



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO

CNPJ: 17.490.085/0001-36
Secretaria Municipal de Saúde
Farmácia de Todos

Ofício nº 368/2025

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 28 de Outubro de 2025.

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO	
Setor requisitante (Unidade/Setor/Departamento): FARMÁCIA DE TODOS - UNIDADE INTEGRADA – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
Responsável pela Demanda: RENATA TORRES CAMPOS	
E-mail: farmaciamcmunicipal@yahoo.com.br	Telefone: (34) 3819-1257

OBJETIVO

Fornecimento dos medicamentos CL. DE LISDEXANFETAMINA 70MG, para atender exclusivamente paciente de processo judicial do mês de Novembro/2025.

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

A presente solicitação justifica-se em face da necessidade de atender a ordem judicial 5006491-97.2022.8.13.0431 referentes ao mês de NOVEMBRO/25 para o paciente A.R.B.W., residente na Rua Quirino Quadros, 398, Vila Nova, a quantidade de 30 cp CL. DE LISDEXANFETAMINA - VENVANSE 70MG.

DESCRIÇÕES E QUANTIDADES

O quantitativo previsto para aquisição do respectivo material, foi fundamentado no consumo mensal informado pela paciente com apresentação de prescrição médica.

ITEM	DESCRIÇÃO/ESPECIFICAÇÃO	FORMA	QUANTIDADE
1	CL. DE LISDEXANFETAMINA - VENVANSE 70MG	MENSAL	30 CP



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO

CNPJ: 17.490.085/0001-36
Secretaria Municipal de Saúde
Farmácia de Todos

Ofício nº 370/2025

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 28 de Outubro de 2025.

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO	
Setor requisitante (Unidade/Setor/Departamento): FARMÁCIA DE TODOS - UNIDADE INTEGRADA – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
Responsável pela Demanda: RENATA TORRES CAMPOS	
E-mail: farmaciamcmunicipal@yahoo.com.br	Telefone: (34) 3819-1257

OBJETIVO

Fornecimento dos medicamentos FLUDROCORTISONA 0,1MG, para atender exclusivamente paciente de processo judicial do mês de Novembro/2025.

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

A presente solicitação justifica-se em face da necessidade de atender a ordem judicial 0431.16.004239-3 referentes ao mês de NOVEMBRO/25 para o paciente D.D.G., residente na Rua Goias, 1380, Vila Nova, a quantidade de 100 cp FLUDROCORTISONA 0,1MG.

DESCRIÇÕES E QUANTIDADES

O quantitativo previsto para aquisição do respectivo material, foi fundamentado no consumo mensal informado pela paciente com apresentação de prescrição médica.

ITEM	DESCRIÇÃO/ESPECIFICAÇÃO	FORMA	QUANTIDADE
1	FLUDROCORTISONA 0,1MG	TRIMESTRAL	100 CP

Prazo de Entrega/ Execução: 05 dias úteis

Local da Entrega/Execução: RUA UM, 14, BAIRRO CARMO

Prazo para pagamento: MENSAL

Atenciosamente,



Renata Torres Campos
Matrícula 439325
Coordenadora/Farmacêutica Responsável
Fiscal de Contrato



Paulo Rodrigues Rocha
Secretária Municipal de Saúde
Gestor de Contrato



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO

CNPJ: 17.490.085/0001-36
Secretaria Municipal de Saúde
Farmácia de Todos

Ofício nº 367/2025

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 24 de Outubro de 2025.

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO	
Setor requisitante (Unidade/Setor/Departamento): FARMÁCIA DE TODOS - UNIDADE INTEGRADA – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
Responsável pela Demanda: RENATA TORRES CAMPOS	
E-mail: farmaciamcmunicipal@yahoo.com.br	Telefone: (34) 3819-1257

OBJETIVO

Fornecimento dos medicamentos DEPAKOTE ER 500MG para atender exclusivamente paciente de processo judicial do mês de Outubro/2025.

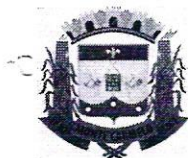
JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

A presente solicitação justifica-se em face da necessidade de atender há ordens judiciais nº500361368.2023.8.13.0431, referentes ao mês de OUTUBRO/25 para o paciente W.A.O., residente na Rua Virginia Rosa, 230, Boa Vista, a quantidade de 30 cp DEPAKOTE ER 500MG.

