



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ VALE RIO PRETO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**FARMÁCIA MUNICIPAL**



**Ilustríssimo Senhor,**

Considerando que esta farmácia faz a dispensação de medicamentos aos pacientes judiciais.

Considerando que a falta deste medicamento pode acarretar em sanções judiciais.

Considerando que não temos registro de preços para os medicamentos solicitados, pois foram medicamentos recém inseridos no setor judicial, e estão em processos licitatório em andamento sem data para sua finalização e liberação ou ainda serão incluídos em novos pedidos.

Venho pelo presente, solicitar a aquisição do medicamento em anexo para atender aos pacientes judiciais por um período estimado de 06 meses.

ITEM	MEDICAMENTO	DESCR	QUANTIDADE
01	RESIDRONATO DE SÓDIO 150 MG	COMP	48
02	ALOGLIPTINA 25 MG	COMP	720
03	DONEPEZILA + MEMANTINA 10/10 MG	COMP	720
04	POMADA ESCINA 10 MG/G + SALISCILATO DIETILAMÔNIO 50 MG/G (REPARIL)	TUBO	24





**MUNICIPIO SÃO JOSE DO VALE DO RIO PRETO**  
RUA PROFESSORA MARIA EMÍLIA ESTEVES, Nº 691 - CENTRO  
SJVRP/RJ - CEP: 25780-000  
FONE (24) 2224-7404



CÓDIGO DE ACESSO  
F6BF8249F95643328E7F0962D5100948

### **VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS**

Este documento foi assinado digitalmente/eletronicamente pelos seguintes signatários nas datas indicadas

Para verificar a validade das assinaturas acesse o link abaixo

<https://sjvriopreto.flowdocs.com.br/public/assinaturas/F6BF8249F95643328E7F0962D5100948>