

Identificação do Solicitante**1) Nome do(a) Secretário(a) de Saúde:**

CLENIR SANI AVANZA

2) CPF:

41671678753

3) Endereço eletrônico (e-mail):

clenir.avanza@gmail.com

4) Telefone:

(27) 3270-7411

Dados do Município**5) Estado:**

Espírito Santo

6) Município:

Aracruz

Do fracionamento**7) De acordo com o fracionamento?**

SIM

Local**8) Possui local para o fracionamento? :**

SIM

9) Local do fracionamento.

Fracionamento (Unitarização de doses) do medicamento em FARMÁCIA HOSPITALAR

10) Rua do local do fracionamento :

R. Manoel Pereira Pinto, n 300

11) Bairro do local de fracionamento:

vila rica

12) Cidade e Estado do local do fracionamento:

aracruz, Espírito Santo

13) CEP do local do fracionamento:

29194-129

14) CNPJ do estabelecimento fracionador:

27.108.380/0001-39

Do responsável**15) Nome do (a) Farmacêutico (a):**

MANOELA DI CAVALCANTI GOMES SELVATICE

16) Número da Inscrição no Conselho Regional de Farmácia:

3523

Da validade**17) De acordo com a validade?**

SIM

Da Rotulagem**18) De acordo com a rotulagem?**

SIM

Do recebimento**19) De acordo com o recebimento?**

SIM

20) Rua:

AV. MOROBÁ N 20

21) Bairro:

MOROBA

22) CEP:

29192-733

23) CNPJ:

27.142.702/0001-66

24) Nome do responsável pelo recebimento:

PETRIA NOVELI TOREZANI

25) Telefone do responsável pelo recebimento:

(27) 9997-46644

26) Horário de Funcionamento:

12:00 AS 18:00

27) Local de Dispensação :

unidades basicas de saude e upas

Do monitoramento**28) Qual sistema informatizado o município utiliza para dispensação de medicamentos?**

Sistema próprio integrado à Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS - BNAFAR

29) Declaração:

NÃO

Observação**32) Observação :**

o sistema do almoxarifado é integrado ao BNAFAR, porém o das unidades não é.

Criação : 25/09/2020 10:58:16

Atualização : 25/09/2020 10:58:16**Enviar por Email**

Caso queira enviar essa ficha por email preencha o nome e email do destinatário.

Nome:*

Texto:

Email:*

**Enviar Email**

Identificação do Solicitante**1) Nome do(a) Secretário(a) de Saúde:**

MARCELLUS JOSÉ BARROSO CAMPÊLO

2) CPF:

33631468253

3) Endereço eletrônico (e-mail):

chefiadegabinete@saude.am.gov.br

4) Telefone:

(92) 3643-6300

Dados do Município**5) Estado:**

Amazonas

6) Município:

Manaus

Do fracionamento**7) De acordo com o fracionamento?**

SIM

Local**8) Possui local para o fracionamento? :**

SIM

9) Local do fracionamento.

Fracionamento (Unitarização de doses) do medicamento em FARMÁCIA HOSPITALAR

10) Rua do local do fracionamento :

Av. Codajás, s/n

11) Bairro do local de fracionamento:

CACHOEIRINHA

12) Cidade e Estado do local do fracionamento:

MANAUS

13) CEP do local do fracionamento:

69065-130

14) CNPJ do estabelecimento fracionador:

00.697.295/0066-42

Do responsável**15) Nome do (a) Farmacêutico (a):**

CLAUDIO NOGUEIRA DO NASCIMENTO

16) Número da Inscrição no Conselho Regional de Farmácia:

1971

Da validade

17) De acordo com a validade?

SIM

Da Rotulagem

18) De acordo com a rotulagem?

SIM

Do recebimento

19) De acordo com o recebimento?

SIM

20) Rua:

Rua Duque de Caxias

21) Bairro:

PRÇA 14 DE JANEIRO

22) CEP:

69020-141

23) CNPJ:

09.472.725/0001-57

24) Nome do responsável pelo recebimento:

Ingrid Samias

25) Telefone do responsável pelo recebimento:

(09) 2313-12824

26) Horário de Funcionamento:

08 ÀS 12:00 - 13:30 ÀS 17:00

27) Local de Dispensação :

EM TODAS AS UNIDADES E PRONTO ATENDIMENTO DO ESTADO -SPA's

Do monitoramento

28) Qual sistema informatizado o município utiliza para dispensação de medicamentos?

Nenhuma das alternativas anteriores

30) Declaração :

NÃO

Observação**32) Observação :**

Considerando que ainda temos Cloroquina em nosso estoque, gostaríamos de solicitar o quantitativo de 120.000 (cento e vinte mil) comprimidos.

Criação : 07/01/2021 19:26:55

Atualização : 07/01/2021 19:26:55

Enviar por Email

Caso queira enviar essa ficha por email preencha o nome e email do destinatário.

Nome:*

Texto:

Email:*



Enviar Email

Identificação do Solicitante**1) Nome do(a) Secretário(a) de Saúde:**

MARCELLUS JOSÉ BARROSO CAMPÊLO

2) CPF:

33631468253

3) Endereço eletrônico (e-mail):

chefiadegabinete@saude.am.gov.br

4) Telefone:

(92) 3643-6300

Dados do Município**5) Estado:**

Amazonas

6) Município:

Manaus

Do fracionamento**7) De acordo com o fracionamento?**

SIM

Local**8) Possui local para o fracionamento? :**

SIM

9) Local do fracionamento.

