



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO PARAÍSO
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Protocolo nº 148
06/8/2024
Sessão

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA

Pelo presente instrumento, em atendimento à Lei 14.133/2021, encaminhe-se à consideração do(a) Autoridade Competente da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, Documento de Formalização da Demanda – DFD para análise e adoção das providências necessárias à abertura do processo de contratação.



Unidade Requisitante

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, 14.588.101/0001-30

Justo Coelho de Sá Filho,



Objeto

Contratação de empresa para o fornecimento parcelado de medicamentos para a Farmácia Básica, para atender as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde de São João do Paraíso/MA

Justificativa da Necessidade

A Prefeitura Municipal de São João do Paraíso enfrenta desafios na disponibilidade consistente e adequada de medicamentos e correlatos para atender às necessidades de saúde da população local. A escassez e a inadequação dos estoques de remédios impactam diretamente no atendimento prestado nos serviços de saúde pública, gerando transtornos para os pacientes que muitas vezes não conseguem obter o tratamento necessário.



Essa situação compromete a eficácia dos programas de saúde preventiva e assistencial, prejudicando a qualidade de vida dos cidadãos e contribuindo para o agravamento de doenças crônicas e o aumento da demanda por atendimentos emergenciais. Além disso, a falta de medicamentos também gera desperdício de recursos públicos, uma vez que a compra de remédios em caráter emergencial costuma ser mais onerosa.

Diante desse cenário, é urgente a necessidade de implementar medidas que garantam a regularidade no abastecimento e a diversificação dos medicamentos disponíveis nas unidades de saúde do município. Somente dessa forma será possível assegurar o acesso equitativo e universal aos tratamentos necessários, promovendo a melhoria da saúde da população de São João do Paraíso e fortalecendo o sistema de saúde local.



Data Prevista da Demanda

A execução do objeto da presente Demanda deverá ser iniciada na data prevista de 30 de Setembro de 2024.



Alinhamento com o Plano de Contratação Anual

A Prefeitura Municipal de São João do Paraíso optou pela não elaboração do Plano Anual de Contratações, por essa razão a presente demanda não possui alinhamento com o planejamento da organização.



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO PARAÍSO
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Protocolo nº 149
068/2024
[Assinatura]



Indicação da Equipe de Planejamento

Justo Coelho de Sá Filho e Domingos da Costa Vale



Estudo Técnico Preliminar

O presente documento formaliza necessidade fundamentada em Estudo Técnico Preliminar acostado aos autos do presente procedimento nos termos do inciso I, artigo 18 da Lei 14.133/2021.

