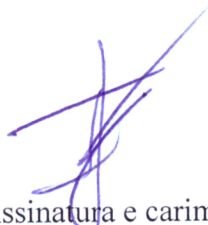




ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
MUNICÍPIO DE SÃO VICENTE DO SUL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

| Nº 003/2025                                                                                                                                          |                                                                                                                                              | DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                        |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>Data:</b><br>10/06/2025                                                                                                                           |                                                                                                                                              | <b>Setor Solicitante:</b> SECRETARIA DE SAÚDE                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                        |              |
| <b>Material:</b><br>( x ) Consumo<br>( ) Permanente<br>( ) Serviços                                                                                  |                                                                                                                                              | <b>Responsável pela solicitação:</b> Cristian Jeferson Fagundes Souza<br><b>E-mail:</b> farmacia@saovicentadosul.rs.gov.br<br><b>Telefone Fixo:</b> 0800-000-4377 <b>Ramal:</b> 318                                                                      |                                                                                                                                                                                        |              |
| <b>Prazo final de entrega / conclusão dos serviços:</b>                                                                                              | <b>Responsável Técnico:</b> Cristian Jeferson Fagundes Souza<br><b>Telefone:</b> 55996919115                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Previsão de Consumo:</b>                                                                                                                                                            |              |
|                                                                                                                                                      | <b>Objeto</b>                                                                                                                                | <b>Departamento / Coordenação</b>                                                                                                                                                                                                                        | <b>Secretário(a):<br/>Nome do Secretário</b>                                                                                                                                           |              |
|                                                                                                                                                      | Fiscal do Contrato:<br>Cristian Jeferson Fagundes Souza<br><br>Ian da Silva Patias<br><br>Gestor Do Contrato:<br>GABRIELLA DA SILVA ZUQUETTO | Registro de Preços para futura aquisição parcelada de medicamentos para abastecimento dos estoques da Farmácia Básica Municipal.<br><br><br><br>Assinatura e carimbo | 10/06/2025 Declaro estar ciente e concordo com a solicitação.<br><br><br><br>Assinatura e carimbo |              |
| <b>JUSTIFICATIVA:</b> Justifica-se a presente aquisição para atender a demanda necessária dos estoques da farmácia básica municipal deste município. |                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |              |
| <b>I.</b>                                                                                                                                            | <b>Material Especificado</b>                                                                                                                 | <b>Q</b>                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>UN</b>                                                                                                                                                                              | <b>PREÇO</b> |
| 1.                                                                                                                                                   | Ampicilina 500 mg                                                                                                                            | 9000                                                                                                                                                                                                                                                     | CP                                                                                                                                                                                     |              |
| 2.                                                                                                                                                   | Brometo de Ipratrópio 20 mcg/dose Frasco 120 doses spray oral                                                                                | 500                                                                                                                                                                                                                                                      | FR                                                                                                                                                                                     |              |



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**  
**MUNICÍPIO DE SÃO VICENTE DO SUL**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