Fracionamento (Unitarização de doses) do medicamento em FARMÁCIA HOSPITALAR

10) Rua do local do fracionamento :

Av. Codajás, s/n

11) Bairro do local de fracionamento:

CACHOEIRINHA

12) Cidade e Estado do local do fracionamento:

MANAUS

13) CEP do local do fracionamento:

69065-130

14) CNPJ do estabelecimento fracionador:

00.697.295/0066-42

Do responsável**15) Nome do (a) Farmacêutico (a):**

CLAUDIO NOGUEIRA DO NASCIMENTO

16) Número da Inscrição no Conselho Regional de Farmácia:

1971

Da validade

17) De acordo com a validade?

SIM

Da Rotulagem

18) De acordo com a rotulagem?

SIM

Do recebimento

19) De acordo com o recebimento?

SIM

20) Rua:

Rua Duque de Caxias

21) Bairro:

PRÇA 14 DE JANEIRO

22) CEP:

69020-141

23) CNPJ:

09.472.725/0001-57

24) Nome do responsável pelo recebimento:

Ingrid Samias

25) Telefone do responsável pelo recebimento:

(09) 2313-12824

26) Horário de Funcionamento:

08 ÀS 12:00 - 13:30 ÀS 17:00

27) Local de Dispensação :

EM TODAS AS UNIDADES E PRONTO ATENDIMENTO DO ESTADO -SPA's

Do monitoramento

28) Qual sistema informatizado o município utiliza para dispensação de medicamentos?

Nenhuma das alternativas anteriores

30) Declaração :

NÃO

Observação**32) Observação :**

Considerando que ainda temos Cloroquina em nosso estoque, gostaríamos de solicitar o quantitativo de 120.000 (cento e vinte mil) comprimidos.

Criação : 07/01/2021 19:26:55

Atualização : 07/01/2021 19:26:55

Enviar por Email

Caso queira enviar essa ficha por email preencha o nome e email do destinatário.

Nome:* Texto:

Email:*



Enviar Email

Identificação do Solicitante**1) Nome do(a) Secretário(a) de Saúde:**

Roberta Aparecida Rocha

2) CPF:

37664172829

3) Endereço eletrônico (e-mail):

sec.saude@juquitiba.sp.gov.br

4) Telefone:

(11) 4681-4230

Dados do Município**5) Estado:**

São Paulo

6) Município:

Juquitiba

Do fracionamento**7) De acordo com o fracionamento?**

SIM

Local**8) Possui local para o fracionamento? :**

SIM

9) Local do fracionamento.

Fracionamento (Unitarização de doses) do medicamento em FARMÁCIA HOSPITALAR

10) Rua do local do fracionamento :

Jose Antonio Nunes, 90

11) Bairro do local de fracionamento:

Centro

12) Cidade e Estado do local do fracionamento:

Juquitiba-SP

13) CEP do local do fracionamento:

06950-000

14) CNPJ do estabelecimento fracionador:

46.523.155/0001-03

Do responsável**15) Nome do (a) Farmacêutico (a):**

Elizandra Duarte Vieira

16) Número da Inscrição no Conselho Regional de Farmácia:

49.924

Da validade**17) De acordo com a validade?**

SIM

Da Rotulagem**18) De acordo com a rotulagem?**

SIM

Do recebimento**19) De acordo com o recebimento?**

SIM

20) Rua:

José Antonio Nunes, 90

21) Bairro:

Centro

22) CEP:

06950-000

23) CNPJ:

46.523.155/0001-03

24) Nome do responsável pelo recebimento:

Elizandra Duarte Vieira

25) Telefone do responsável pelo recebimento:

(11) 9972-96000

26) Horário de Funcionamento:

8:00 às 17:00 horas

27) Local de Dispensação :

Farmácia Central da Unidade Mista de Saúde (U.M.S Juquitiba)

Do monitoramento**28) Qual sistema informatizado o município utiliza para dispensação de medicamentos?**

Sistema Hórus do Ministério da Saúde

29) Declaração:

SIM

Observação**32) Observação :**

Gostaríamos de solicitar a quantia de 1500.

Criação : 26/10/2020 16:43:28

Atualização : 26/10/2020 16:43:28**Enviar por Email**

Caso queira enviar essa ficha por email preencha o nome e email do destinatário.

Nome:*

Texto:

Email:*

**Enviar Email**

Identificação do Solicitante**1) Nome do(a) Secretário(a) de Saúde:**

DR. VITOR SÉRGIO COUTO DOS SANTOS

2) CPF:

23165065772

3) Endereço eletrônico (e-mail):

vitor.santos@limeira.sp.gov.br

4) Telefone:

(19) 3404-9843

Dados do Município**5) Estado:**

São Paulo

6) Município:

Limeira

Do fracionamento**7) De acordo com o fracionamento?**

SIM

Local**8) Possui local para o fracionamento? :**

SIM

9) Local do fracionamento.

Fracionamento (Unitarização de doses) do medicamento em FARMÁCIA HOSPITALAR

10) Rua do local do fracionamento :

Avenida Antônia Valverde Cruanes, nº 70

11) Bairro do local de fracionamento:

Jardim Nova Itália

12) Cidade e Estado do local do fracionamento:

Limeira / São Paulo

13) CEP do local do fracionamento:

13484-400

14) CNPJ do estabelecimento fracionador:

51.469.187/0001-08

Do responsável**15) Nome do (a) Farmacêutico (a):**

Mirella Bianchi Zaccaria Cavichia

16) Número da Inscrição no Conselho Regional de Farmácia:

32.224

Da validade**17) De acordo com a validade?**

SIM

Da Rotulagem**18) De acordo com a rotulagem?**

SIM

Do recebimento**19) De acordo com o recebimento?**

SIM

20) Rua:

Dr. Alberto Ferreira, nº 179

21) Bairro:

Centro

22) CEP:

13481-900

23) CNPJ:

45.132.495/0001-40

24) Nome do responsável pelo recebimento:

Deise Karla Almeida Santos Blanco

25) Telefone do responsável pelo recebimento:

(19) 3404-9842

26) Horário de Funcionamento:

8h às 16h

27) Local de Dispensação :

Unidade de Referencia Coronavírus (Hospital Sociedade Operária Humanitária).

