



ESTADO DO MARANHÃO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITINGA DO MARANHÃO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DA DEMANDA - DFD

13

Pelo presente instrumento, encaminhe-se à consideração da Autoridade Competente da Secretaria Municipal de Saúde, Documento de Formalização da Demanda - DFD.

DADOS DA UNIDADE SOLICITANTE	
NOME	Secretaria Municipal de Saúde
CNPJ	13.863.418/0001-74

IDENTIFICAÇÃO DA DEMANDA	
OBJETO	Registro de Preços para Futura e Eventual Contratação de Empresa para Fornecimento de Medicamentos de uso Contínuo e Controlados para atender as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Itinga do Maranhão/MA
RESPONSÁVEL	Adriana da Silva Gomes

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE	
O presente processo se faz necessário, para atender as demandas existentes à Secretaria Municipal de Saúde de Itinga do Maranhão/MA, para os Postos de Saúde, Hospital Municipal, entre outros, garantindo condições de saúde àqueles que necessitem de atenção específica e em vulnerabilidade social, com igual acesso	

ESPECIFICAÇÕES E ESTIMATIVA DA CONTRATAÇÃO			
Item	Descrição	Unidade	Quant.
1	ACIDO VALPROICO 250MG	CX	75,00
2	AGULHA 4 MM	CX	90,00
3	BIPERIDENO 2MG	COMP.	1.500,00
4	BACLOFENO 10 MG	CX	300,00
5	CARBAMAZEPINA 100ML	VD	450,00
6	CARBAMAZEPINA 200MG	COMP.	15.000,00
7	CARBAMAZEPINA 400MG	COMP.	15.000,00
8	CARBOLITIUM 300MG CP	COMP.	15.000,00
9	CLONAZEPAM 0,5MG	COMP.	4.500,00
10	CLONAZEPAM 2MG	COMP.	15.000,00
11	CLONAZEPAM 2,5 MG	FRASCO	3.000,00
12	CLORIDRATO DE AMITRIPTILINA 25MG	CPR	15.000,00
13	CLORIDRATO DE CETAMINA INJ. 50MG/ 10ML	AMP.	300,00
14	CLORIDRATO DE CLORPROMAZINA INJ 5MG/ML, AMP X 5ML	AMP	300,00
15	CLORIDRATO DE PAROXETINA/PONDERA 20MG	COMP.	4.500,00
16	CLORIDRATO DE PETIDINA INJ 2ML 50MG/ML	AMP.	300,00
17	CLORIDRATO DE TRAMADOL 50MG/ML INJ X 2ML	AMP.	4.500,00
18	CLORPROMAZINA 100MG	COMP.	15.000,00
19	CLORPROMAZINA 25MG	COMP.	4.500,00
20	DALMADORME 30MG,	COMP.	3.000,00



ESTADO DO MARANHÃO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITINGA DO MARANHÃO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



