



1. DOCUMENTO DE SOLICITAÇÃO DE DEMANDA

Órgão: Secretaria Municipal de Saúde

Setor requisitante (Unidade/Setor/Departamento): Farmácia/

Responsável pela Demanda: **Isaque Mateus Tognolli**

Matrícula:

Telefone: (19) 3575-9030

E-mail:

csfarmacia3@itirapina.sp.gov.br

1. Objeto:

Aquisição de medicamentos de forma parcelada pelo período de 12 (doze) meses, na forma de registro de preços.

2. Justificativa da necessidade da contratação

Como a administração realiza aquisição de medicamentos atendendo solicitação, via processo administrativo municipal, se faz necessário licitar os medicamentos que são requeridos e que não estão na REMUME. Para aproveitar o presente processo licitatório, foram listados medicamentos fracassados ou desertos no Pregão Eletrônico 59/2023, sob Processo administrativo 550/2023.

3. Descrições e quantidades

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	APRESENTAÇÃO
1	ACIDO FOLINICO 15MG	5000	COMPRIMIDO
2	ÁCIDO TRANEXAMICO 250MG	30000	COMPRIMIDO
3	AMINAFTONA 75 MG	5000	COMPRIMIDO
4	Amoxicilina 500mg + Clavulanato de Potassio 125mg	50000	COMPRIMIDO
5	ARIPIRAZOL 10 MG	5000	COMPRIMIDO
6	ARIPIRAZOL 1MG/ML SUSPENSAO ORAL	300	FRASCO COM 150 ML
7	BETAISTINA 24MG	10000	COMPRIMIDO
8	BISOPROLOL 10 MG	5000	COMPRIMIDO
9	BISOPROLOL 2,5MG	5000	COMPRIMIDO
10	BREXPIRAZOL 0,5 MG	5000	COMPRIMIDO



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITIRAPINA

Secretaria Municipal de Saúde

Avenida 05, esquina com a Rua 05, nº 245 – Centro – SP – CEP 13530-000

CNPJ: 46.313.714/0001-50 – Inscr. Estadual: Isenta

Fone: (19) 3575-9202

11	CIPIONATO DE TESTOSTERONA 200MG/2ML SOL. INJETAVEL	150	AMPOLA COM 2 ML
12	CIPROFLOXACINO 0,3% + CLORETO DEXAMETASONA 0,1% POMADA OFTALMICA	100	BISNAGA COM 3,5 G
13	CLORIDRATO DE BUPROPIONA 300 MG	5000	COMPRIMIDO
14	Cloridrato de Clonidina 0,150mg	360	COMPRIMIDO
15	CLORIDRATO DE METILFEMIDATO 20MG	10000	CÁPSULA
16	CLORIDRATO DE METILFENIDATO 10MG	10000	COMPRIMIDO
17	CLORIDRATO DE NALTREXONA 50MG	30000	COMPRIMIDO
18	CLORIDRATO DE PAROXETINA 25 MG	5000	COMPRIMIDO
19	CLORIDRATO DE PROXIMETACAÍNA 5MG/ML - solução oftálmica estéril	50	FRASCO DE 5 ML
20	CLORIDRATO DE TRAZODONA 50MG	30000	COMPRIMIDO
21	COLAGENO TIPO II 40 MG		CÁPSULA
22	COLECALCIFEROL 1000 UI VITAMINA D	5000	CÁPSULA
23	COLECALCIFEROL 10000 UI VITAMINA D	5000	CÁPSULA
24	COLECALCIFEROL 15000 UI VITAMINA D	5000	CÁPSULA
25	COLECALCIFEROL 2000 UI VITAMINA D	5000	CÁPSULA
26	COLECALCIFEROL 5000 UI VITAMINA D	5000	CÁPSULA
27	COLECALCIFEROL 50000 UI VITAMINA D	5000	CÁPSULA
28	COLECALCIFEROL 7000 UI VITAMINA D	5000	CÁPSULA
29	DAPAGLIFLOZINA+METFORMINA 5/1000MG	5000	COMPRIMIDO
30	DESVENLAFAXINA 100 MG	5000	COMPRIMIDO
31	DEXA-CITONEURIN ACETATO DE DEXAMETASONA 5MG + CLORIDRATO DE TIAMINA 100MG + CLORIDRATO DE PIRIDOXINA 100MG + CIANOCOBALAMINA 4MG SOL. INJETÁVEL	300	AMPOLA I (1ML) +AMPOLA II (2ML)
32	DIACEREINA 50 MG	5000	CAPSULA
33	DIENOGESTE 2MG	5000	COMPRIMIDO
34	DIMESILATO DE LISDEXANFETAMINA 30MG	10000	CAPSULA
35	DIPROPIONATO DE BETAMETASONA 0,5MG/G+SULFATO DE GENTAMICINA 1MG/G CREME	600	TUBO COM 30 G
36	DULOXETINA 30MG	5000	CÁPSULA
37	DULOXETINA 60MG	5000	CÁPSULA
38	EDOXABANA 30 MG	5000	COMPRIMIDO
39	EMPAGLIFOZINA 10 MG	15000	COMPRIMIDO
40	ESTRADIOL 1MG +NORETISTERONA 0,5MG	5000	COMPRIMIDO
41	ETEXILATO DE DABIGATRANA 150MG	5000	CÁPSULA
42	GINKGOBILOBA 120MG	50000	COMPRIMIDO
43	HEPARINA SODICA GEL DE 200 U/G HIDROXICOBALAMINA 5 MG/ML SOL. INJETAVEL	200	BISNAGA COM 40G
44		100	AMPOLA 1 ML



