



Secretaria de Estado da Saúde - SESAU

DESPACHO

De: SESAU-CGAF

Para: SESAU-ASTEC

Processo Nº: 0036.232749/2021-40

Assunto: **Ofício de informações - CPI PANDEMIA**

Prezada ASTEC,

Em atenção ao Despacho SESAU-ASTEC 0018291163 o qual nos encaminhou solicitação de informações a serem esclarecidas à CPI da Pandemia do Senado Federal, conforme Ofício 1187/2021 - CPI COVID (0018290814) e Requerimento nº 627/2021-CPIPANDEMIA (0018290881), que tratam da *"aquisição, a distribuição e os estoques dos medicamentos cloroquina, hidroxiclороquina, azitromicina, ivermectina e todos os demais fármacos que tenham sido utilizados no tratamento da COVID-19"*, esta CGAF se pronuncia como segue.

Encaminhamos nos anexos as informações solicitadas no que se refere a **Cloroquina 150mg**, indicando todas as entradas 0018431538, saídas (destino) 0018432275 e estoque atual 0018432994. Tais informações referem-se ao medicamento enviado pelo Ministério da Saúde, uma vez que não fora efetivada aquisição deste insumo pela Secretaria de Estado da Saúde. Ressalta-se que a distribuição direta aos usuários do medicamento cloroquina, se deu através dos municípios.

Quanto ao medicamento **Hidroxiclороquina**, indicamos que esta setorial procedeu a aquisição de 7.500 comprimidos de Hidroxiclороquina 200mg, em 02/04/2020, através do processo administrativo nº 0036.129371/2020-17 (Nota de empenho 0018436966; Nota Fiscal 0018446638 e relatório de saída às unidades de saída 0018436741) visando atender as necessidades e demandas das Unidades de Saúde Hospitalares e Ambulatoriais, gerenciadas pela Secretaria de Estado da Saúde - SESAU/RO. Destacamos que não houve recebimento deste fármaco, oriundo do Ministério da Saúde.

Importante destacar que o Governo de Federal lançou através do Ministério da Saúde, a NOTA INFORMATIVA Nº 5/2020-DAF/SCTIE/MS 0018443047, que trouxe consigo a informação de *uso da Cloroquina como terapia adjuvante no tratamento de formas graves do COVID-19 e definiu critérios para a primeira distribuição da Cloroquina na rede SUS*.

Houve a primeira atualização das informações sobre o uso da Cloroquina, onde foi emitida a NOTA INFORMATIVA Nº 6/2020-DAF/SCTIE/MS, de

01/04/2020 0018443102 para tratamento de casos graves e revogando a NOTA INFORMATIVA Nº 5/2020-DAF/SCTIE/MS.

A SESAU, procedeu ao recebimento da primeira remessa do medicamento cloroquina 150mg em 08/05/2020, estabelecendo um fluxo de distribuição às Gerência Regionais de Saúde, obedecendo aos critérios definidos na NOTA INFORMATIVA Nº 6/2020-DAF/SCTIE/MS, de 01/04/2020 0018443102, para os casos graves da COVID -19, para providências de fornecimento aos municípios de suas respectivas regiões. Ficando a critério do médico a prescrição, sendo necessária também a vontade declarada do paciente, conforme Anexo A - Termo de Ciência e Consentimento.

Em 20/05/2020 o Ministério da Saúde emitiu nova NOTA INFORMATIVA Nº 9/2020-SE/GAB/SE/MS 0018443144 contendo orientações para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da COVID-19, para uso da Cloroquina em caso Leves e Moderados.

Em relação ao medicamento **Azitromicina** indicamos que não houveram compras direcionadas ao atendimento das demandas exclusivas de pacientes da Covid-19. Indicamos que o medicamento pertence ao elenco do Componente Básico da Assistência Farmacêutica cuja responsabilidade pela aquisição e pelo fornecimento do item à população fica a cargo do ente municipal, com financiamento tripartite.

Quanto ao medicamento **Ivermectina 6mg**, indicamos que esta setorial procedeu a aquisição de 4.000 comprimidos de Ivermectina 6mg, em 17/07/2020, através do processo administrativo nº 0036.237367/2020-21 (Nota de empenho 0018446709; Nota Fiscal 0018446653 e relatório de saída às unidades de saída 0018446709) visando atender as necessidades e demandas das Unidades de Saúde Hospitalares e Ambulatoriais, gerenciadas pela Secretaria de Estado da Saúde - SESAU/RO. Destacamos que não houve recebimento deste fármaco, oriundo do Ministério da Saúde.

Apresentamos ainda a posição de estoque no decorrer do período solicitado no requerimento parlamentar, conforme planilha (0018446281).