DESCRIÇÕES E QUANTIDADES

O quantitativo previsto para aquisição do respectivo material, foi fundamentado no consumo mensal informado pela paciente com apresentação de prescrição médica.

ITEM	DESCRIÇÃO/ESPECIFICAÇÃO	FORMA	QUANTIDADE
1	DEPAKOTE ER 500MG	MENSAL	30 CP



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO

CNPJ: 17.490.085/0001-36
Secretaria Municipal de Saúde
Farmácia de Todos

Ofício nº 380/2025

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 28 de Outubro de 2025.

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO	
Setor requisitante (Unidade/Setor/Departamento): FARMÁCIA DE TODOS - UNIDADE INTEGRADA – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
Responsável pela Demanda: RENATA TORRES CAMPOS	
E-mail: farmaciamcmunicipal@yahoo.com.br	Telefone: (34) 3819-1257

OBJETIVO

Fornecimento do suplemento CICLOSPORINA para atender exclusivamente pacientes de processo judicial do mês de Novembro/2025.

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

A presente solicitação justifica-se em face da necessidade de atender há ordens judiciais referentes ao mês de NOVEMBRO/25.

Para a paciente W.C.S., residente na São Sebastião, 89, Celso Bueno, a quantidade de 100 CP CICLOSPORINA 100MG atendendo ao pedido de cumprimento de ordem judicial 500361368.2023.8.13.0431, em favor do paciente.

DESCRIÇÕES E QUANTIDADES

O quantitativo previsto para aquisição do respectivo material, foi fundamentado no consumo mensal informado pela paciente com apresentação de prescrição médica.

ITEM	DESCRIÇÃO/ESPECIFICAÇÃO	FORMA	QUANTIDADE
1	CICLOSPORINA 100MG <i>frustrado</i>	MENSAL	100 CP

Prazo de Entrega/ Execução: 05 dias úteis

Local da Entrega/Execução: RUA UM, 14, BAIRRO CARMO

Prazo para pagamento: MENSAL

Atenciosamente,



Renata Torres Campos
Matrícula 439325
Coordenadora/Farmacêutica Responsável
Fiscal de Contrato



Paulo Rodrigues Rocha
Secretária Municipal de Saúde
Gestor de Contrato



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO

CNPJ: 17.490.085/0001-36
Secretaria Municipal de Saúde
Farmácia de Todos

Ofício nº 379/2025

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 28 de Outubro de 2025.

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO	
Setor requisitante (Unidade/Setor/Departamento): FARMÁCIA DE TODOS - UNIDADE INTEGRADA – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
Responsável pela Demanda: RENATA TORRES CAMPOS	
E-mail: farmaciamcmunicipal@yahoo.com.br	Telefone: (34) 3819-1257

OBJETIVO

Fornecimento do suplemento WHEY PROTEIN ISO TRIPLE ZERO CHOCOLATE, CALDE MAX 2000UI, ROSUVASTATINA para atender exclusivamente pacientes de processo judicial do mês de Novembro/2025.

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

A presente solicitação justifica-se em face da necessidade de atender há ordens judiciais referentes ao mês de NOVEMBRO/25.

Para a paciente V.B.C., residente na Rua Lambari, 43, Aeroporto, a quantidade de 01 POTE 900G WHEY PROTEIN ISO TRIPLE ZERO CHOCOLATE, 60 cp CALDÊ MAX 2000UI, 60 CP ROSUVASTATINA 10MG atendendo ao pedido de cumprimento de ordem judicial em favor do paciente.

DESCRIÇÕES E QUANTIDADES

O quantitativo previsto para aquisição do respectivo material, foi fundamentado no consumo mensal informado pela paciente com apresentação de prescrição médica.

ITEM	DESCRIÇÃO/ESPECIFICAÇÃO	FORMA	QUANTIDADE
1	WHEY PROTEIN ISO TRIPLE	MENSAL	1 PT 900G

PROTOCOLADO

ASS: _____

DATA: ____/____/____



DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA

1. ÁREA REQUISITANTE (SECRETARIA/SETOR): SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE – HOSPITAL MUNICIPAL

1.1. RESPONSÁVEL PELA DEMANDA: PAULO RODRIGUES ROCHA

1.2. Telefone: (34)3842-5880/ manutencaohman@montecarmelo.mg.gov.br

2. OBJETO: AQUISIÇÃO DE CLORIDRATO DE OXIBUPROCAÍNA 4MG/ML (BENOXINATO) – FRASCO DE 10ML PARA FARMÁCIA DO HOSPITAL MUNICIPAL DE MONTE CARMELO – MG.