Do monitoramento**28) Qual sistema informatizado o município utiliza para dispensação de medicamentos?**

Nenhuma das alternativas anteriores

30) Declaração :

SIM

Criação : 28/10/2020 15:36:40**Atualização :** 28/10/2020 15:36:40**Enviar por Email**

Caso queira enviar essa ficha por email preencha o nome e email do destinatário.

Nome:*

Email:*

Texto:

 **Enviar Email**

Formulário para disponibilização de Cloroquina/Hidroxicloroquina - JANEIRO/2021

**Dados Institucionais****1) Identificação do Preenchimento:**

Secretaria Municipal de Saúde - Capital

2) Estado:

Rio Grande do Sul

3) Nome do responsável pelo preenchimento:

LEONEL AUGUSTO MORAIS ALMEIDA

4) E-mail do responsável pelo preenchimento:

areafarmaceutica@sms.prefpoa.com.br

5) Telefone do responsável pelo preenchimento:

51-32892770

Dados de consumo de CLOROQUINA**6) Consumo (número de comprimidos) no último mês:**

0

7) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado:

0

8) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado:

0

Outros Dados**9) Deseja solicitar o medicamento Hidroxicloroquina?**

SIM

Informações Gerais**11) Informar o quantitativo a receber:**

24.000 comprimidos

12) Local de entrega:

NUCLEO DE DISTRIBUICAO DE MEDICAMENTOS

13) Município:

PORTO ALEGRE

14) CNPJ:

92963560000160

15) Endereço completo:

Rua Fredrico Mentz1315

16) CEP:

90240-110

17) Nome completo do responsável pelo recebimento:

FABIANE MATTOS LEFFA

18) E-mail do responsável pelo recebimento:

caf@portoalegre.rs.gov.br

19) Telefone do responsável pelo recebimento:

(51) 3289-5779

23) Observação:

24.000 comprimidos - Apresentação Hidroxicloroquina 200 mg frasco com 500 comprimidos foi solicitada devida a sinalização por e-mail da falta de Cloroquina 150mg.

Criação : 07/01/2021 15:20:46**Atualização :** 07/01/2021 15:20:46**Enviar por Email**

Caso queira enviar essa ficha por email preencha o nome e email do destinatário.

Nome: * Texto: Email: * **Enviar Email**

Formulário para disponibilização de Cloroquina/Hidroxicloroquina - JANEIRO/2021

**Dados Institucionais****1) Identificação do Preenchimento:**

Secretaria Municipal de Saúde - Capital

2) Estado:

Amazonas

3) Nome do responsável pelo preenchimento:

MARIA VANDA DA SILVA VIANA

4) E-mail do responsável pelo preenchimento:

geasf.semsa@pmm.am.gov.br

5) Telefone do responsável pelo preenchimento:

92 99983-4391

Dados de consumo de CLOROQUINA**6) Consumo (número de comprimidos) no último mês:**

0

7) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado:

0

8) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado:

0

Outros Dados**9) Deseja solicitar o medicamento Hidroxicloroquina?**

SIM

Informações Gerais**11) Informar o quantitativo a receber:**

10.000

12) Local de entrega:

DEPARTAMENTO DE LOGISTICA DELOG DA SECRETARIA MUNICIPAL DE MANAUS

13) Município:

MANAUS

14) CNPJ:

04 461 836 0001 44

15) Endereço completo:

RUA CRISTINA TAVARES 150 BAIRRO PLANALTO

16) CEP:

69044-745

17) Nome completo do responsável pelo recebimento:

RICARDO CARDOSO MILITAO

18) E-mail do responsável pelo recebimento:

RICARDO.MILITAO@PMM.AM.GOV.BR

19) Telefone do responsável pelo recebimento:

(92) 9885-56073

Criação : 06/01/2021 17:11:44**Atualização :** 06/01/2021 17:11:44**Enviar por Email**

Caso queira enviar essa ficha por email preencha o nome e email do destinatário.

Nome:*

Texto:

Email:*

**Enviar Email**

Hidroxicloroquina 200 mg - Doação v4



Identificação do Solicitante

1) Nome do(a) Secretário(a) de Saúde:

Loise Santos Oliveira

2) CPF:

05075086535

3) Endereço eletrônico (e-mail):

gsaudeveracruz@hotmail.com

4) Telefone:

(71) 9969-91771

Dados do Município

5) Estado:

Bahia

6) Município:

Vera Cruz

Do fracionamento

7) De acordo com o fracionamento?

SIM

Local

8) Possui local para o fracionamento? :

SIM

9) Local do fracionamento.

Fracionamento (Unitarização de doses) do medicamento em FARMÁCIA HOSPITALAR

10) Rua do local do fracionamento :

Avenida João Juvenal Vinagre, 175

11) Bairro do local de fracionamento:

Mar Grande

12) Cidade e Estado do local do fracionamento:

Vera Cruz- Ba

13) CEP do local do fracionamento:

44470-000

14) CNPJ do estabelecimento fracionador:

07.769.310/0001-14

Do responsável

15) Nome do (a) Farmacêutico (a):

Helana da Cruz Santos

16) Número da Inscrição no Conselho Regional de Farmácia:

9806

Da validade**17) De acordo com a validade?**

SIM

Da Rotulagem**18) De acordo com a rotulagem?**

SIM

Do recebimento**19) De acordo com o recebimento?**

SIM

20) Rua:

Rodovia BA 001, km 03 - Entroncamento

21) Bairro:

Mar Grande

22) CEP:

44470-000

23) CNPJ:

07.769.310/0001-14

24) Nome do responsável pelo recebimento:

Loise Santos Oliveira

25) Telefone do responsável pelo recebimento:

(71) 9969-91771

26) Horário de Funcionamento:

08 as 16h

27) Local de Dispensação :

Na Central de Assistência Farmacêutica - CAF

Do monitoramento**28) Qual sistema informatizado o município utiliza para dispensação de medicamentos?**

Sistema Hórus do Ministério da Saúde

29) Declaração:

SIM

Criação : 17/09/2020 13:07:28**Atualização :** 17/09/2020 13:07:28**Enviar por Email**

Caso queira enviar essa ficha por email preencha o nome e email do destinatário.

