



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

33

| Nº 21/2024   |   | DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA   |  |             |
|--|---|--|--|-------------|
| <b>Data:</b><br>17/10/2024   | <b>Setor Solicitante:</b> Hospital São Vicente Ferrer<br><b>Responsável pela solicitação:</b> Isadora Dias Schievelbein |  |  |             |
| <b>Material:</b><br>( x ) Consumo<br>( ) Permanente<br>( ) Serviços  | <b>E-mail:</b> farmaciasvs@saovicentadosul.rs.gov.br<br><b>Telefone Fixo:</b> 0800-000-4377                             |  | <b>Ramal:</b> 308  |             |
| <b>Prazo final de entrega / conclusão dos serviços:</b><br>~5 dias   | <b>Responsável Técnico:</b> Isadora Dias Schievelbein<br><b>Telefone:</b> 55 996732716                                  |  | <b>Previsão de Consumo:</b><br>~5 dias   |             |
|  | <b>Objeto</b>   | <b>Departamento / Coordenação</b>  | <b>Secretário(a):</b><br>Gabriella da Silva Zuchetto   |             |
| <b>Fiscal do Contrato:</b><br>Giovane da Rosa Carpes   | ✓ Aquisição de medicamento com urgência para uso em pacientes internados e em observação do HSVF.                       | 17/10/2024 Declaro estar ciente e concordo com a solicitação.                                    | / /2024 Existe a necessidade de aquisição material / serviço descrito abaixo. Estou de acordo com a solicitação e justificativa. |             |
| <b>Gestor Do Contrato:</b><br>Gabriella da Silva Zuchetto  |   | <i>Isadora Dias Schievelbein</i><br>CRF/RS 588284<br><i>Isadora Dias</i><br>Assinatura e carimbo | <i>Gabriella da Silva Zuquetto</i><br>Secretária Municipal de Saúde<br>Secretaria de Saúde<br>Assinatura e carimbo               |             |
| <b>JUSTIFICATIVA:</b><br>✓ Trata-se da aquisição de medicamentos com urgência para uso em pacientes internados e em observação do hospital municipal São Vicente Ferrer, visto que o item no pregão foi cancelado e é de extrema importância para uso no hospital. |   |  |  |             |
| <b>I.</b>  | <b>Material Especificado</b>  | <b>Q</b>   | <b>UN</b>  | <b>Obs.</b> |
| 1  | Omeprazol 40 mg pó liófilo para solução injetável + diluente 10 mL  | 200  | FR   | URGÊNCIA    |