Atenciosamente.

Elaborado por:

Raquel Jorge da Costa
farmacêutica-Assessora-CGAF

De acordo:

MAÍRA OLIVEIRA NERY
COORDENADORA-CGAF



Documento assinado eletronicamente por **MAIRA OLIVEIRA NERY, Coordenador(a)**, em 08/06/2021, às 16:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017.](#)



Documento assinado eletronicamente por **Raquel Jorge da Costa, Assessor(a)**, em 08/06/2021, às 16:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017.](#)



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [portal do SEI](#), informando o código verificador **0018433045** e o código CRC **9B0FB521**.

Referência: Caso responda esta Despacho, indicar expressamente o Processo nº 0036.232749/2021-40

SEI nº 0018433045



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CML 1º RM
LABORATÓRIO QUÍMICO FARMACÊUTICO DO EXÉRCITO
(Botica Real Militar / 1808)

RUA LICÍNIO CARDOSO, 96 - RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20.960-015 - TELEFAX: (21) 2281-1426 / 2261-9056 - SAC: 0800 282 1808
INSCR. ESTADUAL: ISENTO - INSCR. MUNICIPAL: ISENTO - CNPJ: 10.266.175/0001-07

M.SAÚDE

Nº135/20

DATA DE EMISSÃO 29/04/2020

1ª VIA - CLIENTE

DADOS DO CLIENTE

ENDEREÇO: COORD.DE PROJETOS DE MED.SUBSECRETARIA DE ASSUNT.ADMINIST
Nº 3º ANDAR SL 347
UF: DF
CEP: 70058-900
INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENTO
CITY: BRASILIA

LOCAL DE ENTREGA

ENDEREÇO: ALMOXARIFADO ESTADUAL DE MEDICAMENTOS - RONDÔNIA
Nº 4373
UF: RO
CEP: 76801-460
INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENTO
CITY: SETOR INDUSTRIAL - PORTO VELHO

DISCRIMINAÇÃO	LOTE	VALIDADE	UNIDADE	QUANTIDADE	UNITÁRIO	TOTAL
1 CLOROQUINA NEE6505BR1007576	2003014	03/22	COMP	14.000	0,21	2.940,00

FORMA DE PAGAMENTO	TRANSPORTADORA	Nº VOLUMES 01 CX	CUBAGEM 0,36	TOTAL R\$ 2.940,00
VALOR DO FRETE (R\$)	VALOR DO SEGURO (R\$)	PESO TOTAL (Kg) 11,02	TOTAL DA GUIA R\$ 2.940,00	
ISENTO DE IMPOSTO DE ACORDO COM O ARTIGO 150 INCISO VI ALÍNEA "A" DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL			IMPORTA A PRESENTE GUIA EM DOIS MIL NOVECENTOS E QUARENTA REAIS	

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

REFERÊNCIA: ACUSAR RECEBIMENTO E RETORNAR O FORMULÁRIO E MONITORAMENTO DE TRANSPORTE DO
CONTATO: PRODUTO PELO email almoxloglfex@gmail.com
OBS: SOLICITO ACUSAR RECEBIMENTO DO MEDICAMENTO CONSTANTE DA PRESENTE GUIA : E-mail: lqfex_ab@yahoo.com.br
OUTROS DADOS: ACESSE A PAGINA www.lqfex.eb.mil.br

Manuella Tombasco
CHEFE DO ALMOXARIFADO

Manuella TOMBASCO Dutras Teixeira
ASP Oficial Farm
Idt: 011806937-5
CRF/RJ: 12324

Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica - Bioquímica
CRF/RJ - 838

RECEBI O(S) ITEM(S) CONSTANTE(S) NA PRESENTE GUIA:
EM 10/05/2020
16:20
Retirado no aeroporto de Porto Velho



