



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO**

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

Ofício nº 010/2026

**DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD**

Monte Carmelo, 08 de Janeiro de 2026.

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

**OBJETIVO**

Fornecimento dos medicamentos HIDROXIDO DE ALUMINIO+ HIDROXIDO DE MAGNÉSIO + DIMETICONA 40+30+5 MG/ML, TROK N para atender exclusivamente paciente de processo judicial do mês de Janeiro/2026.

**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 Janeiro/2026 para o paciente N.A.L., residente na Rua 7 de Setembro, 367, Boa Vista, a quantidade de 10 FRASCOS HIDROXIDO DE ALUMINIO+ HIDROXIDO DE MAGNÉSIO + DIMETICONA 40+30+5 MG/ML, 1 TB TROK N.

**DESCRIÇÕES E QUANTIDADES**

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

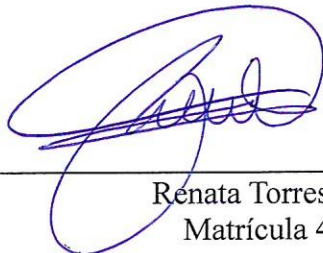
ITEM	DESCRIÇÃO/ESPECIFICAÇÃO	FORMA	QUANTIDADE
1	<b>HIDROXIDO DE ALUMINIO+ HIDROXIDO DE MAGNÉSIO + DIMETICONA 40+30+5 MG/ML</b>	<b>MENSAL</b>	<b>10 FRASCOS DE 200ML</b>
2	<b>TROK N</b>	<b>UNICA</b>	<b>1 TUBO</b>

Prazo de Entrega/ Execução: 05 dias úteis

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

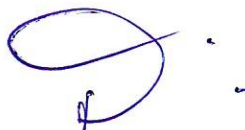
Prazo para pagamento: MENSAL

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 008/2025

## DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 05 de Janeiro de 2026.

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

### OBJETIVO

Fornecimento dos medicamentos ATROVENT 2,5MCG, TOPERMA 5%, PREGABALINA 75MG para atender exclusivamente paciente de processo judicial do mês de Janeiro/2026.

### JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

A presente solicitação justifica-se em face da necessidade de atender há ordens judiciais referentes ao mês de JANEIRO/26.

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%, 330 CP PREGABALINA 75MG 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	MENSAL	2 FR
2	TOPERMA 5%	MENSAL	120 CP

3	PEGABALINA 75MG	MENSAL	330 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 007/2026

## DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 05 de Janeiro de 2026.

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

### OBJETIVO

Fornecimento do suplemento CICLOSPORINA para atender exclusivamente pacientes de processo judicial do mês de Janeiro/2026.

### JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

A presente solicitação justifica-se em face da necessidade de atender há ordens judiciais referentes ao mês de JANEIRO/26.

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	MENSAL	100 CP

Prazo de Entrega/ Execução: 05 dias úteis

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

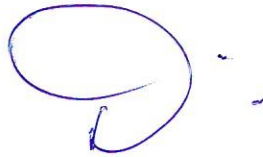
Prazo para pagamento: MENSAL

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 006/2026

## DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 05 de Janeiro de 2026.

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

### OBJETIVO

Fornecimento do suplemento WHEY PROTEIN ISO TRIPLE ZERO CHOCOLATE para atender exclusivamente pacientes de processo judicial do mês de Janeiro/2026.

### JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

A presente solicitação justifica-se em face da necessidade de atender há ordens judiciais referentes ao mês de JANEIRO/26.

Para a paciente V.B.C., residente na Rua Lambari, 43, Aeroporto, a quantidade de 01 POTE 900G WHEY PROTEIN ISO TRIPLE ZERO CHOCOLATE 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	<b>WHEY PROTEIN ISO TRIPLE ZERO CHOCOLATE</b>	<b>MENSAL</b>	<b>1 PT 900G</b>

Prazo de Entrega/ Execução: 05 dias úteis

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

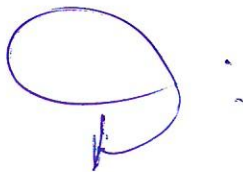
Prazo para pagamento: MENSAL

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 004/2026

**DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD**

Monte Carmelo, 05 de Janeiro de 2026.

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

**OBJETIVO**

Fornecimento do medicamento CARBONATO DE CÁLCIO (OSCAL) 500MG para atender exclusivamente paciente de processo judicial do mês de Janeiro/2026.

**JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE**

A presente solicitação justifica-se em face da necessidade de atender há ordens judiciais referentes ao mês de JANEIRO/26.

Para o paciente F.A.S, residente na rua Corredor Municipal, 111, B: Trevo a quantidade de 240 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	<b>CARBONATO DE CÁLCIO (OSCAL) 500MG</b>	<b>MENSAL</b>	<b>240 CP</b>

Prazo de Entrega/ Execução: 05 dias úteis

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

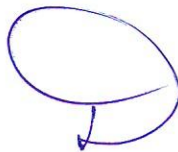
Prazo para pagamento: MENSAL

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 003/2026

## DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 05 de Janeiro de 2026.

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

### OBJETIVO

Fornecimento dos medicamentos FORMOTEROL+BUDESONIDA 6/200MCG SPRAY INALATÓRIO para atender exclusivamente paciente de processo judicial do mês de Janeiro/2026.

