



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO

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

Ofício nº 219/2026

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 14 de Julho de 2026.

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO	
Sector 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 MEDICAMENTOS MANIPULADOS, DEXCLORFERINAMINA POMADA, CLOBAZAM 10MG, ATROPINA COLÍRIO 1%, SYMBICORT 6/100 INALAÇÃO, MUVINLAX SACHE para atender exclusivamente pacientes do mês de Agosto/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 – 75 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 – 180 ML POR MÊS; 120 CP LAMOTRIGINA 25MG; 60 FLACONETES SUCRAFILM; 60 CP CLOBAZAM 10MG, 3 FRASCOS ATROPINA COLÍRIO 1% , SYMBICORT 6/100MCG, 60 SACHES MUVINLAX referente ao mês de AGOSTO/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 ML 2- FUROSEMIDA 10 MG – 75 ML 3 - PROPRANOLOL 10 MG- 120 ML 4 - MELATONINA 1 MG – 150 ML 5 - ACIDO FÓLICO 5 MG – 10 GOTAS 1 VEZ AO DIA 6 - CLOREXIDINA 0,12% - 450 ML 7- NITROFURANTOÍNA 10 MG – 180 ML	MENSAL	DESCRIÇÃO
2	LAMOTRIGINA 25 MG	MENSAL	120 CP
3	SUCRAFILM	MENSAL	60 FLACONETES
4	ATROPINA COLÍRIO 1%	MENSAL	3 FRASCOS
5	CLOBAZAM 10MG	MENSAL	60 CP
6	SYMBICORT 6/100MCG PÓ INALAÇÃO	MENSAL	01 FRASCO
7	MUVINLAX SACHE	MENSAL	60 SACHÊS

Prazo de Entrega/ Execução: 05 dias úteis

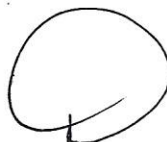
Local da Entrega/Execução: RUA UM, 14, BAIRRO CARMO

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 220/2026

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 14 de Julho de 2026.

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 do medicamento LIXIANA (EDOXABANA) 30MG para atender exclusivamente paciente de processo judicial do mês de Agosto/2026.

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

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

Para o paciente M.L.F., residente na rua Madre Cara, 420, B: Santa Rita, a quantidade de 120 CP DE LIXIANA (EDOXABANA) 30MG, atendendo ao pedido de cumprimento de ordem judicial em favor do paciente – 5004844.332023.8.13.0431.

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	LIXIANA (EDOXABANA) 30MG	MENSAL	120 CP



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO

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

Ofício nº 221/2026

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 14 de Julho de 2026.

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

OBJETIVO

Fornecimento dos medicamentos NEUTROGENA, PROEPA, BEPANTOL LABIAL, para atender exclusivamente paciente de processo judicial do mês de AGOSTO/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 AGOSTO/2026, a quantidade de 1 FR NEUTROGENA, 1 TB BEPANTOL LABIAL, 120 CP PROEPA 1000MG.

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	NEUTROGENA	MENSAL	1 FR
2	PROEPA 1000MG	MENSAL	120 CP
3	BEPANTOL LABIAL	MENSAL	1 TB



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE CARMELO

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

Ofício nº 222/2026

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Monte Carmelo, 14 de Julho de 2026.

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 do medicamento MORFINA 30MG para atender exclusivamente paciente de processo judicial do mês de Agosto/2026.

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

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

Para o paciente V.G.H.D., residente na Rua Dimas Resende, 680, B: São Sebastião a quantidade de 120 CP DE MORFINA 30MG, atendendo ao pedido de cumprimento de ordem judicial em favor do paciente – 5006416-24.2023.8.13.0431.

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	120 CP

Prazo de Entrega/ Execução: 05 dias úteis

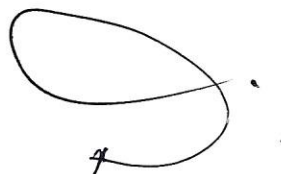
Local da Entrega/Execução: RUA UM, 14, BAIRRO CARMO

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