|     |                                                                                                       |        |     |  |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|--|
| 3.  | Cloreto de Sódio 0,9 % solução nasal sem conservante – Frasco Nasal 100 MI                            | 500    | FR  |  |
| 4.  | Cloreto de sódio 0,9% - Flaconete 10 mL                                                               | 500    | FR  |  |
| 5.  | Cloreto de sódio 10% injetável - Ampola 10 mL                                                         | 500    | AMP |  |
| 6.  | Cloridrato de Clonidina 150mcg/ml (IT, EP, IV e IM) - Ampola 1ml                                      | 500    | AMP |  |
| 7.  | Cloridrato de Clorpromazina 40 mg/ml solução oral - Frasco com 20ml                                   | 300    | FR  |  |
| 8.  | Cloridrato de Dorzolamida 20 mg/mL – frasco com 5 mL                                                  | 300    | FR  |  |
| 9.  | Cloridrato de Metilfenidato 10 mg – comprimido de liberação prolongada                                | 10.000 | CP  |  |
| 10. | Cloridrato de Tetracaína 1% + Cloridrato de Fenilefrina 0,1% solução oftálmica estéril - Frasco 10 mL | 500    | FR  |  |
| 11. | Colagenase 0,6 UI + Cloranfenicol 0,01 g pomada - Bisnaga 30 g                                        | 500    | TB  |  |
| 12. | Complexo B + Frutose - Ácido Ascórbico - Ampola A 10 mL + Ampola B 10 mL                              | 500    | AMP |  |
| 13. | Diclofenaco Potássico 25mg/mL injetável IM - Ampola 3 mL                                              | 1000   | AMP |  |
| 14. | Dicloridrato de Flunarizina 10 mg                                                                     | 300    | CP  |  |
| 15. | Dimenidrinato 50 mg/mL + Piridoxina 50 mg/ml solução injetável - Ampola 1ml                           | 500    | AMP |  |
| 16. | Etilefrina 10 mg/ml solução injetável - Ampola 1ml                                                    | 500    | AMP |  |
| 17. | Fenitoína sódica 20 mg/mL solução oral - Frasco 60ml                                                  | 500    | FR  |  |



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
MUNICÍPIO DE SÃO VICENTE DO SUL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

|     |                                                                                                                                                                                                                  |         |     |  |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----|--|
| 18. | Fenobarbital 40 mg/mL solução oral - Frasco 20 mL                                                                                                                                                                | 500     | FR  |  |
| 19. | Fenobarbital sódico 100 mg/mL solução injetável - Ampola 2 mL                                                                                                                                                    | 500     | AMP |  |
| 20. | Fenobarbital sódico 200 mg/mL 1 mL solução injetável (IM) - Ampola 1 mL                                                                                                                                          | 500     | AMP |  |
| 21. | Gliconato de cálcio 10 % solução injetável 10 mL - Ampola 10ml                                                                                                                                                   | 500     | AMP |  |
| 22. | Levodropropizina 6 mg/mL – 100 ml                                                                                                                                                                                | 1000    | FR  |  |
| 23. | Nitrato de Miconazol 20 mg/g gel oral – Bisnaga 40 g                                                                                                                                                             | 500     | TB  |  |
| 24. | Omeprazol 20 mg                                                                                                                                                                                                  | 100.000 | CP  |  |
| 25. | Palmitato de Retinol + Colecalciferol + Fosfato Sódico de Riboflavina + Ácido Ascórbico + Cloridrato de Piridoxina + Dexpanthenol + Acetato de Racealfatocoferol + Nicotinamida solução injetável - Ampola 10 mL | 1000    | AMP |  |
| 26. | Permetrina 10 mg/mL shampoo - Frasco 60 mL                                                                                                                                                                       | 500     | FR  |  |
| 27. | Pirimetamina 25 mg                                                                                                                                                                                               | 2000    | CP  |  |
| 28. | Polissulfato de Mucopolisacarídeo 3 mg/ml - gel tópico/Bisnaga 40 gr                                                                                                                                             | 500     | TB  |  |
| 29. | Quetiapina 25 mg                                                                                                                                                                                                 | 10000   | CP  |  |
| 30. | Quetiapina 50 mg liberação prolongada                                                                                                                                                                            | 10000   | CP  |  |



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
MUNICÍPIO DE SÃO VICENTE DO SUL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

|     |                                                                                         |       |    |  |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------|----|--|
| 31. | Quetiapina 100 mg                                                                       | 10000 | CP |  |
| 32. | Risperidona 1 mg/ml solução oral - Frasco 30 ml                                         | 500   | FR |  |
| 33. | Sulfato de Morfina 10 mg - COMPRIMIDO                                                   | 1000  | CP |  |
| 34. | Sulfato de Morfina 10 mg/mL - Frasco 60 mL                                              | 300   | FR |  |
| 35. | Sulfato de Polimixina B 10.000 UI + Lidocaína 43,4 mg, Solução otológica - frasco 10 mL | 300   | FR |  |