2.1. UTILIZAÇÃO DO CATMAT/CATSER: ☐ Sim ☒ Não

2.2. Se não, justificativa: Não consta.

3. JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DE CONTRATAÇÃO:

A aquisição de **Cloridrato de Oxibuprocaina 4mg/ml** pelo **Hospital Municipal de Monte Carmelo** tem como finalidade garantir a adequada execução de procedimentos oftalmológicos e terapêuticos que demandam anestesia tópica ocular. Trata-se de um medicamento essencial para a realização de remoção de corpos estranhos, pequenas cirurgias oculares e aplicação de lentes de contato terapêuticas, além de facilitar procedimentos ambulatoriais que exigem imobilidade e conforto do paciente. A oxibuprocaina é um anestésico local de ação rápida e segura, amplamente indicada em serviços de saúde, e sua utilização é imprescindível para o cumprimento de protocolos assistenciais e de segurança clínica. Dessa forma, a aquisição visa assegurar a continuidade dos atendimentos oftalmológicos e o pleno funcionamento do setor especializado, contribuindo para o atendimento humanizado e eficaz da população do município.

Ademais, a inexistência desse insumo comprometeria significativamente a rotina dos atendimentos hospitalares e ambulatoriais, gerando atrasos, cancelamentos e até riscos de agravamento de condições clínicas por impossibilidade de diagnóstico e tratamento adequados. A manutenção de estoque regular de Cloridrato de Oxibuprocaina 4mg/ml é, portanto, uma medida essencial à eficiência e à qualidade dos serviços públicos de saúde. Assim, a presente demanda justifica-se pela necessidade de garantir que o Hospital Municipal de Monte Carmelo disponha dos recursos farmacológicos indispensáveis para a realização segura e precisa de procedimentos oftalmológicos, preservando a integridade física e o bem-estar dos pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).



Prefeitura Municipal de Monte Carmelo

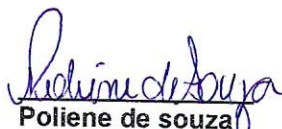
4. DESCRIÇÕES E QUANTIDADES:

Item	DESCRIÇÃO	Und.	Quant.
1	CLORIDRATO DE OXIBUPROCAÍNA 4MG/ML (BENOXINATO) - 10ML	FRASCO	10

5. PRAZO DE ENTREGA: Fechamento Mensal
6. LOCAL DA ENTREGA/EXECUÇÃO: Hospital Municipal Alberto Nogueira.
7. PRAZO PARA PAGAMENTO: Até 30 dias após a emissão da nota fiscal.
8. RECURSO FINANCEIRO: Recurso próprio.

Monte Carmelo, 20 de outubro de 2025.

Responsáveis:


Poliene de Souza
Matrícula: 439566
Elaborador do DFD


Poliana Cristina da Silva
Matrícula: 443010
Chefe de departamento


Paulo Rodrigues Rocha
Matrícula: 26603
Secretário de Saúde



DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA

1. ÁREA REQUISITANTE (SECRETARIA/SETOR): SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – HOSPITAL MUNICIPAL

1.1. RESPONSÁVEL PELA DEMANDA: PAULO RODRIGUES ROCHA

1.2. Telefone: (34)3842-5880/ manutencaohman@montecarmelo.mg.gov.br

2. OBJETO: AQUISIÇÃO DE LIDOCAÍNA SOLUÇÃO SPRAY 10% (100MG/ML) PARA FARMÁCIA DO HOSPITAL MUNICIPAL DE MONTE CARMELO – MG.

2.1. UTILIZAÇÃO DO CATMAT/CATSER: ☐ Sim ☒ Não

2.2. Se não, justificativa: Não consta.

3. JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DE CONTRATAÇÃO:

A aquisição de **Lidocaína Solução Spray 10% (100MG/ML)** pelo **Hospital Municipal de Monte Carmelo** tem como objetivo atender à necessidade contínua de promover o adequado manejo da dor e o conforto dos pacientes durante procedimentos clínicos, ambulatoriais e de urgência que demandam anestesia tópica local. O uso desse medicamento é essencial para a realização de práticas médicas seguras e humanizadas, uma vez que a lidocaína atua como anestésico local de rápida ação, permitindo a execução de procedimentos invasivos de menor porte — como sondagens, intubações, curativos complexos, endoscopias, suturas e pequenas cirurgias — sem causar dor intensa ou desconforto ao paciente. Dessa forma, a disponibilidade do produto é imprescindível para assegurar o cumprimento dos protocolos assistenciais e garantir a qualidade do atendimento prestado à população, conforme os princípios de eficiência e continuidade dos serviços de saúde pública.