Nome:*

Email:*

Texto:

 **Enviar Email**

Identificação do Solicitante**1) Nome do(a) Secretário(a) de Saúde:**

Eduardo Rangel Tavares de Lima

2) CPF:

11769449752

3) Endereço eletrônico (e-mail):

eduardorangel0406@gmail.com

4) Telefone:

(61) 9808-1680

Dados do Município**5) Estado:**

Goiás

6) Município:

Águas Lindas de Goiás

Do fracionamento**7) De acordo com o fracionamento?**

SIM

Local**8) Possui local para o fracionamento? :**

SIM

9) Local do fracionamento.

Fracionamento (Unitarização de doses) do medicamento em FARMÁCIA HOSPITALAR

10) Rua do local do fracionamento :

QD 4, LT 15

11) Bairro do local de fracionamento:

JARDIM BARRAGEM I

12) Cidade e Estado do local do fracionamento:

ÁGUAS LINDAS DE GOIÁS

13) CEP do local do fracionamento:

72920-010

14) CNPJ do estabelecimento fracionador:

01.616.520/0001-96

Do responsável**15) Nome do (a) Farmacêutico (a):**

GENAILTON SAMPAIO DE SOUSA

16) Número da Inscrição no Conselho Regional de Farmácia:

15154

Da validade**17) De acordo com a validade?**

SIM

Da Rotulagem**18) De acordo com a rotulagem?**

SIM

Do recebimento**19) De acordo com o recebimento?**

SIM

20) Rua:

QD 4, LT 15

21) Bairro:

JARDIM BARRAGEM I

22) CEP:

72920-010

23) CNPJ:

01.616.520/0001-96

24) Nome do responsável pelo recebimento:

GENAILTON SAMPAIO DE SOUSA

25) Telefone do responsável pelo recebimento:

(61) 9298-6996

26) Horário de Funcionamento:

8:00 - 12:00 E 13:00 - 17:00 HS

27) Local de Dispensação :

FARMÁCIA REGIONAL I, FARMÁCIA REGIONAL II, FARMÁCIA REGIONAL III E FARMÁCIA REGIONAL IV

Do monitoramento**28) Qual sistema informatizado o município utiliza para dispensação de medicamentos?**

Sistema Hórus do Ministério da Saúde

29) Declaração:

SIM

Observação**32) Observação :**

O MUNICÍPIO DESEJARÁ RECEBER INICIALMENTE APENAS 12.000 CÁPS DE HIDROXICLOROQUINA 200MG.

Criação : 06/10/2020 16:00:22

Atualização : 06/10/2020 16:00:22**Enviar por Email**

Caso queira enviar essa ficha por email preencha o nome e email do destinatário.

Nome:*

Texto:

Email:*

**Enviar Email**

Hidroxicloroquina 200 mg - Doação v4



Identificação do Solicitante

1) Nome do(a) Secretário(a) de Saúde:

Claiton Camargo de Souza

2) CPF:

00867503998

3) Endereço eletrônico (e-mail):

gabinete@saudelages.sc.gov.br

4) Telefone:

(49) 9840-75327

Dados do Município

5) Estado:

Santa Catarina

6) Município:

Lages

Do fracionamento

7) De acordo com o fracionamento?

SIM

Local

8) Possui local para o fracionamento? :

SIM

9) Local do fracionamento.

Fracionamento (Unitarização de doses) do medicamento em FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO

10) Rua do local do fracionamento :

Benjamin Constant

11) Bairro do local de fracionamento:

Centro

12) Cidade e Estado do local do fracionamento:

Lages/SC

13) CEP do local do fracionamento:

88501-111

14) CNPJ do estabelecimento fracionador:

17.778.857/0001-30

Do responsável

15) Nome do (a) Farmacêutico (a):

Priscila Carolina Soares

16) Número da Inscrição no Conselho Regional de Farmácia:

00000

Da validade**17) De acordo com a validade?**

SIM

Da Rotulagem**18) De acordo com a rotulagem?**

SIM

Do recebimento**19) De acordo com o recebimento?**

SIM

20) Rua:

Rua Cruz e Souza n. 368

21) Bairro:

Brusque

22) CEP:

88503-001

23) CNPJ:

11.840.546/0001-77

24) Nome do responsável pelo recebimento:

José Osvaldo de Souza

25) Telefone do responsável pelo recebimento:

(49) 9995-95459

26) Horário de Funcionamento:

Das 8h às 12h e das 13h às 16h:30min

27) Local de Dispensação :

Centro de Triagem COVID-19

Do monitoramento**28) Qual sistema informatizado o município utiliza para dispensação de medicamentos?**

Nenhuma das alternativas anteriores

30) Declaração :

SIM

Criação : 09/09/2020 09:37:53**Atualização :** 09/09/2020 09:37:53**Enviar por Email**

Caso queira enviar essa ficha por email preencha o nome e email do destinatário.

