



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
MUNICÍPIO DE SÃO VICENTE DO SUL  
SECRETARIA SOLICITANTE

3		ACEBROFILINA 10MG/ML XPE 120 ML	100				
4		ACEBROFILINA 10MG/ML XPE 100 ML	100				
5		AMOXICILINA 50MG/ML - PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL DE 150 ML	150				
6		AMOXICILINA 50MG/ML - PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL DE 60 ML	200				
7		DESLORATADINA 0,5 MG/ML – FRASCO 60 ML	150				
8		DESLORATADINA 0,5 MG/ML – FRASCO 100 ML	150				
9		METILDOPA 250MG – COMPRIMIDO	5000				
10		METFORMINA 850 MG – COMPRIMIDO	10000				
11		DIOSMINA 450 MG + HESPIRIDINA 50 MG	7000				



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
MUNICÍPIO DE SÃO VICENTE DO SUL  
SECRETARIA SOLICITANTE

Nº 01 / 2023		SOLICITAÇÃO DE COMPRA					
<b>Data:</b> 12/07/2023		<b>Setor Solicitante:</b> SECRETARIA DE SAÚDE <b>Responsável pela solicitação:</b> Cristian Jeferson Fagundes Souza <b>E-mail:</b> farmacia@saovicentadosul.rs.gov.br <b>Telefone Fixo:</b> 3257-2901 <b>Celular:</b> 999683007					
<b>Material:</b> ( x ) Consumo ( ) Permanente ( ) Serviços		<b>Responsável Técnico:</b> <b>Telefone:</b>			<b>Previsão de Consumo:</b>		
<b>Prazo final de entrega / conclusão dos serviços:</b>		<b>Justificativa</b>		<b>Departamento / Coordenação</b>		<b>Secretaria</b>	
<b>Fiscal do Contrato:</b>		Compra de medicação para manutenção da farmácia básica, devido a pregão CIRC não possuir mais ganhadores para pedido futuros, pregão extra já sendo encaminhado para futuras compras.		12/07/2023 Declaro estar ciente e concordo com a solicitação.		12/07/2023 Existe a necessidade de aquisição material / serviço descrito abaixo. Estou de acordo com a solicitação e justificativa.	
DOT. REA. 36 R30							
<b>Fonte de Recursos:</b> 500				Assinatura e carimbo		Assinatura e carimbo	
I.	Cód. Lic.	Material Especificado	Q	UN	Valor U.	Valor T.	Obs.
1		AMOXICILINA 500MG + CLAVULANATO DE POTÁSSIO 125MG - COMPRIMIDO	5100				
2		AMOXICILINA 50MG/ML + CLAVULANATO DE POTÁSSIO 12,5MG/ML - SUSPENSÃO ORAL DE 75 ML	100				