Além disso, a demanda pela Lidocaína Spray busca evitar a interrupção ou comprometimento das atividades médicas do hospital, assegurando o funcionamento regular das unidades de pronto atendimento, centro cirúrgico e ambulatórios especializados. A ausência desse insumo comprometeria a execução de diversos procedimentos básicos e de emergência, podendo acarretar dor, sofrimento desnecessário e até mesmo riscos clínicos adicionais aos pacientes. Portanto, a aquisição justifica-se pela **necessidade de garantir o atendimento humanizado, seguro e eficaz**, preservando a integridade física dos usuários do sistema municipal de saúde e atendendo às determinações legais quanto à manutenção de estoques mínimos de medicamentos essenciais ao funcionamento das unidades hospitalares.



Prefeitura Municipal de Monte Carmelo

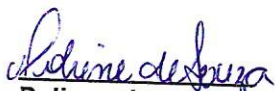
4. DESCRIÇÕES E QUANTIDADES:

Item	DESCRIÇÃO	Und.	Quant.
1	LIDOCAÍNA SOLUÇÃO SPRAY 10% (100MG/ML)	FRASCO	30

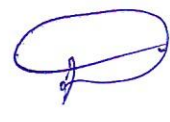
5. PRAZO DE ENTREGA: Fechamento Mensal
6. LOCAL DA ENTREGA/EXECUÇÃO: Hospital Municipal Alberto Nogueira.
7. PRAZO PARA PAGAMENTO: Até 30 dias após a emissão da nota fiscal.
8. RECURSO FINANCEIRO: Recurso próprio.

Monte Carmelo, 20 de outubro de 2025.

Responsáveis:


Poliene de Souza
Matrícula: 439566
Elaborador do DFD


Poliana Cristina da Silva
Matrícula: 443010
Chefe de departamento


Paulo Rodrigues Rocha
Matrícula: 26603
Secretário de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO

CNPJ: 17.490.085/0001-36
Secretaria Municipal de Saúde
Farmácia de Todos

Ofício nº 378/2025

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 28 de Outubro de 2025.

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO	
Setor requisitante (Unidade/Setor/Departamento): FARMÁCIA DE TODOS - UNIDADE INTEGRADA – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
Responsável pela Demanda: RENATA TORRES CAMPOS	
E-mail: farmaciamcmunicipal@yahoo.com.br	Telefone: (34) 3819-1257

OBJETIVO

Fornecimento dos medicamentos MORFINA 30MG, para atender exclusivamente paciente de processo judicial do mês de Novembro/2025.

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

A presente solicitação justifica-se em face da necessidade de atender a ordem judicial 5006416-24.2023.8.13.0431 referentes ao mês de NOVEMBRO/25 para o paciente V.G.H.D., residente na Rua Dimas Resende, 680, São Sebastião, a quantidade de 180 cp MORFINA 30MG.

DESCRIÇÕES E QUANTIDADES

O quantitativo previsto para aquisição do respectivo material, foi fundamentado no consumo mensal informado pela paciente com apresentação de prescrição médica.

ITEM	DESCRIÇÃO/ESPECIFICAÇÃO	FORMA	QUANTIDADE
1	MORFINA 30MG	MENSAL	180 CP

Co frustrated

Prazo de Entrega/ Execução: 05 dias úteis

Local da Entrega/Execução: RUA UM, 14, BAIRRO CARMO

Prazo para pagamento: MENSAL

Atenciosamente,



Renata Torres Campos
Matrícula 439325
Coordenadora/Farmacêutica Responsável
Fiscal de Contrato



Paulo Rodrigues Rocha
Secretária Municipal de Saúde
Gestor de Contrato



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO

CNPJ: 17.490.085/0001-36
Secretaria Municipal de Saúde
Farmácia de Todos

Ofício nº 377/2025

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 28 de Outubro de 2025.