Nome:*

Email:*

Texto:

 **Enviar Email**

Identificação do Solicitante**1) Nome do(a) Gestor(a) de Saúde:**

Cláudio da Silva Oliveira

2) CPF:

00078660033

3) Endereço eletrônico (e-mail):

diretoria@ghc.com.br

4) Telefone:

(51) 3255-1652

Dados do Município**5) Estado:**

Rio Grande do Sul

6) Município:

Porto Alegre

Do fracionamento**7) De acordo com o fracionamento?**

SIM

Local**8) Possui local para o fracionamento? :**

SIM

9) Local do fracionamento.

Fracionamento (Unitarização de doses) do medicamento em FARMÁCIA HOSPITALAR

10) Rua do local do fracionamento :

Rua Francisco Trein Filho 596

11) Bairro do local de fracionamento:

Cristo Redentor

12) Cidade e Estado do local do fracionamento:

Porto Alegre - RS

13) CEP do local do fracionamento:

91350-200

14) CNPJ do estabelecimento fracionador:

92.787.118/0001-20

Do responsável**15) Nome do (a) Farmacêutico (a):**

Clarissa Felix de Oliveira

16) Número da Inscrição no Conselho Regional de Farmácia:

4836

Da validade**17) De acordo com a validade?**

SIM

Da Rotulagem**18) De acordo com a rotulagem?**

SIM

Do recebimento**19) De acordo com o recebimento?**

SIM

20) Rua:

avenida Francisco Trein Filho 596

21) Bairro:

Cristo Redentor

22) CEP:

91350-200

23) CNPJ:

92.787.118/0001-20

24) Nome do responsável pelo recebimento:

Anderson Grimaldi Petersen

25) Telefone do responsável pelo recebimento:

(51) 9971-19704

26) Horário de Funcionamento:

Comercial

27) Local de Dispensação :

GHC- Hospital Nossa Senhora da Conceição - S.A

Do monitoramento**28) Qual sistema informatizado o município utiliza para dispensação de medicamentos?**

Nenhuma das alternativas anteriores

30) Declaração :

SIM

Criação : 11/09/2020 11:00:26**Atualização :** 11/09/2020 11:00:26**Enviar por Email**

Caso queira enviar essa ficha por email preencha o nome e email do destinatário.

Nome:*

Email:*

Texto:

 **Enviar Email**

Identificação do Solicitante**1) Nome do(a) Secretário (a) de Saúde:**

Geison Farley Gomes Alves

2) CPF:

05590617650

3) Endereço eletrônico (e-mail):

geisonfarley@bol.com.br

4) Telefone:

(38) 9998-15239

Dados do Município**5) Estado:**

Minas Gerais

6) Município:

Grão Mogol

Do fracionamento**7) De acordo com o fracionamento?**

SIM

Local**8) Possui local para o fracionamento? :**

SIM

9) Local do fracionamento.

Fracionamento (Unitarização de doses) do medicamento em FARMÁCIA HOSPITALAR

10) Rua do local do fracionamento :

Praça São Sebastião

11) Bairro do local de fracionamento:

Centro

12) Cidade e Estado do local do fracionamento:

Grão Mogol, Minas Gerais

13) CEP do local do fracionamento:

39570-000

14) CNPJ do estabelecimento fracionador:

22.680.375/0001-82

Do responsável**15) Nome do (a) Farmacêutico (a):**

Bethania Aparecida do Nascimento

16) Número da Inscrição no Conselho Regional de Farmácia:

CRFMG 11006

Da validade**17) De acordo com a validade?**

SIM

Da Rotulagem**18) De acordo com a rotulagem?**

SIM

Do recebimento**19) De acordo com o recebimento?**

SIM

20) Rua:

Praça Leontina Figueiredo, 68

21) Bairro:

Centro

22) CEP:

39570-000

23) CNPJ:

20.716.627/0001-50

24) Nome do responsável pelo recebimento:

Geison Farley Gomes Alves

25) Telefone do responsável pelo recebimento:

(38) 9998-15239

26) Horário de Funcionamento:

8:00h às 16:00h

27) Local de Dispensação :

Farmácia hospitalar da Fundação Santo Antônio, localizada na Praça São Sebastião neste Município de Grão Mogol/MG.

Do monitoramento**28) Qual sistema informatizado o município utiliza para dispensação de medicamentos?**

Nenhuma das alternativas anteriores

30) Declaração :

SIM

Criação : 01/09/2020 14:45:30**Atualização :** 01/09/2020 14:45:30**Enviar por Email**

Caso queira enviar essa ficha por email preencha o nome e email do destinatário.

Nome:*

Email:*

Texto:

 **Enviar Email**

Identificação do Solicitante**1) Nome do(a) Secretário(a) de Saúde:**

Jean Rodrigues da Silva

2) CPF:

00755221958

3) Endereço eletrônico (e-mail):

gabinete.saude@joinville.sc.gov.br

4) Telefone:

(47) 3481-5112

Dados do Município**5) Estado:**

Santa Catarina

6) Município:

Joinville

Do fracionamento**7) De acordo com o fracionamento?**

SIM

Local**8) Possui local para o fracionamento? :**

SIM

9) Local do fracionamento.

Fracionamento (Unitarização de doses) do medicamento em FARMÁCIA HOSPITALAR

10) Rua do local do fracionamento :

Hospital São José

11) Bairro do local de fracionamento:

Atiradores

12) Cidade e Estado do local do fracionamento:

Joinville

13) CEP do local do fracionamento:

89202-000

14) CNPJ do estabelecimento fracionador:

84.703.248/0001-09

Do responsável**15) Nome do (a) Farmacêutico (a):**

Janaina Duarte Baumer

16) Número da Inscrição no Conselho Regional de Farmácia:

7471

Da validade**17) De acordo com a validade?**

SIM

Da Rotulagem**18) De acordo com a rotulagem?**

SIM

Do recebimento**19) De acordo com o recebimento?**

SIM

20) Rua:

Monsenhor Gercino, 1055

21) Bairro:

Itaum

22) CEP:

89210-145

23) CNPJ:

08.184.821/0001-37

24) Nome do responsável pelo recebimento:

Mariana Luiza Faria

25) Telefone do responsável pelo recebimento:

(47) 9975-98226

26) Horário de Funcionamento:

07:00 às 17:00 segunda a sexta

27) Local de Dispensação :

Centro de Tratamento Precoce

Do monitoramento**28) Qual sistema informatizado o município utiliza para dispensação de medicamentos?**

Sistema próprio integrado à Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS - BNAFAR

29) Declaração:

SIM

Criação : 02/09/2020 15:00:01**Atualização :** 02/09/2020 15:00:01**Enviar por Email**

Caso queira enviar essa ficha por email preencha o nome e email do destinatário.

