

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

**UNIDADE REQUISITANTE:** DEPARTAMENTO DE SAÚDE - DESAU  
ADMINISTRAÇÃO (POSTÃO) - DESAU

**RESPONSÁVEL PELA DEMANDA:** SERGIO DA FONTE SANCHES

**1. JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO DO MATERIAL/SERVIÇO**

Medicamento/ insumo destinado para pacientes do município de Piraju, 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. Os medicamentos/ insumos devem ser fornecidos imediatamente devido a urgência da aquisição dos mesmos, não sendo dessa forma viável a publicação prevista em lei, visto que a urgência na aquisição dos medicamentos/insumos se trata de saúde e/ou manutenção da mesma.

Informo também que a interrupção ou o não uso dos medicamentos/ insumos, pode ser extremamente prejudicial à saúde do paciente, como:

- Recaída da condição médica;
- Complicações agudas e Exacerbações de um sintoma de uma doença;
- Resistência a Medicamentos;
- Efeitos de Abstinência;
- Complicações Psicológicas;
- Perda de Eficácia do Tratamento.

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

|       |    |                                                                                              |
|-------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2,000 | CX | LUVIS S - LUTEINA+ZEAXANTINA+OMEGA 3+EXTRATO SECO DE SEMENTE DE UVA                          |
| 1,000 | CX | BRAMICAR HCT 40/12,5MG CX C/30 CP                                                            |
| 1,000 | CX | NAPRIX D 5+12,5MG - RAMIPRIL+HIDROCLOROTIAZIDA                                               |
| 1,000 | CX | NEBLOCK 5 MG                                                                                 |
| 1,000 | CX | NITRENDIPINO 10 MG                                                                           |
| 3,000 | CX | VALSARTANA 160MG                                                                             |
| 1,000 | CX | PRESS PLUS 5/10MG CX C/30 CP                                                                 |
| 1,000 | CX | VENZER HCT 16/12,5                                                                           |
| 2,000 | CX | BRAMICAR 40MG CX C/30 CP PEDIDO 6258                                                         |
| 1,000 | FR | AVAMYS - FUROATO DE FLUTICASONA 27,5MCG                                                      |
| 1,000 | UN | PROGESTERONA PROGESTERONA BASE MICRONIZADA 10MG + PENTRVAN QSP 1ML + FRASCO PUMP 30ML        |
| 1,000 | CX | IMPERE 0.5MG CX C/30 CP                                                                      |
| 1,000 | CX | DONILA DUO 10/20 MG                                                                          |
| 8,000 | TB | TOPCOID GEL 500 - POLISSULATO DE MUCOPOLISSACARIDEO 5 MG/G - 45 G PODE SER DE QUALQUER MARCA |

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

No dia de de

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

Sergio Da Fonte Sanches DIRETOR DE SAÚDE

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

000042/2025

Piraju - SP, 21 de Janeiro de 2025.

SERGIO DA FONTE SANCHES