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO	
Setor requisitante (Unidade/Setor/Departamento): FARMÁCIA DE TODOS - UNIDADE INTEGRADA – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
Responsável pela Demanda: RENATA TORRES CAMPOS	
E-mail: farmaciಾಮcmunicipal@yahoo.com.br	Telefone: (34) 3819-1257

OBJETIVO

Fornecimento dos medicamentos LIRAGLUTIDA 6MG/ML para atender exclusivamente paciente de processo judicial do mês de NOVEMBRO/2025.

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

A presente solicitação justifica-se em face da necessidade de atender o paciente S.F.S., Rua Ivaldo Fernandes Alves, 180, Bela Suíça, referente a ordem judicial 5000671-29.2024.8.13.0431, do mês de NOVEMBRO/2025, a quantidade de 6 UNIDADES LIRAGLUTIDA 6MG/ML.

DESCRIÇÕES E QUANTIDADES

O quantitativo previsto para aquisição do respectivo material, foi fundamentado no consumo mensal informado pela paciente com apresentação de prescrição médica.

ITEM	DESCRIÇÃO/ESPECIFICAÇÃO	FORMA	QUANTIDADE
1	LIRAGLUTIDA 6MG/ML <i>prescrição</i>	MENSAL	6 AMPOLAS



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO

CNPJ: 17.490.085/0001-36
Secretaria Municipal de Saúde
Farmácia de Todos

Ofício nº 375/2025

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 28 de Outubro de 2025.

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO	
Setor requisitante (Unidade/Setor/Departamento): FARMÁCIA DE TODOS - UNIDADE INTEGRADA – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
Responsável pela Demanda: RENATA TORRES CAMPOS	
E-mail: farmaciamcmunicipal@yahoo.com.br	Telefone: (34) 3819-1257

OBJETIVO

Fornecimento dos medicamentos CARBONATO DE CÁLCIO (OSCAL) 500MG, RENALVIT PLUS, NESINA para atender exclusivamente paciente de processo judicial do mês de Novembro/2025.

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

A presente solicitação justifica-se em face da necessidade de atender a ordem judicial 0431.15.003794-0, referentes ao mês de Novembro/2025 para o paciente N.A.L., residente na Rua 7 de Setembro, 367, Boa Vista, a quantidade de 120 CP CARBONATO DE CÁLCIO (OSCAL) 500MG, 60 CP RENALVIT PLUS, 60 CP NESINA 25MG.

DESCRIÇÕES E QUANTIDADES

O quantitativo previsto para aquisição do respectivo material, foi fundamentado no consumo mensal informado pela paciente com apresentação de prescrição médica.

ITEM	DESCRIÇÃO/ESPECIFICAÇÃO	FORMA	QUANTIDADE
1	CARBONATO DE CÁLCIO (OSCAL) 500MG <i>pru tracks</i>	MENSAL	120 CP
2	RENALVIT PLUS <i>m</i>	MENSAL	60 CP
3	NESINA 25MG <i>m</i>	MENSAL	60 CP

Prazo de Entrega/ Execução: 05 dias úteis

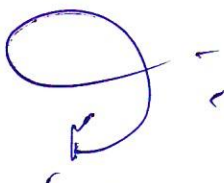
Local da Entrega/Execução: RUA UM, 14, BAIRRO CARMO

Prazo para pagamento: MENSAL

Atenciosamente,



Renata Torres Campos
Matrícula 439325
Coordenadora/Farmacêutica Responsável
Elaboração do Estudo Técnico Preliminar
Fiscal de Contrato



Paulo Rodrigues Rocha
Secretária Municipal de Saúde
Gestor de Contrato



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO

CNPJ: 17.490.085/0001-36
Secretaria Municipal de Saúde
Farmácia de Todos

Ofício nº 374/2025

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 28 de Outubro de 2025.

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO	
Setor requisitante (Unidade/Setor/Departamento): FARMÁCIA DE TODOS - UNIDADE INTEGRADA – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
Responsável pela Demanda: RENATA TORRES CAMPOS	
E-mail: farmaciamcmunicipal@yahoo.com.br	Telefone: (34) 3819-1257

OBJETIVO

Fornecimento dos medicamentos ATROVENT 2,5MCG, TOPERMA 5%; para atender exclusivamente paciente de processo judicial do mês de Novembro/2025.

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

A presente solicitação justifica-se em face da necessidade de atender há ordens judiciais referentes ao mês de NOVEMBRO/25.