Nome:*

Email:*

Texto:

 **Enviar Email**

Hidroxicloroquina 200 mg - Doação v4



Identificação do Solicitante

1) Nome do(a) Secretário(a) de Saúde:

MARKUS FABRICIO SANTIL SANTOS

2) CPF:

90394062604

3) Endereço eletrônico (e-mail):

msantil2000@yahoo.com

4) Telefone:

(71) 9917-87981

Dados do Município

5) Estado:

Bahia

6) Município:

Madre de Deus

Do fracionamento

7) De acordo com o fracionamento?

SIM

Local

8) Possui local para o fracionamento? :

SIM

9) Local do fracionamento.

Fracionamento (Unitarização de doses) do medicamento em FARMÁCIA HOSPITALAR

10) Rua do local do fracionamento :

avenida milton bahia ribeiro ,15000

11) Bairro do local de fracionamento:

centro

12) Cidade e Estado do local do fracionamento:

Madre de Deus

13) CEP do local do fracionamento:

42600-000

14) CNPJ do estabelecimento fracionador:

13.884.527/0001-78

Do responsável

15) Nome do (a) Farmacêutico (a):

Keila Reis Pereira dos Santos

16) Número da Inscrição no Conselho Regional de Farmácia:

CRF 11152

Da validade**17) De acordo com a validade?**

SIM

Da Rotulagem**18) De acordo com a rotulagem?**

SIM

Do recebimento**19) De acordo com o recebimento?**

SIM

20) Rua:

Rua 13 de Junho s/n

21) Bairro:

centro

22) CEP:

42600-000

23) CNPJ:

13.884.527/0001-78

24) Nome do responsável pelo recebimento:

Keila Neila Pereira dos Santos

25) Telefone do responsável pelo recebimento:

(71) 9874-60396

26) Horário de Funcionamento:

das 8:00 as 16:00 hs

27) Local de Dispensação :

Farmácia Básica

Do monitoramento**28) Qual sistema informatizado o município utiliza para dispensação de medicamentos?**

Nenhuma das alternativas anteriores

30) Declaração :

SIM

Criação : 03/09/2020 16:34:43**Atualização :** 03/09/2020 16:34:43**Enviar por Email**

Caso queira enviar essa ficha por email preencha o nome e email do destinatário.

Nome:*

Email:*

Texto:

 **Enviar Email**



Prefeitura Municipal de Presidente Prudente
Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos e Legislativos

OFÍCIO Nº 037/2021/SEAJUR/GAB/JDG

Referente: **Envio de Medicamentos – U R G E N T E.**

Senhor Ministro da Saúde,

Com os meus respeitosos cumprimentos, considerando que o Município de Presidente Prudente, Estado de São Paulo, tem sofrido amargamente os reflexos da pandemia de COVID-19, de maneira que a Secretaria Municipal de Saúde da atual gestão construiu um protocolo para atender o mais precocemente possível os pacientes, **solicito em caráter de urgência**, nos sejam enviados os medicamentos a seguir descritos, **se possível** nas quantidades mencionadas:

Sulfato de Hidroxicloroquina	100 mil unidades
Ivermectina	250 mil unidades
Azitromicina	250 mil unidades
Vitamina D	250 mil unidades
Sulfato de Zinco	250 mil unidades
Prednisona	250 mil unidades

Ao ensejo, renovo protestos de apreço e distinta consideração.

Atenciosamente,


EDSON TOMAZINI
Prefeito

Exmo. Sr.

General EDUARDO PAZUELLO

Ministro da Saúde

Brasília - DF



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LIMEIRA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Limeira, 01 de fevereiro de 2021.

Of. Nº 036/2021 – S.S.

Referência: Solicitação de Hidroxicloroquina

Excelentíssimo Sr. Secretário

Diante da Pandemia (Covid-19) pela qual estamos passando, sobretudo o recente aumento dos casos registrado, estamos adotando, enquanto Gestor do SUS no município de Limeira, protocolos de atendimento à população, inclusive no sentido de prescrever a utilização de Sulfato de Hidroxicloroquina nos pacientes que dão entrada com os primeiros sintomas da doença.

Ocorre que o recebimento de tal medicação por parte do Governo do Estado de São Paulo não tem ocorrido de forma a suprir nossa demanda. Além disso, ainda como consequência do referido aumento do número de pacientes, nosso estoque de HC foi reduzido de forma significativa nas últimas semanas, fato este agravado pela interrupção do envio por parte do Governo do estado.

Assim, tendo como objetivo dar prosseguimento ao protocolo de atendimento, venho, por meio deste, solicitar a Vossa Excelência o fornecimento de de 20.000 comprimidos de Sulfato de Hidroxicloroquina 400mg ou 40.000 comprimidos de Sulfato de Hidroxicloroquina 200mg.

Informamos que não temos restrição quanto à apresentação disponibilizada pois dispomos de Farmácia Hospitalar adequada, atendendo todas as regras sanitárias, com farmacêuticos capacitados, para efetuar o fracionamento, caso venham em embalagens com 500 comprimidos, em tratamentos individualizados.

