

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA**IDENTIFICAÇÃO DA ÁREA REQUISITANTE****UNIDADE REQUISITANTE:**

DEPARTAMENTO DE SAÚDE - DESAU

ADMINISTRAÇÃO (POSTÃO) - DESAU

RESPONSÁVEL PELA DEMANDA: MARLY MARTINS DA SILVA GARCIA**1. JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO DO MATERIAL/SERVIÇO**

Medicamentos destinados para pacientes que são cadastrados no Serviço Social deste Departamento de Saúde, de acordo com as prescrições médicas. Os fármacos são necessários para manutenção da saúde de forma a proporcionar uma qualidade de vida melhor para os usuários. Além de ir de encontro aos preceitos da Constituição Federal a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Medicamento deverá ser fornecido de forma imediata devido a urgência da aquisição. Atender a necessidade dos pacientes que fazem uso contínuo destes fármacos e também de forma a garantir os direitos como cidadão. Os pacientes são cadastrados no Serviço Social deste Departamento de Saúde de acordo com as condições sociais do mesmo, apresente solicitação tem como objetivo atender as necessidades de saúde do usuário por trinta dias (30 dias). Não será possível aguardar o prazo previsto na lei 14133 artigo 75 parágrafo 3º devido a urgência em se tratando de saúde da população.

2. QUANTIDADE DE MATERIAL/ SERVIÇO A SER CONTRATADO

11,000	CX	PREGABALINA 75 MG	CX C/30 CP
1,000	CX	BUPROPIONA 300 MG	CX C/30 CP
1,000	CX	TOPIRAMATO 50 MG	CX C/60 CP
1,000	CX	TIBOLONA 1,25 MG	CX C/30 CP
23,000	CP	ONDASETRONA 8MG	CX C/4 CP
5,000	UN	GLICEROL 95% ADULTO	CX C/6 UN
1,000	UN	POMADA POSTEC	
1,000	CX	ACERTIL 10 MG	CX C/30 CP
1,000	CX	NATRILIX SP 1,5MG C/ 30 CPS	SR
2,000	CX	GALVUS 50MG	CX C/30 CP
2,000	FR	SYSTANE UL - LUBRIFICANTE OFTALMO	COLIRIO
2,000	CX	COMBODART	CX C/30 CP
1,000	CX	VENVANSE 30 MG	CX C/30 CP
1,000	CX	EZETIMIBE 10 MG	CX C/30 CP
1,000	CX	DEPOSTERON 200 MG	
2,000	FR	RISPERIDONA 1MG/ML	TEM QUE SER RISPERIDON
2,000	CX	IVABRADINA 5 MG	CX C/30 CP
2,000	CX	MONTELUCASTE 4MG	CX C/30 CP
1,000	CP	PLENANCE EZE 20/10 - ROSUVASTATINA CÁLCICA+EZETIMIBA	
1,000	CX	PRESS PLUS 5/10MG	CX C/30 CP
1,000	CX	PANTOPRAZOL 40 MG C/ 28 CPS	
1,000	CX	SIMETICONA	
1,000	FR	COBAPEPIT 0,8MG + 0,2ML	
1,000	FR	RIFOTRAT	
1,000	UN	PYLORITRAT IBP	

3. PREVISÃO DE DATA QUE DEVE SER INICIADA A ENTREGA DO MATERIAL/SERVIÇO

No dia 08 de Maio de 2024

4. SERVIDOR RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DOS ESTUDOS TÉCNICOS PRELIMINARES E FISCALIZAÇÃO DA EXECUÇÃO DO OBJETO

Paulo Donizetti Sara

DIRETOR DE SAÚDE

Marly Martins Da Silva Garcia

REQUERENTE

5. PREVISÃO NO PCA**6. JUSTIFICATIVA PARA NÃO PREVISÃO NO PCA****7. NÚMERO DO PEDIDO**

002189/2024

MARLY MARTINS DA SILVA GARCIA