Para o paciente M.D.O, residente na Rua Braulino Martins Mundim,1250, Centro. A quantidade de 2 FR ATROVENT 2,5MCG e 120 ADESIVOS TOPERMA 5%, atendendo ao pedido de cumprimento de ordem judicial 0057457-042012, em favor do paciente.

DESCRIÇÕES E QUANTIDADES

O quantitativo previsto para aquisição do respectivo material, foi fundamentado no consumo mensal informado pela paciente com apresentação de prescrição médica.

ITEM	DESCRIÇÃO/ESPECIFICAÇÃO	FORMA	QUANTIDADE
1	ATROVENT 2,5MCG SPRAY <i>frustrado</i>	MENSAL	2 FR
2	TOPERMA 5% <i>frustrado</i>	MENSAL	120 CP



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO

CNPJ: 17.490.085/0001-36
Secretaria Municipal de Saúde
Farmácia de Todos

Ofício nº 373/2025

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 28 de Outubro de 2025.

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO	
Setor requisitante (Unidade/Setor/Departamento): FARMÁCIA DE TODOS - UNIDADE INTEGRADA – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
Responsável pela Demanda: RENATA TORRES CAMPOS	
E-mail: farmaciamcmunicipal@yahoo.com.br	Telefone: (34) 3819-1257

OBJETIVO

Fornecimento do medicamento EDOXABANA 30MG (LIXIANA) para atender exclusivamente pacientes de processo judicial do mês de Novembro/2025.

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

A presente solicitação justifica-se em face da necessidade de atender há ordens judiciais referentes ao mês de NOVEMBRO/25.

Para a paciente M.L.F., processo de número: 5004844.332023.8.13.0431, residente na Rua Madre Clara, 420, Santa Rita, a quantidade de 60 cp EDOXABANA 30MG (LIXIANA) atendendo ao pedido de cumprimento de ordem judicial em favor do paciente.

DESCRIÇÕES E QUANTIDADES

O quantitativo previsto para aquisição do respectivo material, foi fundamentado no consumo mensal informado pela paciente com apresentação de prescrição médica.

ITEM	DESCRIÇÃO/ESPECIFICAÇÃO	FORMA	QUANTIDADE
1	EDOXABANA 30MG (LIXIANA) <i>frustrado</i>	MENSAL	60 CP

Prazo de Entrega/ Execução: 05 dias úteis

Local da Entrega/Execução: RUA UM, 14, BAIRRO CARMO

Prazo para pagamento: MENSAL

Atenciosamente,



Renata Torres Campos
Matrícula 439325
Coordenadora/Farmacêutica Responsável
Fiscal de Contrato



Paulo Rodrigues Rocha
Secretária Municipal de Saúde
Gestor de Contrato



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO

CNPJ: 17.490.085/0001-36
Secretaria Municipal de Saúde
Farmácia de Todos

Ofício nº 372/2025

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 28 de Outubro de 2025.

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO	
Setor requisitante (Unidade/Setor/Departamento): FARMÁCIA DE TODOS - UNIDADE INTEGRADA – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
Responsável pela Demanda: RENATA TORRES CAMPOS	
E-mail: farmaciamicomunicipal@yahoo.com.br	Telefone: (34) 3819-1257

OBJETIVO

Fornecimento do suplemento UNDECILATO DE TESTOSTERONA 250MG/1ML para atender exclusivamente pacientes de processo judicial do mês de Outubro/2025.

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

A presente solicitação justifica-se em face da necessidade de atender há ordens judiciais referentes ao mês de OUTUBRO/25.

Para a paciente G.T.M., residente na Rua Tocantins, 760, Vila Nova, a quantidade de 01 AMPOLA DE UNDECILATO DE TESTOSTERONA 250MG/1ML atendendo ao pedido de cumprimento de ordem judicial em favor do paciente.

DESCRIÇÕES E QUANTIDADES

O quantitativo previsto para aquisição do respectivo material, foi fundamentado no consumo mensal informado pela paciente com apresentação de prescrição médica.

ITEM	DESCRIÇÃO/ESPECIFICAÇÃO	FORMA	QUANTIDADE
1	UNDECILATO DE TESTOSTERONA 250MG/1ML	MENSAL	1 AMP



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO

CNPJ: 17.490.085/0001-36
Secretaria Municipal de Saúde
Farmácia de Todos

Ofício nº 371/2025

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 28 de Outubro de 2025.