Ressaltamos que, visando facilitar a logística, temos disponibilidade de efetuar a retirada do medicamento requisitado na Central de Abastecimento do Ministério da Saúde em São Paulo.

Estamos à disposição para quaisquer outros esclarecimentos que julgue necessário, aproveitando o momento para reiterar meus protestos de elevado respeito e consideração, bem como gratidão pelo apoio irrestrito de Vossa Excelência neste difícil momento pelo qual estamos passando.

Atenciosamente,


Dr. Vitor Sérgio Couto dos Santos
Secretário Municipal de Saúde e Gestor do SUS

Exmo. Sr.

Cel. Elcio Franco

DD. Secretário Executivo do Ministério da Saúde
Ministério da Saúde



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PAU D'ARCO
GABINETE

OFÍCIO Nº 195/2020/PMPD

Pau D'arco – PA, 17 de Julho de 2020.

A Sua Excelência o Senhor
EDUARDO PAZUELLO
MINISTRO DA SAÚDE
Brasília - DF

**Assunto: Solicitação de Insumos para enfrentamento do Coronavírus (2019-nCoV)-
COVID-19 no Município de Pau D'arco - PA.**

Exmo. Senhor Ministro,

Com os nossos cordiais cumprimentos. Considerando a Emergência em Saúde Pública declarada pela Organização Mundial da Saúde na data de 30 de janeiro do ano corrente, por doença respiratória causada pelo agente novo Coronavírus (2019-nCoV) e os crescentes casos no Município de Pau D'arco-PA. Solicito a vossa excelência 15 (quinze) mil protocolos de tratamentos para a COVID-19, com o objetivo de fortalecer as medidas de combate a pandemia no Município e auxiliar no atendimento e tratamento de pacientes com casos suspeitos e confirmados leves e graves da Covid-19. E assim, dar continuidade na oferta de serviços com qualidade e excelência para a toda população de Pau D'arco - PA.

Segue em anexo Planilha de Insumos para enfrentamento da COVID-19

Certo de atenção de Vossa Excelência, antecipamos os nossos agradecimentos e aproveitamos o ensejo para reiterar votos de estima e consideração.

Atenciosamente,


Fredson Pereira da Silva

Prefeito Municipal de Pau D'arco -PA.

Avenida Boa Sorte, s/n – Setor Paraíso, Pau D'arco – Pará
Fones: (94) 3356- 8105 / 3356-8104 – CEP: 68.545-000

ANEXO: 1



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PAU D'ARCO - PA

Planilha de e Insumos para Enfretamento da COVID-19		
	Descrição do Item	Quantidade
	Cloroquina 450 mg	100.000,00 comprimidos
	Zinco quelato em capsulas 66 mg	150.000,00 comprimidos
	Azitromicina 500 mg	90.000,00 comprimidos
	Ivermectina 6 mg	200.000,00 comprimidos

MINISTRO DA SAUDE

De: Ilza Braga Filha Pereira <ilza.pereira@camara.leg.br>
Enviado em: segunda-feira, 20 de julho de 2020 12:05
Para: MINISTRO DA SAUDE
Cc: joaquim.passarinho@gmail.com
Assunto: ENC: MUNICÍPIO DE PAU D'ARCO/PA - SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
Anexos: oficio MEDIC20200717_14181378.pdf; oficio MEDIC20200717_14165569.pdf

Prezados Senhores,

De ordem do Deputado Joaquim Passarinho, encaminho Ofício do Prefeito Fredson Pereira, por meio do qual solicita medicações para o tratamento do Covid 19.

Certo de poder contar com o apoio desses ministério, aguardamos uma resposta o mais rápido possível,

Att.

Ilza Braga

Assessora de Orçamentos

Gabinete do Deputado JOAQUIM PASSARINHO

Anexo IV – Gabinete 334

Brasília/DF - Cep. 70160-900

Fone: (61) 3215 5334 / 3215 3334 ou 98341 0370 / 98122 6406

De: pablo lima <limapablo42@gmail.com>

Enviado: sexta-feira, 17 de julho de 2020 14:27

Para: Ilza Braga Filha Pereira

Assunto: MUNICÍPIO DE PAU D'ARCO/PA - SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

BOA TARDE!

Prezada Srª Ilza venho por meio deste encaminhar um ofício com a solicitação de medicação para o combate coronavirus covid - 19. conforme segue em anexo...

Desde já agradeço por sua atenção....

--

Atenciosamente,

Pablo Lima Nascimento

Assessor de Projetos - GMC

Prefeitura Municipal de Pau D'Arco/PA

(94) 99196-4996

Identificação do Solicitante**1) Nome do(a) Secretário(a) de Saúde:**

PABLO LIMA NASCIMENTO

2) CPF:

74380141268

3) Endereço eletrônico (e-mail):

limapablo42@gmail.com

4) Telefone:

(94) 9196-4996

Dados do Município**5) Estado:**

Pará

6) Município:

Pau D'Arco

Do fracionamento**7) De acordo com o fracionamento?**

SIM

Local**8) Possui local para o fracionamento? :**

SIM

9) Local do fracionamento.

