

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 paragrafo 3º devido a urgência em se tratando de saúde da população.																																																													
2. QUANTIDADE DE MATERIAL/ SERVIÇO A SER CONTRATADO																																																													
<table><tr><td>1,000</td><td>CX</td><td>ALENTHUS XR 150 MG</td><td>CX C/30 CP</td></tr><tr><td>4,000</td><td>CX</td><td>ESCITALOPRAN 10MG</td><td>CX C/30 CP</td></tr><tr><td>1,000</td><td>CX</td><td>MIRTAZAPINA 15 MG</td><td>CX /30 CP</td></tr><tr><td>12,000</td><td>CX</td><td>PREGABALINA 75 MG</td><td>CX C/30 CP</td></tr><tr><td>1,000</td><td>CX</td><td>PREGABALINA 150 MG</td><td>CX C/30 CP</td></tr><tr><td>1,000</td><td>CX</td><td>TRAZODONA 50MG</td><td>CX C/30 CP</td></tr><tr><td>1,000</td><td>CX</td><td>RIVOTRIL 0,25MG</td><td>CX C/30 CP</td></tr><tr><td>1,000</td><td>CX</td><td>ALPRAZOLAM 0,5 MG</td><td>CX C/30 CP</td></tr><tr><td>1,000</td><td>CX</td><td>DESVENLAFAXINA 50MG</td><td>CX C/30 CP</td></tr><tr><td>1,000</td><td>CX</td><td>VENLAFAXINA 75MG</td><td>OD CX C/30 CP</td></tr><tr><td>2,000</td><td>CX</td><td>VORTIOXETINA 5MG</td><td>CX C/30 CP</td></tr><tr><td>2,000</td><td>CX</td><td>TOPIRAMATO 50 MG</td><td>CX C/60 CP</td></tr><tr><td>4,000</td><td>AMP</td><td>DURATESTON - AMPOLAS</td><td>250MG/ML</td></tr><tr><td>5,000</td><td>CX</td><td>ANSITEC 10 MG - BUSPIRONA</td><td>CX C/20 CP</td></tr><tr><td>5,000</td><td>CX</td><td>TEGRETOL 400MG CR</td><td>CX C/20 CP - TEM QUE SER TEGRETOL</td></tr></table>		1,000	CX	ALENTHUS XR 150 MG	CX C/30 CP	4,000	CX	ESCITALOPRAN 10MG	CX C/30 CP	1,000	CX	MIRTAZAPINA 15 MG	CX /30 CP	12,000	CX	PREGABALINA 75 MG	CX C/30 CP	1,000	CX	PREGABALINA 150 MG	CX C/30 CP	1,000	CX	TRAZODONA 50MG	CX C/30 CP	1,000	CX	RIVOTRIL 0,25MG	CX C/30 CP	1,000	CX	ALPRAZOLAM 0,5 MG	CX C/30 CP	1,000	CX	DESVENLAFAXINA 50MG	CX C/30 CP	1,000	CX	VENLAFAXINA 75MG	OD CX C/30 CP	2,000	CX	VORTIOXETINA 5MG	CX C/30 CP	2,000	CX	TOPIRAMATO 50 MG	CX C/60 CP	4,000	AMP	DURATESTON - AMPOLAS	250MG/ML	5,000	CX	ANSITEC 10 MG - BUSPIRONA	CX C/20 CP	5,000	CX	TEGRETOL 400MG CR	CX C/20 CP - TEM QUE SER TEGRETOL
1,000	CX	ALENTHUS XR 150 MG	CX C/30 CP																																																										
4,000	CX	ESCITALOPRAN 10MG	CX C/30 CP																																																										
1,000	CX	MIRTAZAPINA 15 MG	CX /30 CP																																																										
12,000	CX	PREGABALINA 75 MG	CX C/30 CP																																																										
1,000	CX	PREGABALINA 150 MG	CX C/30 CP																																																										
1,000	CX	TRAZODONA 50MG	CX C/30 CP																																																										
1,000	CX	RIVOTRIL 0,25MG	CX C/30 CP																																																										
1,000	CX	ALPRAZOLAM 0,5 MG	CX C/30 CP																																																										
1,000	CX	DESVENLAFAXINA 50MG	CX C/30 CP																																																										
1,000	CX	VENLAFAXINA 75MG	OD CX C/30 CP																																																										
2,000	CX	VORTIOXETINA 5MG	CX C/30 CP																																																										
2,000	CX	TOPIRAMATO 50 MG	CX C/60 CP																																																										
4,000	AMP	DURATESTON - AMPOLAS	250MG/ML																																																										
5,000	CX	ANSITEC 10 MG - BUSPIRONA	CX C/20 CP																																																										
5,000	CX	TEGRETOL 400MG CR	CX C/20 CP - TEM QUE SER TEGRETOL																																																										
3. PREVISÃO DE DATA QUE DEVE SER INICIADA A ENTREGA DO MATERIAL/SERVIÇO																																																													
No dia 15 de Outubro de 2024																																																													
4. SERVIDOR RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DOS ESTUDOS TÉCNICOS PRELIMINARES E FISCALIZAÇÃO DA EXECUÇÃO DO OBJETO																																																													
Marly Martins Da Silva Garcia	requerente																																																												
Luciana Vendrameto	diretora de saúde																																																												
5. PREVISÃO NO PCA																																																													
6. JUSTIFICATIVA PARA NÃO PREVISÃO NO PCA																																																													
7. NÚMERO DO PEDIDO																																																													
005132/2024																																																													

Piraju - SP, 15 de Outubro de 2024.

MARLY MARTINS DA SILVA GARCIA