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO	
Setor requisitante (Unidade/Setor/Departamento): FARMÁCIA DE TODOS - UNIDADE INTEGRADA – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
Responsável pela Demanda: RENATA TORRES CAMPOS	
E-mail: farmaciamcmunicipal@yahoo.com.br	Telefone: (34) 3819-1257

OBJETIVO

Fornecimento do medicamento CARBONATO DE CÁLCIO (OSCAL) 500MG para atender exclusivamente paciente de processo judicial do mês de Novembro/2025.

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

A presente solicitação justifica-se em face da necessidade de atender há ordens judiciais referentes ao mês de NOVEMBRO/25.

Para o paciente F.A.S, residente na rua Corredor Municipal, 111, B: Trevo a quantidade de 180 CP DE CARBONATO DE CÁLCIO (OSCAL) 500MG, atendendo ao pedido de cumprimento de ordem judicial em favor do paciente – 0431.16.003016-16.

DESCRIÇÕES E QUANTIDADES

O quantitativo previsto para aquisição do respectivo material, foi fundamentado no consumo mensal informado pela paciente com apresentação de prescrição médica.

ITEM	DESCRIÇÃO/ESPECIFICAÇÃO	FORMA	QUANTIDADE
1	CARBONATO DE CÁLCIO (OSCAL) 500MG	MENSAL	180 CP



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO

CNPJ: 17.490.085/0001-36
Secretaria Municipal de Saúde
Farmácia de Todos

Ofício nº 370/2025

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 28 de Outubro de 2025.

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO	
Setor requisitante (Unidade/Setor/Departamento): FARMÁCIA DE TODOS - UNIDADE INTEGRADA – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
Responsável pela Demanda: RENATA TORRES CAMPOS	
E-mail: farmaciamcmunicipal@yahoo.com.br	Telefone: (34) 3819-1257

OBJETIVO

Fornecimento dos medicamentos FLUDROCORTISONA 0,1MG, para atender exclusivamente paciente de processo judicial do mês de Novembro/2025.

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

A presente solicitação justifica-se em face da necessidade de atender a ordem judicial 0431.16.004239-3 referentes ao mês de NOVEMBRO/25 para o paciente D.D.G., residente na Rua Goiás, 1380, Vila Nova, a quantidade de 100 cp FLUDROCORTISONA 0,1MG.

DESCRIÇÕES E QUANTIDADES

O quantitativo previsto para aquisição do respectivo material, foi fundamentado no consumo mensal informado pela paciente com apresentação de prescrição médica.

ITEM	DESCRIÇÃO/ESPECIFICAÇÃO	FORMA	QUANTIDADE
1	FLUDROCORTISONA 0,1MG <i>frustrado</i>	TRIMESTRAL	100 CP

PROTOCOLADO

ASS: *[assinatura]*

DATA: *28/10/25*

Prazo de Entrega/ Execução: 05 dias úteis

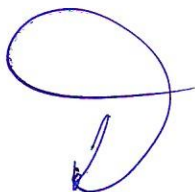
Local da Entrega/Execução: RUA UM, 14, BAIRRO CARMO

Prazo para pagamento: MENSAL

Atenciosamente,



Renata Torres Campos
Matrícula 439325
Coordenadora/Farmacêutica Responsável
Fiscal de Contrato



Paulo Rodrigues Rocha
Secretária Municipal de Saúde
Gestor de Contrato



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO

CNPJ: 17.490.085/0001-36

Secretaria Municipal de Saúde

Farmácia de Todos

Ofício nº 368/2025

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 28 de Outubro de 2025.

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO	
Setor requisitante (Unidade/Setor/Departamento): FARMÁCIA DE TODOS - UNIDADE INTEGRADA – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
Responsável pela Demanda: RENATA TORRES CAMPOS	
E-mail: farmaciamicomunicipal@yahoo.com.br	Telefone: (34) 3819-1257

OBJETIVO

Fornecimento dos medicamentos CL. DE LISDEXANFETAMINA 70MG, para atender exclusivamente paciente de processo judicial do mês de Novembro/2025.

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

A presente solicitação justifica-se em face da necessidade de atender a ordem judicial 5006491-97.2022.8.13.0431 referentes ao mês de NOVEMBRO/25 para o paciente A.R.B.W., residente na Rua Quirino Quadros, 398, Vila Nova, a quantidade de 30 cp CL. DE LISDEXANFETAMINA - VENVANSE 70MG.