Fracionamento (Unitarização de doses) do medicamento em FARMÁCIA HOSPITALAR

10) Rua do local do fracionamento :

Rua José Eduardo Neto

11) Bairro do local de fracionamento:

Centro

12) Cidade e Estado do local do fracionamento:

Pau D

13) CEP do local do fracionamento:

68545-000

14) CNPJ do estabelecimento fracionador:

34.671.016/0001-48

Do responsável**15) Nome do (a) Farmacêutico (a):**

CRISLENE FERREIRA CHAVES

16) Número da Inscrição no Conselho Regional de Farmácia:

CRF/8203

Da validade**17) De acordo com a validade?**

SIM

Da Rotulagem**18) De acordo com a rotulagem?**

SIM

Do recebimento**19) De acordo com o recebimento?**

SIM

20) Rua:

Rua José Eduardo Neto

21) Bairro:

Centro

22) CEP:

68545-000

23) CNPJ:

34.671.016/0001-48

24) Nome do responsável pelo recebimento:

CRISLENE FERREIRA CHAVES

25) Telefone do responsável pelo recebimento:

(94) 9244-1868

26) Horário de Funcionamento:

07:00 as 13:00

27) Local de Dispensação :

Será dispensado através do Centro de Abastecimento Farmacêutico- CAF

Do monitoramento**28) Qual sistema informatizado o município utiliza para dispensação de medicamentos?**

Sistema Hórus do Ministério da Saúde

29) Declaração:

SIM

Criação : 04/09/2020 09:53:26**Atualização :** 04/09/2020 09:53:26**Enviar por Email**

Caso queira enviar essa ficha por email preencha o nome e email do destinatário.

Nome:*

Email:*

Texto:

 **Enviar Email**

Identificação do Solicitante**1) Nome do(a) Secretário(a) de Saúde:**

ELMO ZANCHET

2) CPF:

46937773900

3) Endereço eletrônico (e-mail):

saude@pinhalzinho.sc.gov.br

4) Telefone:

(49) 3366-6640

Dados do Município**5) Estado:**

Santa Catarina

6) Município:

Pinhalzinho

Do fracionamento**7) De acordo com o fracionamento?**

SIM

Local**8) Possui local para o fracionamento? :**

SIM

9) Local do fracionamento.

Fracionamento (Unitarização de doses) do medicamento em FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO

10) Rua do local do fracionamento :

AV. PORTO ALEGRE, 148 E

11) Bairro do local de fracionamento:

CENTRO

12) Cidade e Estado do local do fracionamento:

CHAPECÓ SC

13) CEP do local do fracionamento:

89802-132

14) CNPJ do estabelecimento fracionador:

02.315.234/0001-53

Do responsável**15) Nome do (a) Farmacêutico (a):**

ANA CLAUDIA CASAGRANDE BRAGHINI

16) Número da Inscrição no Conselho Regional de Farmácia:

3353

Da validade**17) De acordo com a validade?**

SIM

Da Rotulagem**18) De acordo com a rotulagem?**

SIM

Do recebimento**19) De acordo com o recebimento?**

SIM

20) Rua:

RUA PARANÁ,183

21) Bairro:

SANTO ANTÔNIO

22) CEP:

89870-000

23) CNPJ:

09.129.733/0001-03

24) Nome do responsável pelo recebimento:

SEILA SPENGLER BETEMPS

25) Telefone do responsável pelo recebimento:

(49) 3366-6650

26) Horário de Funcionamento:

7:30H ÀS 11:30HS E 13:00HS ÀS 17:00HS

27) Local de Dispensação :

POLICLÍNICA CENTRAL ARTHUR BARTOLOMEU FIORINI

Do monitoramento**28) Qual sistema informatizado o município utiliza para dispensação de medicamentos?**

Sistema próprio integrado à Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS - BNAFAR

29) Declaração:

SIM

Observação**32) Observação :**

AGUARDAMOS A MEDICAÇÃO COM BREVIDADE.

Criação : 11/09/2020 16:48:21

Atualização : 11/09/2020 16:48:21**Enviar por Email**

Caso queira enviar essa ficha por email preencha o nome e email do destinatário.

Nome:*

Texto:

Email:*

**Enviar Email**

Identificação do Solicitante**1) Nome do(a) Secretário(a) de Saúde:**

Edgar Saggioratto

2) CPF:

93032129834

3) Endereço eletrônico (e-mail):

secsaude@pirassununga.sp.gov.br

4) Telefone:

(19) 3565-6464

Dados do Município**5) Estado:**

São Paulo

6) Município:

Pirassununga

Do fracionamento**7) De acordo com o fracionamento?**

SIM

Local**8) Possui local para o fracionamento? :**

SIM

9) Local do fracionamento.

Fracionamento (Unitarização de doses) do medicamento em FARMÁCIA HOSPITALAR

10) Rua do local do fracionamento :

Siqueira Campos

11) Bairro do local de fracionamento:

Centro

12) Cidade e Estado do local do fracionamento:

Pirassununga

13) CEP do local do fracionamento:

13630-085

14) CNPJ do estabelecimento fracionador:

45.731.650/0001-45

Do responsável**15) Nome do (a) Farmacêutico (a):**

Ana Lucia Azarite

16) Número da Inscrição no Conselho Regional de Farmácia:

19052

Da validade**17) De acordo com a validade?**

SIM

Da Rotulagem**18) De acordo com a rotulagem?**

SIM

Do recebimento**19) De acordo com o recebimento?**

SIM

20) Rua:

Siqueira Campos

21) Bairro:

Centro

22) CEP:

13630-085

23) CNPJ:

45.731.650/0001-45

24) Nome do responsável pelo recebimento:

Ana Lucia Azarite

25) Telefone do responsável pelo recebimento:

(19) 3561-2656

26) Horário de Funcionamento:

7 às 17 horas

27) Local de Dispensação :

Unidade Sentinela -Rua Reverendo Belmiro Andrade, 164, Vlila Pinheiro

Do monitoramento**28) Qual sistema informatizado o município utiliza para dispensação de medicamentos?**

Nenhuma das alternativas anteriores

30) Declaração :

SIM

Criação : 10/09/2020 10:58:22**Atualização :** 10/09/2020 10:58:22**Enviar por Email**

Caso queira enviar essa ficha por email preencha o nome e email do destinatário.

Nome:*

Email:*

Texto:

 **Enviar Email**