



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO

CNPJ: 17.490.085/0001-36

Secretaria Municipal de Saúde

Farmácia de Todos

Ofício nº 114/2025

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 28 de Abril 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 de FRALDAS, ESOMEPRAZOL, CLOBAZAM, NEULEPTIL, SUCRA-FILM, DEXCLORFERINAMIDA; para atender exclusivamente pacientes do mês de Maio/2025.

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

Para a paciente H.H.M.C., residente no endereço Ronan Cardoso Naves, nº1341, Bairro Vila Nova, a quantidade FRALDA HUGGIES PCT VERMELHO XXG de 14 a 18 quilos, 60 CP ESOMEPRAZOL, 60 CP CLOBAZAM 10MG, 2 FR NEULEPTIL 1%, 20 FLCANONETES SUCRA-FILM, 1 TB DEXCLORFERINAMIDA POMADA; referente ao mês de MAIO/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	FRALDA HUGGIES PCT VERMELHO XXG de 14 a 18 quilos	MENSAL	288 UNIDADES
2	ESOMEPRAZOL 20MG	MENSAL	60 CP
3	CLOBAZAM 10MG	MENSAL	60 CP
4	NEULEPTIL 1%	MENSAL	2 FR

5	SUCRAFILM	MENSAL	20 FLACONETES
6	DEXCLORFENIRAMIDA POMADA	MENSAL	1 TB

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 112/2025

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 28 de Abril 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 Maio/2025.

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

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

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 111/2025

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 28 de Abril 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 CLOBETASOL, para atender exclusivamente paciente de processo judicial do mês de Maio/2025.

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

A presente solicitação justifica-se em face da necessidade de atender a ordem judicial 0031224-62.2015 referentes ao mês de MAIO/25 para o paciente E.M.D., residente na Rua Guaíba, 242, Vila Dourada, a quantidade de 5 Tb CLOBETASOL.

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	CLOBETASOL	MENSAL	5 TB

Prazo de Entrega/ Execução: 05 dias úteis

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

Prazo para pagamento: MENSAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO

CNPJ: 17.490.085/0001-36

Secretaria Municipal de Saúde

Farmácia de Todos

Ofício nº 110/2025

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 28 de Abril 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 NITRAZEPAM 5MG, CLOBAZAM 20MG, DOMPERIDONA 10MG, para atender exclusivamente paciente de processo judicial do mês de Maio/2025.

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

A presente solicitação justifica-se em face da necessidade de atender a ordem judicial 0003820-70.2014 referentes ao mês de MAIO/25 para o paciente D.S.H., residente na Rua Felicidade, 91, Celso Bueno, a quantidade de 120 cp NITRAZEPAM 5MG, 60 cp CLOBAZAM 20MG e 60 cp DOMPERIDONA 10MG.

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	NITRAZEPAM 5MG	MENSAL	120 CP
2	CLOBAZAM 20MG	MENSAL	60 CP

3	DOMPERIDONA 10MG	MENSAL	60 CP
---	------------------	--------	-------

Prazo de Entrega/ Execução: 05 dias úteis

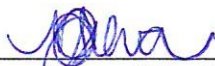
Local da Entrega/Execução: RUA UM, 14, BAIRRO CARMO

Prazo para pagamento: MENSAL

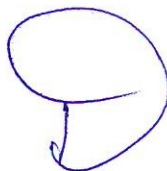
Atenciosamente,



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



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 109/2025

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 28 de Abril 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 DONEPEZILA+ MEMANTINA 10+20MG, para atender exclusivamente paciente de processo judicial do mês de Maio/2025.

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

A presente solicitação justifica-se em face da necessidade de atender a ordem judicial 5000133-48.2024.8.13.0431 referentes ao mês de MAIO/25 para o paciente C.L.G., residente na Rua Europa, 437, Monttreal, a quantidade de 60 cp DONEPEZILA+ MEMANTINA 10+20MG.

