



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO

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

Ofício nº 010/2025

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 03 de Fevereiro 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 para atender exclusivamente pacientes do mês de Fevereiro/2025.

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

Para a paciente V.L.S., Rua José Soares, nº600, Vila Nova, para tratamento crônico de doença respiratória fazendo uso contínuo de 90 CÁPSULA DE BUDESONIDA 3MG, referente ao mês de FEVEREIRO/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	BUDESONIDA 3MG	MENSAL	90 CPS

Prazo de Entrega/ Execução: 05 dias úteis

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

Prazo para pagamento: MENSAL

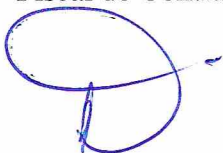
Atenciosamente,



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



Naessa Correa Silva Marques
Matrícula 441505
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 013/2025

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 03 de Fevereiro 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 MANIPULADOS; para atender exclusivamente pacientes do mês de Fevereiro/2025.

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

Para a paciente H..H.M.C, residente no endereço RONAM CARDOSO NAVES, nº1341, Bairro Vila Nova, a quantidade ESPIRONOLACTONA 10 MG – 45 ML POR MÊS; FUROSEMIDA 10 MG – 60 ML POR MÊS; PROPRANOLOL 10 MG- 42 ML POR MÊS; MELATONINA 1 MG – 120 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, referente ao mês de FEVEREIRO/2024.

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 – 45 ML 2- FUROSEMIDA 10 MG – 60 ML 3 - PROPRANOLOL 10 MG- 42 ML 4 - MELATONINA 1 MG – 120 ML	MENSAL	DESCRIÇÃO

	5 - ACIDO FÓLICO 5 MG – 10 GOTAS 1 VEZ AO DIA 6 - CLOREXIDINA 0,12% - 450 ML 7- NITROFURANTOÍNA 10 MG – 150 ML		
--	---	--	--

Prazo de Entrega/ Execução: 05 dias úteis

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

Prazo para pagamento: MENSAL

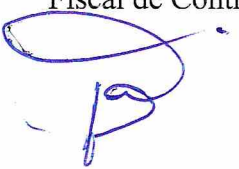
Atenciosamente,



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



Naessa Correa Silva Marques
Matrícula 441505
Farmacêutica Responsável
Fiscal de Contrato



Paulo Rodrigues Rocha
Secretária Municipal de Saúde
Gestor de Contrato