
10.	CLONAZEPAM 2,5 MG/ML – GOTAS	UNIDADE	5.000
11.	CLORIDRATO DE AMITRIPTILINA 25 MG – COMPRIMIDO	UNIDADE	150.000
12.	CLORIDRATO DE BIPERIDENO 2 MG – COMPRIMIDO	UNIDADE	10.000
13.	CLORIDRATO DE BUPROPIONA XL 150 MG	UNIDADE	100.000
14.	CLORIDRATO DE CLORPROMAZINA 25 MG – COMPRIMIDO	UNIDADE	60.000



GOVERNO DO MUNICÍPIO DE SILVÊRIA

Secretaria de Saúde

15.	CLORIDRATO DE CLORPROMAZINA 100 MG – COMPRIMIDO	UNIDADE	60.000
16.	CLORIDRATO DE FLUOXETINA 20 MG – CÁPSULA	UNIDADE	200.000
17.	CLORIDRATO DE IMIPRAMINA 25 MG – COMPRIMIDO	UNIDADE	20.000
18.	CLORIDRATO DE NORTRIPTILINA 25 MG – COMPRIMIDO	UNIDADE	50.000
19.	CLORIDRATO DE NORTRIPTILINA 50 MG – COMPRIMIDO	UNIDADE	50.000
20.	CLORIDRATO DE NORTRIPTILINA 75 MG – COMPRIMIDO	UNIDADE	50.000
21.	CLORIDRATO DE TRAMADOL 100 MG/2 ML – AMPOLA	UNIDADE	5.000
22.	DECANOATO DE HALOPERIDOL 70,52 MG/ML – AMPOLA	UNIDADE	10.000
23.	DIAZEPAM 10 MG – COMPRIMIDO	UNIDADE	60.000
24.	DIAZEPAM 10 MG/2 ML – AMPOLA	UNIDADE	5.000
25.	FENITOÍNA 100 MG – COMPRIMIDO	UNIDADE	20.000
26.	FENITOÍNA 50 MG/ML – AMPOLA	AMPOLA	1.000
27.	FENOBARBITAL 100 MG – COMPRIMIDO	UNIDADE	50.000
28.	FENOBARBITAL 200 MG (100 MG/ML) – AMPOLA	AMPOLA	1.000
29.	HALOPERIDOL 5 MG – COMPRIMIDO	UNIDADE	20.000
30.	HALOPERIDOL 5 MG/ML – INJETÁVEL – AMPOLA	UNIDADE	1.000



GOVERNO DO MUNICÍPIO DE SILVÂNIA

Secretaria de Saúde

31.	METILFENIDATO CLORIDRATO 10 MG – COMPRIMIDO	UNIDADE	150.000
32.	PREGABALINA 75 MG	UNIDADE	10.000
33.	VALPROATO DE SÓDIO 200 MG/5 ML	UNIDADE	5.000
34.	ESCITALOPRAM 10 MG-COMPRIMIDO	UNIDADE	100.000
35.	SERTRALINA 50 MG-COMPRIMIDO	UNIDADE	100.000
36.	RISPERIDONA 1MG/ML-FRASCO	UNIDADE	20.000
37.	RISPERIDONA 1MG-COMPRIMIDO	UNIDADE	60.000

2.1 – Prazo de entrega / Execução:

O prazo de entrega dos bens e/ou da prestação de serviços é de 10 (dez) dias, contados do recebimento ordem de compra e/ou serviço.

2.2 - Local e Horário da Entrega / Execução:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE AVENIDA DOM BOSCO Nº777 CENTRO DAS
07:30 AS 11:30 DAS 13:00 AS 16:30

2.3 – Unidade e servidor responsável para esclarecimentos: Raquel Príncipe dos Santos e
Camila Silva Sousa

Silvânia, 16 de setembro de 2026.

Raquel Príncipe dos Santos

Farmacêutica- farmácia Básica
Responsável pela Demanda

Camila Silva Sousa

Farmacêutica- farmácia Básica
Responsável pela Demanda

Em conformidade com a legislação que rege o tema, encaminhe-se à autoridade competente para análise de conveniência e oportunidade para a contratação e demais providências cabíveis.