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	DONEPEZILA+ MEMANTINA10+20MG	MENSAL	60 CP

Prazo de Entrega/ Execução: 05 dias úteis

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

Prazo para pagamento: MENSAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO

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

Ofício nº 108/2025

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 28 de Abril 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 - VENVANSE 50MG, para atender exclusivamente paciente de processo judicial do mês de Maio/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 MAIO/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 50MG.

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 50MG	MENSAL	30 CP



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO

CNPJ: 17.490.085/0001-36

Secretaria Municipal de Saúde

Farmácia de Todos

Ofício nº 096/2025

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 11 de Abril 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: farmaciamecmunicipal@yahoo.com.br	Telefone: (34) 3819-1257

OBJETIVO

Fornecimento do suplemento LACOSAMIDA 100MG para atender exclusivamente pacientes de processo judicial do mês de Abril/2025.

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

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

Para a paciente J.V.A.L., residente na Rua Olegario Dornelas, 763, Jd Oriente, a quantidade de 240 cp LACOSAMIDA 100MG 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	LACOSAMIDA 100MG	MENSAL	240 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



Naessa Correa Silva Marques
Matrícula 441505
Farmacêutica Responsável
Fiscal de Contrato



Documento assinado digitalmente
PAULO RODRIGUES ROCHA
Data: 30/04/2025 08:54:34-0300
Verifique em <https://validar.ti.gov.br>

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 095/2025

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 11 de Abril 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 HIDROX. ALUMÍNO+ HIDROX. MAGNÉSIO+ DIMETICONA 40+30+5 MG/ML para atender exclusivamente paciente do mês de Abril/2025.

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

A presente solicitação justifica-se em face da necessidade de atender paciente referente ao mês de ABRIL/25 para o paciente J.V.C.F., residente na Rua B, 621, Catulina, a quantidade de 6 FRASCOS HIDROX. ALUMÍNO+ HIDROX. MAGNÉSIO+ DIMETICONA 40+30+5 MG/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	HIDROX. ALUMÍNO+ HIDROX. MAGNÉSIO+ DIMETICONA 40+30+5 MG/ML	MENSAL	6 FR

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

gov.br

Documento assinado digitalmente
PAULO RODRIGUES ROCHA
Data: 30/04/2025 08:55:09-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

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 074/2025

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 01 de Abril 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 Luteína 10mg, Zeaxantina 2mg, vitamina c 45mg, vitamina e 10mg, Cobre 900mcg e Zinco 7mg (NEOVITE MAX) para atender exclusivamente paciente de processo judicial do mês de Abril/2025.

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

A presente solicitação justifica-se em face da necessidade de atender a ordem judicial 0024085-64.2012, referentes ao mês de ABRIL/25 para o paciente V.M.L., residente na Rua Pernambuco, 281, Nossa Senhora de Fatima, a quantidade de 60 cp Luteína 10mg, Zeaxantina 2mg, vitamina c 45mg, vitamina e 10mg, Cobre 900mcg e Zinco 7mg (NEOVITE MAX).

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	Luteína 10mg, Zeaxantina 2mg, vitamina c 45mg, vitamina e 10mg, Cobre 900mcg e Zinco 7mg - NEOVITE MAX	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



Naessa Corrêa Silva Marques
Matrícula 441505
Farmacêutica Responsável
Fiscal de Contrato



Paulo Rodrigues Rocha
Secretária Municipal de Saúde
Gestor de Contrato



Ofício nº 132/2025

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, 02 de Maio 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: farmaciamecmunicipal@yahoo.com.br	Telefone: (34) 3819-1257

OBJETIVO

Fornecimento de ESTRIOLO 1MG/G, PROLIVE 55MG, ORLISTAT 120MG, DOLAMIN 125MG, ACHEFLAN, DISFOR, MESALAZINA, MECOBOLAMINA para atender exclusivamente paciente autorizado, do mês de Maio/2025.

