

**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**

Material destinado 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)

**2. QUANTIDADE DE MATERIAL/ SERVIÇO A SER CONTRATADO**

|       |     |                                                |
|-------|-----|------------------------------------------------|
| 2,000 | CX  | DONAREN 150 R 150MG CX C/30 CP                 |
| 1,000 | CX  | ESCITALOPRAM 10MG CX C/30 CP                   |
| 2,000 | CX  | SULPAN C/ 20 25MG                              |
| 1,000 | CX  | ROZEREN 8MG-RAMELTEONA CX C/30 CP              |
| 1,000 | CX  | RIVOTRIL 0,25MG CX C/30 CP                     |
| 2,000 | CX  | ANSITEC 10 MG - BUSPIRONA CX C/3,0 CP          |
| 1,000 | CX  | MIDAZOLAN 15 MG CX C/30 CP                     |
| 2,000 | CX  | DOLAMIN 125MG CX C/16 CP                       |
| 5,000 | AMP | CITONEURIN 5000 - INJETÁVEL                    |
| 1,000 | CX  | TOTAVIT CX C/30 CP- TEM QUE SER TOTAVIT        |
| 5,000 | CX  | BACLOFENO 10 MG CX C/20 CP                     |
| 3,000 | UN  | KOLLAGENASE 30G                                |
| 2,000 | CX  | NESINA MET 12,5+850MG - ALOGLIPTINA+METFORMINA |
| 2,000 | CX  | GALVUS MET 50/1000MG                           |
| 1,000 | CX  | PURAN T4 75 MG CX C/30 CP                      |

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

No dia 01 de Fevereiro 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**

000354/2024

Piraju - SP, 01 de Fevereiro de 2024.

MARLY MARTINS DA SILVA GARCIA