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITIRAPINA

Secretaria Municipal de Saúde

Avenida 05, esquina com a Rua 05, nº 245 – Centro – SP – CEP 13530-000

CNPJ: 46.313.714/0001-50 – Inscr. Estadual: Isenta

Fone: (19) 3575-9202

45	INSULINA GLARGINA 100U/ML+LIXISENATIDA 50MCG/ML	100	Sistema de aplicação preenchido com 3mL
46	LEVETIRACETAM 250MG	5000	COMPRIMIDO
47	LEVETIRACETAM 750MG	5000	COMPRIMIDO
48	LIRAGLUTIDA 6MG/ML	100	Sistema de aplicação preenchido com 3mL
49	LOÇÃO HIDRATANTE CORPORAL. NÃO OLEOSA. ALTA CONCENTRAÇÃO DE GLICERINA E D-PANTENOL	100	FRASCO COM 200ML
50	MECOBALAMINA 1000MCG	5000	COMPRIMIDO SUBLINGUAL
51	Metildopa 500 mg	300	COMPRIMIDO
52	MIRTAZAPINA 30MG	5000	COMPRIMIDO
53	MULTIVITAMINICO INFANTIL LÍQUIDO	100	FRASCO 150ML
54	OLMESARTANA MEDOXOMILA 20 MG + HCTZ 12,5 MG	5000	COMPRIMIDO
55	OLMESARTANA MEDOXOMILA 40MG/HIDROCLOROTIAZIDA 25MG	5000	COMPRIMIDO
56	PAROXETINA 30MG	5000	COMPRIMIDO
57	PIOGLITAZONA 30 MG	10000	COMPRIMIDO
58	PIRIMETAMINA 25MG	5000	COMPRIMIDO
59	PREGABALINA 75MG	15000	COMPRIMIDO
60	QUETIAPINA 100MG	5000	COMPRIMIDO
61	QUETIAPINA 25MG	15000	COMPRIMIDO
62	SOLUÇÃO ENEMA DE GLICERINA 12% 500ML	5000	FRASCO + SONDA RETAL
63	SULFATO DE GLICOSAMINA 1,5G+SULFATO DE CONDROITINA 1,2G	30000	SACHE
64	SUPLEMENTO VITAMÍNICO A-Z E MINERAIS	50000	COMPRIMIDO
65	TOPIRAMATO 100MG	5000	COMPRIMIDO
66	VALERATO DE BETAMETASONA 2,5MG + HIALURONIDASE 150UTR POMADA	100	TUBO COM 20G
67	VALSARTANA 320 MG + BESILATO DE ANLODIPINO 6,94 MG	5000	COMPRIMIDO
68	VENLAFAXINA 75MG	5000	COMPRIMIDO
69	VITAMINA B1 100MG(TIAMINA)+ VIT B6 100MG(PIRIDOXIN) + VIT B12 5000MG	5000	DRAGEAS



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITIRAPINA

Secretaria Municipal de Saúde

Avenida 05, esquina com a Rua 05, nº 245 – Centro – SP – CEP 13530-000
CNPJ: 46.313.714/0001-50 – Inscr. Estadual: Isenta
Fone: (19) 3575-9202

70	VITAMINA B1 100MG(TIAMINA)+ VIT B6 100MG(PIRIDOXIN) + VIT B12 5000MG SOL. INJETÁVEL	300	AMPOLA I (1ML) +AMPOLA II (1ML)
71	VITAMINA D3 (COLECALCIFEROL) 1000UI GOTAS	100	FRASCO COM 10ML

4. Observações gerais

4.1. Prazo de Entrega/ Execução: Janeiro/2024

4.2. Local e horário da Entrega/Execução: Farmácia Centro de Saúde III

4.3. Unidade e servidor responsável para esclarecimentos: Isaque (Farmácia)

4.4. Prazo para pagamento: Janeiro 2024

gov.br

Documento assinado digitalmente

ISAQUE MATEUS TOGNOLLI

Data: 07/11/2023 14:45:06-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Itirapina, 05 de outubro de 2023

Isaque Mateus Tognolli

Farmacêutico

Em conformidade com a legislação que rege o tema, encaminhe-se à autoridade competente para análise de conveniência e oportunidade para a contratação e demais providências cabíveis.