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

Para a paciente J.V.C.F., Rua B, 621, Catulina - a quantidade 2 TB ESTRIOLO 1MG/G, 90 CP PROLIVE 55MG, 60 CP ORLISTAT 120MG, 30 CP DOLAMIN 125MG, 2 FR ACHEFLAN, 30 CP DISFOR 40MG, 90 CP MESALAZINA 1200MG, 30 CP MECOBOLAMINA 1000 MCG referente ao mês de MAIO/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	ESTRIOL 1MG/G	MENSAL	2 TB
2	PROLIVE 55MG	MENSAL	90 CP
3	ORLISTAT 120MG	MENSAL	84 CP

4	LISINA (DOLAMIN) 125MG	MENSAL	30 CP
5	ACHEFLAN SPRAY	MENSAL	2 FR
6	DIRFOR 40MG	MENSAL	30 CAPS
7	MESALAZINA(MESACOL MMX)1200MG	MENSAL	90 CP
8	MECOBOLAMINA 1000MCG	MENSAL	30 CP

Prazo de Entrega/ Execução: 05 dias úteis

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

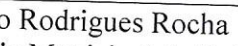
Prazo para pagamento: MENSAL

Atenciosamente,


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


 Naessa Correa Silva Marques
 Matrícula 441505
 Farmacêutica Responsável
 Fiscal de Contrato

Documento assinado digitalmente
gov.br PAULO RODRIGUES ROCHA
 Data: 02/05/2025 07:35:11-0300
 Verifique em <https://validar.itl.gov.br>


 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 094/2025

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 11 de Abril 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 UNDECILATO DE TESTOSTERONA 250MG/1ML para atender exclusivamente pacientes de processo judicial do mês de Abril/2025.

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

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

PROTOCOLADO
ASS: _____
DATA: ____/____/____

Prazo de Entrega/ Execução: 05 dias úteis

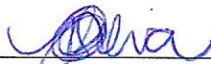
Local da Entrega/Execução: RUA UM, 14, BAIRRO CARMO

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



Documento assinado digitalmente
PAULO RODRIGUES ROCHA
Data: 30/04/2025 08:55:49-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

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 131/2025

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 28 de Abril 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 suplementos ATORVASTATINA 80MG, DAPAGLIFOZIFLOZINA 10MG, ENTRESTO 100MG; para atender exclusivamente pacientes de processo judicial do mês de Maio/2025.

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

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

Para a paciente Z.L.V., residente da rua D, 860, Catulina, a quantidade de 30cp de ATORVASTATINA 80MG, 30 cp DAPAGLIFOZIFLOZINA 10MG e 60 cp ENTRESTO 100MG, para cumprimento de ordem judicial 5006168-24.2024.8.13.0431, 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	ATORVASTATINA 80MG	MENSAL	30 CP

2	DAPAGLIFOZIFLOZINA 10MG	MENSAL	30 CP
3	ENTRESTO 100MG	MENSAL	60 CP

Prazo de Entrega/ Execução: 05 dias úteis

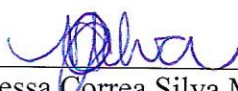
Local da Entrega/Execução: RUA UM, 14, BAIRRO CARMO

Prazo para pagamento: MENSAL

Atenciosamente,



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



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 130/2025

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 28 de Abril 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 METFORMINA, CLORIDRATO 750MG (GLIFAGE XR), GLYXAMBI 25/5MG para atender exclusivamente paciente de processo judicial do mês de Maio/2025.

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

A presente solicitação justifica-se em face da necessidade de atender há ordens judiciais referentes ao mês de MAIO/25 para o paciente W.L., residente na Rua Espírito Santo, 480, Vila Nova, a quantidade de 60 cp METFORMINA, CLORIDRATO 750MG, 30 cp GLYXAMBI 25/5MG.

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	METFORMINA, CLORIDRATO 750MG (GLIFAGE XR)	MENSAL	60 CP
2	GLYXAMBI 25/5MG	MENSAL	30 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



Naessa Correa Silva Marques
Matrícula 441505
Farmacêutica Responsável
Fiscal de Contrato



Paulo Rodrigues Rocha
Secretária Municipal de Saúde
Gestor de Contrato