



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO

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

Ofício nº 362/2025

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 15 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 SUGANON 5MG, DUSPATALIM 200MG 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 o paciente E.M.C, Praça José Bonifácio, 162, Centro, referente a ordem judicial 00552096-40.2011, do mês de OUTUBRO/2025, a quantidade de 120 CP SUGANON 5MG, 120 DUSPATALIM 200MG.

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	SUGANON 5MG	MENSAL	120 CP
2	DUSPATALIM 200MG	MENSAL	120 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 344/2025

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 26 de Setembro 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: farmaciameunicipal@yahoo.com.br	Telefone: (34) 3819-1257

OBJETIVO

Fornecimento dos medicamentos TIOTRÓPIO 2,5MCG, FORMOTEROL+BUDESONIDA 6/200MCG SPRAY INALATÓRIO para atender exclusivamente paciente de processo judicial do mês de Setembro/2025.

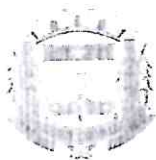
JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

A presente solicitação justifica-se em face da necessidade de atender a ordem judicial 5004341-41.2025.8.13.0431 referentes ao mês de SETEMBRO/25 para o paciente A.K.S.R., residente na Rua Antonio Paulino, 650, Santa Rita, a quantidade de 1 FR TIOTRÓPIO 2,5MCG, 1 FR FORMOTEROL+BUDESONIDA 6/200MCG SPRAY INALATÓRIO.

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	TIOTRÓPIO 2,5MCG	MENSAL	1 FR
2	FORMOTEROL+BUDESONIDA 6/200MCG SPRAY INALATÓRIO	MENSAL	1 FR



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO

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

Ofício nº 342/2025

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 26 de Setembro 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: farmaciameunicipal@yahoo.com.br	Telefone: (34) 3819-1257

OBJETIVO

Fornecimento dos medicamentos Clonixinato de lisina (125 mg) + cloridrato de ciclobenzaprina (5 mg). (DOLAMIM FLEX) para atender exclusivamente paciente de processo judicial do mês de Setembro/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 Setembro/2025 para o paciente N.A.L., residente na Rua 7 de Setembro, 367, Boa Vista, a quantidade de 15 cp Clonixinato de lisina (125 mg) + cloridrato de ciclobenzaprina (5 mg). (DOLAMIM FLEX).

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	Clonixinato de lisina (125 mg) + cloridrato de ciclobenzaprina (5 mg). (DOLAMIM FLEX)	UNICA	15 CP OU 1 CX



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO

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

Ofício nº 305/2025

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 01 de Setembro 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 MEMANTINA 10MG para atender exclusivamente paciente do mês de SETEMBRO/2025.

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

A presente solicitação justifica-se em face da necessidade referentes ao mês de SETEMBRO/25 para o paciente L.P.S., residente na Rua Ronan Cardoso, 394, Vila Nova, a quantidade de 120 cp MEMANTINA 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	MEMANTINA 10MG	MENSAL	120 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 304/2025

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 01 de Setembro 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: farmaciameunicipal@yahoo.com.br	Telefone: (34) 3819-1257

OBJETIVO

Fornecimento dos medicamentos ORLISTAT 120MG. CONCOR. VASTAREL MR. TREZOR. FIBER MAIS. TRELEGY, MESACOL, RIVOTRIL GTS, BUDESONIDA para atender exclusivamente paciente do mês de SETEMBRO/2025.

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

A presente solicitação justifica-se em face da necessidade referentes ao mês de SETEMBRO/25 para o paciente M.F.S., residente na Rua Ronan Cardoso, 394, Vila Nova, a quantidade de 90 cp ORLISTAT 120MG. 60 CP CONCOR 2,5MG, 1 FR BUDESONIDA 32MCG, 60 VASTAREL MR 35MG, 30 CP TREZOR 5MG, 1 PT FIBER MAIS. 1 FR TRELEGY, 60 CP MESACOL MMX 1200MG, 1 FR RIVOTRIL GTS .

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	ORLISTAT 120MG	MENSAL	90 CP
2	CONCOR (BISOPROLOL) 2,5MG	MENSAL	60 CP
3	BUDESONIDA 32MCG	MENSAL	1 FRASCO
4	RITMONORM 300MG	MENSAL	60 CP

5	TREZOR (ATORVASTATINA) 5MG	MENSAL	30 CP
6	FIBER MAIS	MENSAL	1 PT
7	TRELEGY (100 MCG DE FUROATO DE FLUTICASONA, 62,5 MCG DE UMECLIDÍNIO E 25 MCG DE VILANTEROL)	MENSAL	1 FR
8	MESACOL MMX (MESALAZINA) 1200MG	MENSAL	60 CP
9	RIVOTRIL (CLONAZEPAM) GTS 2,5MG/ML	MENSAL	1 FR

Prazo de Entrega/ Execução: 05 dias úteis

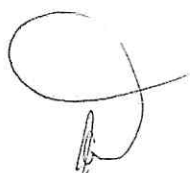
Local da Entrega/Execução: RUA UM, 14, BAIRRO CARMO

Prazo para pagamento: MENSAL

Atenciosamente,



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



Paulo Rodrigues Rocha
Secretária Municipal de Saúde
Gestor de Contrato

