



INDEPENDÊNCIA
SISTEMA DE COMPRAS E LICITAÇÕES
RESULTADOS PEDIDO DE COMPRA / SERVIÇO

Impressão: 03/11/2025

Hora: 11:16:51



PEDIDO DE COMPRA: 000773/2025
EMIÇÃO: 03/11/2025
SECRETARIA: SECRETARIA DE SAUDE
TIPO DO PEDIDO: PADRÃO

OBJETIVO

MEDICAMENTO - NALTREXONA 50MG

JUSTIFICATIVA

Solicita-se a aquisição do medicamento Naltrexona para o paciente R.C. dos S.M., atendido pela Secretaria Municipal de Saúde. Ressalta-se que o paciente necessita fazer uso contínuo do referido medicamento por, no mínimo, 03 meses, como parte do tratamento contra a dependência alcoólica, visando à melhoria de seu quadro clínico e à promoção de sua saúde integral. Informa-se, ainda, que o medicamento não é disponibilizado pelo Estado, tampouco adquirido pelo Município por meio de consórcio ou pregão vigente, sendo, portanto, necessária sua aquisição direta para atendimento à demanda do paciente.

PRICILA PEREIRA MEURER LTDA - 4763
11.420.912/0001-39

Total do fornecedor
449,70

Lot/Item	Valor Ref	Qtde Min	Qtde Max	Descrição	UN	Valor do item	Total Item
0000/001	0,00	0,00	3,00	25747 - NALTREXONA 50 MG	CX	149,90	449,70

Descrição adicional:

caixa com 30 comprimidos, entregue com no mínimo 75% da validade. Entregue na Farmacia Basica Municipal (rua Ipiranga, 540, Ind. 98915-000).

Dotação: SUPERAVIT - Acesso: 692 Projeto: 2100 Rubrica: 3390 32 00 00 000 Desdobramento: Relacionamento: / Banco: - Agência: Conta:

Total geral itens R\$ 449,70

Resumo das dotações - (S) = SUPERAVIT

Acesso	Projeto	Rubrica	Vinculo	Subvinculo	Total
(S) - 692	2100	3390 32 00 00 000	Recursos não Vinculados de Impostos	0	449,70

Total geral dotações R\$ 449,70

SECRETARIA DE SAUDE

DEPARTAMENTO DE COMPRAS

INDEPENDÊNCIA, Em 3 de Novembro de 2025

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Fone: (55) 3539-1118 - Independência - RS

1ª via - farmácia
2ª via - paciente

Nome Completo: _____
CRM: _____ UF: _____
Endereço Completo: _____
Telefone: 997182407 Cidade: _____

Paciente: fulvito Carlos Desconsi Moura
Endereço: Roberto

Prescrição:

no anal:

1. Maltirona 5mg

30cp

Tomar 2 comprimidos, w,
sem monia.

4cx
alcolimio

Data: 29/10/2025

Mariana Tals Desconsi
Médica

Carimbo e Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Ident.: _____
Órg. Emissor: _____
End.: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIF. DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____