



PODER EXECUTIVO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO DA BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DOCUMENTO DE OFICIALIZAÇÃO DE DEMANDA:

Órgão: Secretaria Municipal de Saúde de São Sebastião da Boa Vista/PA.

Setor requisitante: Almoxarifado Central

Destinatário: Gabinete do Secretário de Saúde Fábio Cardoso Farias.

Responsável pela Demanda: Maiara Leão Costa

1. Objeto: Aquisição de medicamentos de controle especial, destinados a atender as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde de São Sebastião da Boa Vista/PA.

2. Justificativa da necessidade da contratação

2.1 Os medicamentos controlados são aqueles fármacos sujeitos a controle especial. Eles são compostos por substâncias com ação no sistema nervoso central. Com ação intensa e potente, a maioria deles pode causar grande alívio e ser de grande utilidade para os humanos. Justifica-se a necessidade de aquisição de medicamento, pois são essenciais em tratamento contínuo realizado aos usuários que buscam o sistema de saúde deste município, além dos tratamentos preventivos e paliativos. Em face da necessidade de continuidade dos serviços de saúde, especialmente quando se trata de vidas humanas, não é possível que os serviços de saúde fiquem desprovidos de medicamentos. Além disso, ao realizar levantamento dos produtos disponíveis na farmácia/almoxarifado, constatou-se que alguns medicamentos indispensáveis ao atendimento dos casos urgente já se encontram com estoque baixo.

3. Descrições e quantidades

MEDICAMENTOS SUJEITO A CONTROLE ESPECIAL (SAÚDE MENTAL)			
ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	APRES	QUANT. ANUAL
1	ÁCIDO VALPRÓICO COMP. 500 MG	COMP	14400
2	ÁCIDO VALPROICO 50 MG/ML SUSP ORAL 100 ML	FR	650
3	ALPRAZOLAM 0,25 MG	COMP	1500
4	ALPRAZOLAM 0,5 MG	COMP	1500
5	ALPRAZOLAM 1 MG	COMP	700
6	ARISTAB ARIPIPRAZOL 1 MG/ML (ARISTAB) SUSP. ORAL 150 ML	FR	360



PODER EXECUTIVO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO DA BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

7	BROMIDRATO DE CITALOPRAM 20 MG	COMP	1600
8	CARBAMAZEPINA SUSP. ORAL 2% FR. 100 ML	FR	1500
9	CARBAMAZEPINA COMP. 200 MG Especificação: EMBALAGEM C/ 200 OU 500 COMPRIMIDOS	COMP	72000
10	CARBONATO DE LÍCIO COMP. 300 MG	COMP	27000
11	CLONAZEPAM 2,5 MG/ML GTS FR. 20 ML	FR	600
12	CLONAZEPAM COMP. 0,5 MG	COMP	6000
13	CLONAZEPAM 2 MG	COMP	6000
14	CLORIDRATO DE AMITRIPTILINA 25 MG	COMP	40800
15	CLORIDRATO DE BIPERIDENO 2 MG	COMP	18000
16	CLORIDRATO DE BUPROPIONA 150 MG	COMP	7200
17	CLORIDRATO DE CLORPROMAZINA 25 MG	COMP	30000
18	CLORIDRATO DE CLORPROMAZINA 100 MG	COMP	16800
19	CLORIDRATO DE DULOXETINA 30 MG Especificação: EMBALAGEM C/ 30 COMP.	COMP	10800
20	CLORIDRATO DE FLUOXETINA 20 MG Especificação: EMBALAGEM C/ 30 COMP.	COMP	42000
21	CLORIDRATO DE METILFENIDATO 10 MG	COMP	14400
22	CLORIDRATO DE IMIPRAMINA 25 MG	COMP	5000
23	CLORIDRATO DE PAROXETINA 20 MG Especificação: EMBALAGEM C/ 30 OU 200 C	COMP	43200
24	CLORIDRATO DE TRAMADOL 50 MG, CX C/10	CX	1800
25	DIAZEPAM COMP. 5 MG	COMP	7200
26	DIAZEPAM COMP. 10 MG	COMP	8000
27	DIMESILATO DE LISDEXANFETAMINA 30 MG	CÁPS	3360
28	FENITOÍNA SÓDICA 100 MG	COMP	16000
29	FENOBARBITAL 40 M/ML GTS 20 ML	FR	3600
30	FENOBARBITAL COMP. 100 MG Especificação: EMBALAGEM C/ 30 OU 200 COMPRIMIDOS	COMP	78000
31	HALOPERIDOL 2 MG/ML GTS FR. 20ML	FR	480
32	HALOPERIDOL COMP. 1 MG	COMP	7200
33	HALOPERIDOL COMP. 5 MG	COMP	15000
34	HEMITARTARATO DE ZOLPIDEM 10 MG	COMP	10000
35	MALEATO DE LEVOMEPRIMAZINA 25 MG Especificação: EMBALAGEM C/ 200 COMP.	COMP	36000
36	MALEATO DE LEVOMEPRIMAZINA 100 MG Especificação: EMBALAGEM C/ 200 COMP.	COMP	24000
37	MEMANTINA 10 MG	COMP	7200
38	MIDAZOLAM 2 ML/ML SOL. ORAL 10 ML	FR	300
39	OXALATO DE ESCITALOPRAM 10MG Especificação: EMBALAGEM C/ 30 COMP.	COMP	16800
40	OXALATO DE ESCITALOPRAM 20MG Especificação: EMBALAGEM C/ 30 COMP.	COMP	24000



