



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO VALE DO RIO PRETO

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FARMÁCIA MUNICIPAL**

REQUERENTE: [REDACTED]

PROCESSO JUDICIAL: [REDACTED]

PROCESSO ADMINISTRATIVO: [REDACTED]

Considerando a decisão judicial recebida, em face do paciente [REDACTED]

Considerando que o medicamento solicitado não faz parte dos fornecidos pela REMUME, LME e FARMÁCIA POPULAR e estamos com estoque quase no fim.

Solicito a Vossa Senhoria com a máxima urgência providências para aquisição do item relacionado abaixo, tendo em vista que o município já foi intimado a realizar o fornecimento para o referido item.

Informo que o medicamento não tem registro de preços, e será inserido em procedimento licitatório.

**MEDICAMENTO DEVERÁ SER FORNECIDO EM SUA
TOTALIDADE**

Item	Medicamento	Quantidade p 3 meses
01	PERINDOPRIL ARGININA+INDAPAMIDA+ANLODIPINO 10/2,5/10 MG	360 COMP





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

4D16B0CFEA0F4CB6A3526034EE4C60C1

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/4D16B0CFEA0F4CB6A3526034EE4C60C1>