14

21	DEPAKENE (VALPROATO DE SÓDIO) 250MG/ 5ML	XAROPE	75,00
22	DEPAKOTE DE 500MG	COMP.	3.000,00
23	DIAZEPAM 10MG	COMP.	7.500,00
24	DIAZEPAM 5MG	COMP.	3.000,00
25	DIAZEPAN INJ. 10MG/ML X 2ML	AMP.	3.000,00
26	DOLOSAL/PETIDINA INJ 50MG/ML X 2ML	AMP	3.000,00
27	EFEDRINA 50MG/1ML,	AMP.	300,00
28	FENATIL 25MG	COMP.	15.000,00
29	FENITOÍNA (HINDANTAL) 50MG/ML X 5ML	AMP.	750,00
30	FENITOÍNA 100MG	COMP.	7.500,00
31	FENOBARBITAL 100MG,	COMP.	22.500,00
32	FENOBARBITAL 40MG 4% / 20ML	FRASCO	750,00
33	FENOBARBITAL INJ. 200MG 2ML IM/IV,	AMP.	1.500,00
34	FENTANILA ESPINHAL 0,078, EQUIVALENTE A 0,05MG, 10ML	AMP.	3.000,00
35	FENTANILA/TRANIL INJ 0,5MG, 5ML	AMP.	750,00
36	FENTANILA/TRANIL INJ 0,785MG, 10ML	AMP	750,00
37	FLUMAZENIL/FLUXENIL INJ 0,1MG/ML 5ML	AMP.	900,00
38	FLUOXETINA 20MG	COMP.	7.500,00
39	FOSFATO DE CODEÍNA 30MG	CPR	1.500,00
40	FOSFATO DE CODEÍNA 60MG	CPR	1.500,00
41	GLICENIX 2,275 G	CX	225,00
42	HALOPERIDOL 1MG	COMP.	750,00
43	HALOPERIDOL 5MG	CPR	15.000,00
44	HALOPERIDOL 5MG/ML INJ. 1ML	INJETÁVEL	3.000,00
45	HALOPERIDOL GTS 2MG/ML, FRS 20ML	FR.	1.200,00
46	ISOFLURANO 100ML	FRS	300,00
47	ISOFLURANO 240ML	FRS	300,00
48	LEVOMEPROMAZINA 100MG	COMP.	7.500,00
49	LEVOMEPROMAZINA 25MG	COMP.	7.500,00
50	LEVOZINE/LEVOMEPROMAZINA 4% (40MG) 20ML	GOTAS	1.500,00
51	METIFENIDATO/RITALINA 10MG	COMP.	7.500,00
52	MIDAZOLAM 15MG CPR REVESTIDO	CPR	7.500,00
53	MIDAZOLAM 15MG 3ML	INJETÁVEL	4.500,00
54	MIDAZOLAM 50MG INJ. 10ML	AMP.	750,00
55	MIDAZOLAM/DORMONID 1MG/ML, 5ML	AMP.	750,00
56	MISOPROSTOL (CYTOTEC) 200MCG	COMP	420,00
57	MISOPROSTOL (CYTOTEC) 25MCG	COMP	420,00
58	MORFINA 0,2MG 1ML	AMP.	3.000,00
59	MORFINA 10MG 1ML	AMP.	7.500,00
60	MORFINA 30MG	CPR	1.500,00
61	MUVINLAX	SACHES	750,00
62	OLANZAPINA 2,5 MG	COMP.	4.500,00
63	OLANZAPINA 5 MG	COMP.	15.000,00
64	OLANZAPINA 10 MG,	COMP.	15.000,00
65	OXCARBAZEPINA 6% C/ 100ML	SUSPEN	300,00
66	OXCARBAZEPINA 300 MG	COMP.	1.500,00
67	OXCARBAZEPINA 600MG	COMP.	1.500,00
68	PARACETAMOL + FOSFATO DE CODEÍNA (PACO) 30 MG	COMP.	4.500,00
69	PROPOFOL 200MG INJ. 20ML	AMP.	450,00
70	RISPERIDONA 1MG/ML	FRASCO	3.000,00
71	RISPERIDONA 1MG	COMP.	9.000,00
72	RISPERIDONA 2MG	COMP.	7.500,00
73	RISPERIDONA 3 MG	COMP.	10.500,00
74	RIVOTRIL 2,5 MG/ML	FRASCO	3.000,00
75	RIVOTRIL 0,5MG	COMP.	22.500,00
76	RIVOTRIL 2 MG	COMP.	10.500,00
77	SERTRALINA/ASSERT 50MG	COMP.	6.000,00



ESTADO DO MARANHÃO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITINGA DO MARANHÃO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