PODER EXECUTIVO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO DA BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

41	OLANZAPINA 10 MG COMP. Especificação: EMBALAGEM C/ 30 COMP.	COMP	42000
42	OLANZAPINA 5 MG EMBALAGEM C/ 30 COMP.	COMP	5400
43	PARACETAMOL+FOSFATO DE CODEÍNA 500+30 MG	COMP	3500
44	PREGABALINA 50 MG	COMP	7200
45	PREGABALINA 75 MG	COMP	7200
46	QUETIAPINA 25 MG	COMP	10800
47	RISPERIDONA 1 MG/ML SOL. ORAL GTS FR. 30 ML	FR	6000
48	RISPERIDONA 1 MG	COMP	16000
49	RISPERIDONA 2 MG	COMP	42000
50	RISPERIDONA 3 MG	COMP	7200
51	SUCCINATO DE DESVENLAFAXINA 100 MG	COMP	1800
52	SULFATO DE HIDROXICLOROQUINA 400 MG	COMP	6000
53	TOPIRAMATO 100 MG	COMP	12000
54	MISOPROSTOL 200 MCG	COMP	200
55	MISOPROSTOL 25 MCG	COMP	1000

4. Observações gerais

4.1. Prazo de Entrega: O prazo de entrega dos produtos deverá ser de até 10 (dez) dias após o recebimento da Ordem de Fornecimento/Nota de Empenho.

4.2. Condições e Local de Entrega: A entrega será de forma parcelada e em conformidade com as solicitações da Secretaria de Saúde e recebido por servidor habilitado e indicado para tal finalidade. A entrega deverá ser entregue na sede do município de São Sebastião da Boa Vista - Pará, na rua Gabriel Marques, 208, em dias úteis no horário das 8:00 as 12:00 e 14:00 a 17:00 horas, verificando sempre a qualidade dos produtos, conformidade com as especificações contratada, condições de segurança e validade do produto que não poderá ser inferior a 12(doze) meses, excetos produtos com legislação específica.

4.3. Prazo para pagamento: em até 15 (quinze) dias úteis após o fornecimento dos produtos.

São Sebastião da Boa Vista (PA), 3 de junho de 2024.

Maiara Leão Costa