### 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 JANEIRO/26 para o paciente A.K.S.R., residente na Rua Antonio Paulino, 650, Santa Rita, a quantidade de 2 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	FORMOTEROL+BUDESONID A 6/200MCG SPRAY INALATÓRIO	MENSAL	2 FR

Prazo de Entrega/ Execução: 05 dias úteis

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

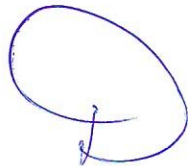
Prazo para pagamento: MENSAL

Atenciosamente,



---

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



---

Paulo Rodrigues Rocha  
Secretária Municipal de Saúde  
Gestor de Contrato



# PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO

CNPJ: 17.490.085/0001-36

Secretaria Municipal de Saúde

Farmácia de Todos

Ofício nº 002/2026

## DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 05 de Janeiro de 2026.

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

### OBJETIVO

Fornecimento dos medicamentos PENTASA SACHE 2G para atender exclusivamente paciente de processo judicial do mês de Janeiro/2026.

### JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

A presente solicitação justifica-se em face da necessidade de atender a ordem judicial 5001387-90.2023.8.13.0431, referentes ao mês de Janeiro/2026 para o paciente A.F.S., residente na Rua Quirino Jose Quadros, 1330, Nossa Senhora de Fatima, a quantidade de 84 UNIDADES de PENTASA 1G SUPOSITÓRIO.

### 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	PENTASA SUPOSITÓRIO 1G	MENSAL	84 UNIDADES

Prazo de Entrega/ Execução: 05 dias úteis

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

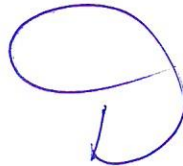
Prazo para pagamento: MENSAL

Atenciosamente,



---

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



---

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 005/2026

## DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 05 de Janeiro de 2026.

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

### OBJETIVO

Fornecimento dos medicamentos TCM, HIDRAKIDS; NEUTROGENA; BEPANTOL LABIAL, ALBUMINA, CONCERTA, PROEPA UNI, MOLICO, ATENTAH para atender exclusivamente paciente de processo judicial do mês de JANEIRO/2026.

### JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

A presente solicitação justifica-se em face da necessidade de atender o paciente P.P.R, Avenida Dona Clara, 792, Centro, referente a ordem judicial 0431.12.003475-3, do mês de JANEIRO/2026, a quantidade de 3 FR TCM VITAFOR, 1 FR HIDRAKIDS; 1 FR NEUTROGENA; 2 TB BEPANTOL LABIAL, 3 SCH ALBUMINA NATUROVOS, 60 CP CONCERTA 54MG, 120 CP PROEPA 1000MG, 10 LATAS MOLICO DESNATADO, 30 CP ATENTAH 40MG.

### 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	TCM VITAFOR	MENSAL	3 FR

2	<b>HIDRAKIDS</b>	<b>MENSAL</b>	<b>1 FR</b>
3	<b>NEUTROGENA HIDRATANTE</b>	<b>MENSAL</b>	<b>1 FR</b>
4	<b>BEPANTOL LABIAL</b>	<b>MENSAL</b>	<b>2 UNIDADES</b>
5	<b>ALBUMINA NATUROVOS</b>	<b>MENSAL</b>	<b>3 SACHES 420GR</b>
6	<b>CONCERTA 54MG</b>	<b>MENSAL</b>	<b>60 CP</b>
7	<b>PROEPA 1000MG</b>	<b>MENSAL</b>	<b>120 CP</b>
8	<b>MOLICO DESNATADO</b>	<b>MENSAL</b>	<b>10 LATAS</b>
9	<b>ATENTAH 40MG</b>	<b>MENSAL</b>	<b>30 CP</b>

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 001/2026

## DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 05 de Janeiro de 2026.

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

### OBJETIVO

Fornecimento dos MEDICAMENTOS MANIPULADOS, DEXCLORFERINAMINA POMADA, SIMBICORT 6/100 FRASCO, ATROPINA COLÍRIO 1%, MUVILAX, NEULEPTIL 1% para atender exclusivamente pacientes do mês de Janeiro/2026.

### 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 saches de MUVINLAX, 1 frasco de NEULEPTIL 1% referente ao mês de JANEIRO/2026.

### 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

	<b>ML</b> <b>2- FUROSEMIDA 10 MG – 45 ML</b> <b>3 - PROPRANOLOL 10 MG- 120 ML</b> <b>4 - MELATONINA 1 MG – 150 ML</b> <b>5 - ACIDO FÓLICO 5 MG – 10 GOTAS 1 VEZ AO DIA</b> <b>6 - CLOREXIDINA 0,12% - 450 ML</b> <b>7- NITROFURANTOÍNA 10 MG – 150 ML</b>		
2	<b>DEXCLORFERINAMINA POMADA</b>	<b>MENSAL</b>	<b>1 TUBO</b>
3	<b>SIMBICORT 6/100 FRASCO</b>	<b>MENSAL</b>	<b>120 DOSES</b>
4	<b>ATROPINA COLÍRIO 1%</b>	<b>MENSAL</b>	<b>4 FRASCOS</b>
5	<b>MUVINLAX SACHE</b>	<b>MENSAL</b>	<b>60 UNIDADES</b>
6	<b>NEULEPTIL 1%</b>	<b>MENSAL</b>	<b>1 FRASCO</b>

Prazo de Entrega/ Execução: 05 dias úteis

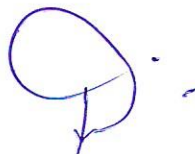
Local da Entrega/Execução: RUA UM, 14, BAIRRO CARMO

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