15

78	SERTRALINA 75 MG	COMP.	6.000,00
79	SERTRALINA 100 MG	COMP.	6.000,00
80	SEVOFLURANO 100ML	FRS	300,00
81	SEVOFLURANO LÍQ ANEST. P/ INALAÇÃO 250ML	FR	45,00
82	SUPOSITÓRIO A BASE DE GLICERINA	UNID.	2.250,00
83	THIOPENTAL 1G INJ	AMP	750,00
84	THIOPENTAL 500MG INJ, CAIXA COM 25 AMPOLAS	CX	30,00
85	TRAMADOL 50MG CPR	CPR	6.000,00
86	HEMIFUMARATO DE QUETIAPINA 25 MG	COMP.	3.000,00
87	HEMIFUMARATO DE QUETIAPINA 50 MG	COMP.	3.000,00
88	HEMIFUMARATO DE QUETIAPINA 100 MG	COMP.	3.000,00
89	CLORIDRATO DE CLORPROMAZINA 100 MG	COMP.	3.000,00
90	CLORIDRATO DE AMIODARONA 200 MG (AMIORON)	COMP.	3.000,00
91	MESILATO DE DOXAZOSINA 2 MG	CX	42,00
92	DOMPERIDONA 10 MG	CX	21,00
93	MESALAZINA 1200 MG (MESACOL)	CX	75,00
94	INSULINA 3ML (DEGLUDECA)	CX	59,00
95	INSULINA 3ML (LANTUS)	CX	150,00
96	INSULINA 3ML (NOVORAPID)	CX	105,00
97	MALEATO DE DEXCLORFENIRAMINA + SULFATO DE PSEUDOEFEDRINA + GUAIFENESINA 0,40 MG/ML + 4,0 MG/ML + 20,0 MG/ML (POLARAMINE XP)	CX	21,00
98	MALEATO DE DEXCLORFENIRAMINA 2MG (POLARAMINE)	CX	21,00
99	LAMOTRIGINA 100 MG (LAMITOR CD)	CX	42,00
100	CLORIDRATO DE PROMETAZINA 25 MG (FERNEGAN)	COMP.	3.000,00
101	LEITE SEM LACTOSE (NINHO SL)	LATA	375,00
102	CLORIDRATO DE NEBIVOLOL 5MG (NEBILET)	CX	21,00
103	ESPIRONOLACTONA 25 MG	COMP.	1.500,00
104	LEVODOPA + CLORIDRATO DE BENSERAZIDA 200/50 MG (PROLOPA)	CX	90,00
105	POLIVITAMÍNICO (ZIRVIT MULTI)	CX	21,00
106	LEVANLODIPINO 2,5 MG (NOVANLO)	CX	21,00
107	CLORIDRATO DE AMANTADINA 100 MG (MANTIDAN)	CX	126,00
108	CLORIDRATO DE PAROXETINA 20 MG	CX	21,00
109	VALPROATO DE SÓDIO + ÁCIDO VALPROICO 300 MG (TORVAL CR)	COMP.	15.000,00
110	VALPROATO DE SÓDIO + ÁCIDO VALPROICO 500 MG (TORVAL CR)	COMP.	15.000,00
111	CLORIDRATO DE OXIBUTININA 5 MG (RETEMIC)	CX	450,00
112	SORBITOL + LAURILSULFATO DE SÓDIO 714 MG + 7,70 MG (MINILAX)	CX	15,00
113	CLORIDRATO DE TANSULOSINA 0,4 MG	CX	21,00
114	FUMARATO DE FORMOTEROL DI-HIDRATADO + PROPIONATO DE FLUTICASONA 12 MCG + 250 MCG (LUGANO)	CX	42,00
115	PIRACETAM 800 MG (NOOTROPIL)	CX	54,00
116	LAMOTRIGINA 25 MG (LÉPTICO)	CX	54,00
117	CLORIDRATO DE VENLAFAXINA 75 MG (VENLAXIN)	CX	42,00
118	MIRTAZAPINA 30 MG (REMERON)	CX	54,00
119	MONTELUCASTE DE SÓDIO 5 MG (VIATINE)	CX	12,00
120	GABAPENTINA 300 MG	CX	54,00
121	LACTASE (LATOLISE GOTAS)	CX	54,00
122	VALPROATO DE SÓDIO 500 MG (DEPAKENE)	CX	54,00

Estimou-se os quantitativos acima com base em demonstrativo de consumo dos exercícios anteriores, de acordo com os documentos anexos a este instrumento.

INDICAÇÃO DO FISCAL DA CONTRATAÇÃO	
NOME	MILENA PEREIRA DE SOUSA



ESTADO DO MARANHÃO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITINGA DO MARANHÃO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



16

LOTAÇÃO	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
---------	-------------------------------

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

Itinga do Maranhão - MA, 5 de Dezembro de 2022.

*Carla Fortaleza dos Santos*

Carla Fortaleza dos Santos  
Coordenadora de Atenção Básica