ESPECIFICAÇÕES E ESTIMATIVA DA CONTRATAÇÃO

Item	Descrição	Unidade	Quant.
1	ALBENDAZOL SUSP. 10ML	FRASCO	1.500
2	AMOXICILINA 500MG	COMPRIMIDO	33.000
3	AMPICILINA SUSP. 250MG/5ML	FRASCO	300
4	CETOCONAZOL CREME 30G	TABLETE	1.500
5	DEXAMETASONA SUSP 120ML	FRASCO	1.500
6	DEXCLOFERINAMINA 2MG	COMPRIMIDO	3.500
7	DIPIRONA SÓDICA 500MG	COMPRIMIDO	19.000
8	DIPIRONA 500MG/ML	FRASCO	1.500
9	ENALAPRIL, MALEATO DE 20 MG	COMPRIMIDO	19.500
10	ENALAPRIL, MALEATO DE. 10MG	COMPRIMIDO	19.500
11	FLUCONAZOL 150MG	COMPRIMIDO	1.600
12	FUROSEMIDA 40MG	COMPRIMIDO	19.000
13	GLIBENCLAMIDA 5MG	COMPRIMIDO	180.000
14	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG	COMPRIMIDO	100.000
15	HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO + HIDROXIDO DE MAGNÉSIO	FRASCO	700
16	IBUPROFENO 100MG SUSP	FRASCO	70
17	IBUPROFENO 50MG SUSP	FRASCO	1.600
18	IBUPROFENO 600MG	COMPRIMIDO	13.000
19	IVERMECTINA 6MG	COMPRIMIDO	3.500
20	LOSARTANA 50MG	COMPRIMIDO	165.000
21	LOSARTANA 100MG	COMPRIMIDO	30.000
22	MEBENDAZOL 100MG	COMPRIMIDO	8.000
23	MEBENDAZOL SUS. ORAL 20MG/ML 30ML	FRASCO	1.300
24	METFORMINA, CLORIDRATO 850MG	COMPRIMIDO	17.000
25	METFORMINA, CLORIDRATO 500MG	COMPRIMIDO	16.000
26	METILDOPA 250MG	COMPRIMIDO	3.600
27	METILDOPA 500MG	COMPRIMIDO	3.500
28	METRONIDAZOL 250MG	COMPRIMIDO	6.000
29	METRONIDAZOL CREME VAGINAL 5,0 % 60G	TABLETE	1.300
30	MICONAZOL, NITRATO, CREME VAGINAL 2% 60G	TABLETE	1.200
31	NEOMICINA+BACITRACINA 0,5% 10G	TABLETE	1.500
32	NIMESULIDA 100MG	COMPRIMIDO	6.000
33	OMEPRAZOL 20MG	COMPRIMIDO	8.000
34	PARACETAMOL 500MG	COMPRIMIDO	18.500
35	SECNIDAZOL 1000MG	COMPRIMIDO	3.500
36	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 400MG+80MG	COMPRIMIDO	6.000
37	SINVASTATINA 40MG	COMPRIMIDO	13.000
38	CAPTOPRIL 25 MG	COMPRIMIDO	66.000
39	Carbamazepina 20mg/ml suspensão oral 100ml	FRASCO	200
40	ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG	COMPRIMIDO	32.000
41	ALBENDAZOL 400 MG	COMPRIMIDO	9.600

[Assinatura]



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO PARAÍSO
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Folha nº 150
Processo nº 068/2024
Rubrica

42	AMOXICILINA 250MG SUSP.	FRASCO	1.400
43	AMPICILINA 500MG	COMPRIMIDO	6.000
44	ANLODIPINO BESILATO 10MG	COMPRIMIDO	14.000
45	AZITROMICINA 500 MG	COMPRIMIDO	6.000
46	CEFALEXINA 500 MG	COMPRIMIDO	33.000
47	CIPROFLOXACINO, CLORIDRATO DE. 500MG	COMPRIMIDO	5.500
48	DEXCLOFERINAMINA SOL. ORAL 100 ML	FRASCO	1.400
49	MICONAZOL CREME DERMATOLOGICO 30G	TABLETE	1.500
50	NIFEDIPINO 20MG CAPS	COMPRIMIDO	12.000
51	NIMESULIDA GOTAS	FRASCO	800
52	NISTATINA SUS. ORAL 100.000UI/ML 30ML	FRASCO	300
53	PARACETAMOL SOL. ORAL 200MG/ML	FRASCO	1.200
54	PREDNISONA 5MG	COMPRIMIDO	6.000
55	ACICLOVIR 50 MG/G CREME	TABLETE	300
56	ACIDO FOLICO 5MG	COMPRIMIDO	31.000
57	ANLODIPINO BESILATO 5MG	COMPRIMIDO	13.000
58	AZITROMICINA SUSP. 600MG 15ML	FRASCO	600
59	NIFEDIPINO 10MG CAPS	COMPRIMIDO	12.000
60	NISTATINA CREME VAGINAL 250.000 UI 50G	TABLETE	1.400
61	PREDNISONA 20MG	COMPRIMIDO	5.500
62	PROPRANOLOL, CLORIDRATO 40MG	COMPRIMIDO	27.000
63	SINVASTATINA 20MG	COMPRIMIDO	13.000
64	ACICLOVIR 200 MG	COMPRIMIDO	550

Declaro que a formalização da demanda acima identificada se faz necessária pelos motivos expostos na justificativa da necessidade do presente documento.

São João do Paraíso - MA, 02 de Setembro de 2024


Justo Coelho de Sá Filho
Secretário
060/2023