DESCRIÇÕES E QUANTIDADES

O quantitativo previsto para aquisição do respectivo material, foi fundamentado no consumo mensal informado pela paciente com apresentação de prescrição médica.

ITEM	DESCRIÇÃO/ESPECIFICAÇÃO	FORMA	QUANTIDADE
1	CL. DE LISDEXANFETAMINA - VENVANSE 70MG 30	MENSAL	30 CP

PROTOCOLADO

ASS: _____

DATA: 28/10/25



Ofício nº 369/2025

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO

CNPJ: 17.490.085/0001-36
Secretaria Municipal de Saúde
Farmácia de Todos

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 28 de Outubro de 2025.

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO	
Setor requisitante (Unidade/Setor/Departamento): FARMÁCIA DE TODOS - UNIDADE INTEGRADA – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
Responsável pela Demanda: RENATA TORRES CAMPOS	
E-mail: farmaciamcmunicipal@yahoo.com.br	Telefone: (34) 3819-1257

OBJETIVO

Fornecimento dos MEDICAMENTOS MANIPULADOS, FRALDAS, DEXCLORFERINAMINA POMADA, SIMBICORT 6/100 FRASCO, ATROPINA COLÍRIO 1%; CLOBAZAM 10MG, SIMETICONA GOTAS; para atender exclusivamente pacientes do mês de Novembro/2025.

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

Para a paciente H..H.M.C, residente no endereço RONAM CARDOSO NAVES, nº1341, Bairro Vila Nova, processo de Nº MPMG-0431.24.000013-0 a quantidade ESPIRONOLACTONA 10 MG – 75 ML POR MÊS; FUROSEMIDA 10 MG – 45 ML POR MÊS; PROPRANOLOL 10 MG- 120 ML POR MÊS; MELATONINA 1 MG – 150 ML POR MÊS; ACIDO FÓLICO 5 MG – 10 GOTAS 1 VEZ AO DIA; CLOREXIDINA 0,12% - 450 ML POR MÊS; NITROFURANTOÍNA 10 MG – 150 ML POR MÊS; 1 tubo DEXCLORFERINAMINA POMADA, 1 frasco – 120 doses de SIMBICORT 6/100 FRASCO; 4 FR ATROPINA COLÍRIO 1%; 60 CP CLOBAZAM 10MG, 6 FR SIMETICONA GOTAS referente ao mês de NOVEMBRO/2025.

DESCRIÇÕES E QUANTIDADES

O quantitativo previsto para aquisição do respectivo material, foi fundamentado no consumo mensal informado pela paciente com apresentação de prescrição médica.

ITEM	DESCRIÇÃO/ESPECIFICAÇÃO	FORMA	QUANTIDADE
1	1 - ESPIRONOLACTONA 10 MG – 75	MENSAL	DESCRIÇÃO

pruistrado



PREFEITURA DE

**MONTE
CARMELO**

COM VOCE, SEMPRE.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO**CNPJ: 17.490.085/0001-36**

Secretaria Municipal de Saúde

Farmácia de Todos

Ofício nº 382/2025

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 03 de Novembro de 2025.

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO	
Setor requisitante (Unidade/Setor/Departamento): FARMÁCIA DE TODOS - UNIDADE INTEGRADA – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
Responsável pela Demanda: RENATA TORRES CAMPOS	
E-mail: farmaciamcmunicipal@montecarmelo.mg.gov.br	Telefone: (34) 3842-5880

OBJETIVO

Fornecimento dos TOPIRAMATO; SUCRAFILM, MUVINLAX; para atender exclusivamente pacientes do mês de Novembro/2025.

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

Para a paciente H..H.M.C, residente no endereço RONAM CARDOSO NAVES, nº1341, Bairro Vila Nova, processo de Nº MPMG-0431.24.000013-0 a quantidade 90 CP TOPIRAMATO 50MG; 20 FLACONETES SUCRAFILM; 60 SACHES MUVINLA referente ao mês de NOVEMBRO/2025.

DESCRIÇÕES E QUANTIDADES

O quantitativo previsto para aquisição do respectivo material, foi fundamentado no consumo mensal informado pela paciente com apresentação de prescrição médica.

ITEM	DESCRIÇÃO/ESPECIFICAÇÃO	FORMA	QUANTIDADE
1	TOPIRAMATO 50MG	MENSAL	90 CP
2	SUCRAFILM FLACONETE	MENSAL	20 UNIDADES
3	MUVINLAX SACHE	MENSAL	60 UNIDADES