LAUDO DE ANÁLISE

POP 1332/P/10
ANEXO 002/02
Pág. 1/1

CONTROLE DE QUALIDADE

NÚMERO DO LAUDO DE ANÁLISE - 054/20

 MATÉRIA-PRIMA MATERIAL DE EMBALAGEM PRODUTO TERMINADO
 PADRÃO SECUNDÁRIO

Produto/Material: CLOROQUINA 150 mg

Registro: -

Fabricante/Fornecedor: LQFEX

Lote: 2003014

Quantidade Recebida: 1000 cp

Volumes Recebidos: 2

Validade: 03/2022

ENSAIOS REALIZADOS

TESTES/MÉTODOS	REFERÊNCIA DO MÉTODO	DATA DO TESTE	ESPECIFICAÇÃO	RESULTADO	ANALISTA
Aspecto	1	7/4/2020	Comprimido circular, plano, sulcado, de cor branca e isento de partículas estranhas.	Corresponde	Asp Belshoff
Peso Médio	1	7/4/2020	Entre 400,786 e 442,974 mg	421,33 mg	Asp Belshoff
Desintegração	1	1/4/2020	Máximo 20 min	10 min 32 seg	Ten Nathalia Crespo/ Ten Nami Nakano
Dureza	1	1/4/2020	Entre 55,0 e 100,0 N	75,5 N	Ten Nathalia Crespo/ Ten Nami Nakano
Friabilidade	1	1/4/2020	Máximo 0,5%	0,07%	Ten Nathalia Crespo/ Ten Nami Nakano
Dissolução	2	1/4/2020	Mínimo 80%	107,35%	Ten Nami Nakano
Doseamento	2	1/4/2020	95,0 a 105,0%	100,4%	Ten Nami Nakano
Uniformidade de Doses Unitárias	2	1/4/2020	VA < 15	0,86	Ten Nami Nakano
Embalagem	1	7/4/2020	Passa no teste	Corresponde	Asp Belshoff
Estanqueidade	3	7/4/2020	Passa no teste.	Corresponde	Asp Belshoff
Bactérias aeróbias viáveis	4	7/4/2020	≤ 1000 UFC/g	< 10 UFC/g	Sgt Cristiane
Fungos e leveduras	4	7/4/2020	≤ 100 UFC/g	< 10 UFC/g	Sgt Cristiane
<i>Escherichia coli</i>	4	7/4/2020	AUSENTE	AUSENTE	Sgt Cristiane

Conclusão: APROVADO REPROVADOObservação: 1. Desenvolvimento interno; 2. USP 42, NF 37; 3. Farmacopeia Mexicana; 4. Farmacopeia Brasileira, ed. 6, 2019.
PRODUTO TERMINADOChefe da Seção de Controle de Qualidade: *NA comp*Data: *16/04/2020*

Andrew ALVES de Souza
1º Ten Farm
Idt 011241537-7
CRF RJ 22092

Manuella TOMRASCO Durães Teixeira
ASP Oficial Farm
Idt: 011856937-5
GRF/RJ: 12324

NEM - Numero....: 2020050385 Data Movimento: 11/05/2020 Numero Empenho.: 2020
Tipo Movimento..: 430 - ENTRADA POR TRANSFERENCIA DE MATERIAL
CNPJ/CPF Fornec.: 10.266.175/0001-07 LAB.QUIMICO FARMACEUTICO DO EXERCITO
Nota Fiscal.....: 135 Processo No.: /

Item	Codmat	Qtde.	Embal.	Descricao	C Lote	Validade	Bloco	Setor	Pallet	Pr.unit
001	0003439	14000	CAPSULA	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG	09 2003014	31/03/2022				0,21
Total.:										2.940,00
Total Geral.:										2.940,00

Observacao:

recebido do LABORATORIO DO EXERCITO PARATRAMENTO DE PACIENTES INTERNADOS COM A
COVID-19 CONFORME NOTA INFORMATIVA N 06/2020-DAF/SCTIE/MS

Usuario RAQUEL Data: 11/05/2020 as 17:34:21

11/05/2020
Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica - Bioquímica
CRF/RQ 838



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CML 1º RM

LABORATÓRIO QUÍMICO FARMACÊUTICO DO EXÉRCITO
(Botica Real Militar / 1808)

RUA LICÍNIO CARDOSO, 96 - RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20.960-015 - TELEFAX: (21) 2281-1426 / 2261-9056 - SAC: 0800 282 1808
INSCR. ESTADUAL: ISENTO - INSCR. MUNICIPAL: ISENTO - CNPJ: 10.266.175/0001-07

M.SAÚDE

Nº167/20

DATA DE EMISSÃO 09/07/2020

DADOS DO CLIENTE

1ª VIA - CLIENTE

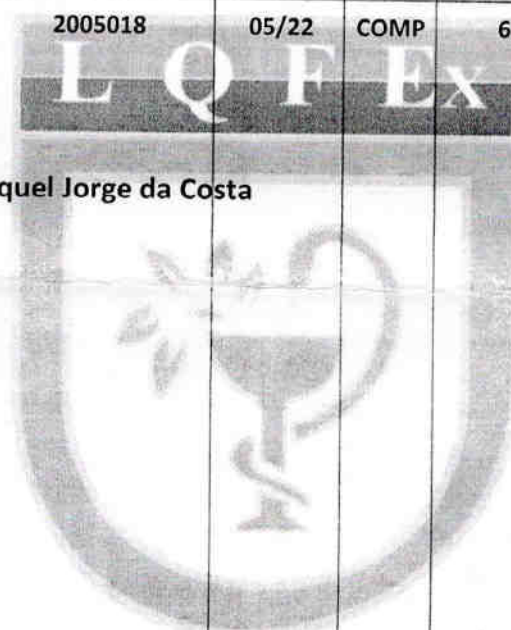
ENDEREÇO: COORDENAÇÃO GERAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E MEDICAMENTOS ESTRATÉGICOS - CGAFME
ENDEREÇO: ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS BLOCO G ED SEDE
Cidade: BRASILIA
CEP: 70058-900
UF: DF
INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENTO

LOCAL DE ENTREGA

ENDEREÇO: COORDENADORIA DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
ENDEREÇO: RUA APARICIO DE MORAES Nº 4338
Cidade: INDUSTRIAL - PORTO VELHO
CEP: 76821 - 240
UF: RO
INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENTO

DISCRIMINAÇÃO	LOTE	VALIDADE	UNIDADE	QUANTIDADE	UNITÁRIO	TOTAL
1 CLOROQUINA 150 MG NEE6505BR1007576	2005018	05/22	COMP	60.000	0,21	12.600,00

Responsável pelo Recebimento: Raquel Jorge da Costa



TRANSPORTADORA AIRWAY	Nº VOLUMES 03	CUBAGEM 0,323	TOTAL RS 12.600,00
VALOR DO FRETE (RS) 1.125,73	VALOR DO SEGURO (RS)	PESO TOTAL (Kg) 47,66	TOTAL DA GUIA RS 12.600,00
ISENTO DE IMPOSTO DE ACORDO COM O ARTIGO 150 INCISO VI ALÍNEA "A" DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL		IMPORTA A PRESENTE GUIA EM DOZE MIL E SEISCENTOS REAIS	

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

REFERÊNCIA: ACUSAR RECEBIMENTO E RETORNAR O FORMULÁRIO E MONITORAMENTO DE TRANSPORTE DO
CONTATO: PRODUTO PELO email almoxloglqfex@gmail.com
OFÍCIO Nº 254/2020/CGAFME/DAF/SCTIE/MS
OBJ: SOLICITO ACUSAR RECEBIMENTO DO MEDICAMENTO CONSTANTE DA PRESENTE GUIA : E-mail: lqfex_eb@yahoo.com.br
OUTROS DADOS: ACESE A PAGINA www.lqfex.eb.mil.br

RECEBI O(S) ITEM(S) CONSTANTE(S) NA PRESENTE GUIA:

NT *Utumbaxu*
CHEFE DO ALMOXARIFADO

Leandro Firmino da Silva
CARIMBO E ASSINATURA
Leandro Firmino da Silva
Farmacêutico
Mat. 300135764
CAFI/DGAF/SESAU-RO

EM 07/10/2020

Manuella TOMBASCO Duffles Teixeira
ASP Oficial Farm
Idt: 011856937-5
CRF/RJ: 12324



LAUDO DE ANÁLISE

POP 1332/P/10
ANEXO 002/02
Pág. 1/1

CONTROLE DE QUALIDADE

NÚMERO DO LAUDO DE ANÁLISE - 127/20

 MATÉRIA-PRIMA MATERIAL DE EMBALAGEM PRODUTO TERMINADO PADRÃO SECUNDÁRIO

Produto/Material: CLOROQUINA 150 mg

Registro: -

Fabricante/Fornecedor: LOFEX

Lote: 2005018

Quantidade Recebida: 1000 cp

Volumes Recebidos: 2

Validade: 05/2022

ENSAIOS REALIZADOS

TESTES/MÉTODOS	REFERÊNCIA DO MÉTODO	DATA DO TESTE	ESPECIFICAÇÃO	RESULTADO	ANALISTA
Aspecto	1	9/6/2020	Comprimido circular, plano, sulcado, de cor branca e isento de partículas estranhas.	Corresponde	Sgt Leticia Schroeder
Peso Médio	1	9/6/2020	Entre 400,79 e 442,97 mg	423,22 mg	Sgt Leticia Schroeder
Desintegração	1	30/5/2020	Máximo 20 min	09 min 47 seg	Asp Pinheiro/ SC Juliana
Dureza	1	30/5/2020	Entre 55,0 e 100,0 N	61,9 N	Asp Pinheiro/ SC Juliana
Friabilidade	1	30/5/2020	Máximo 1,5%	0,004	Asp Pinheiro/ SC Juliana
Dissolução	2	30/5/2020	Mínimo 80%	105,36%	SC Juliana
Doseamento	2	31/5/2020	93,0 a 107,0%	101,56%	Ten Namí Nakano
Uniformidade de Doses Unitárias	2	31/5/2020	VA < 15	1,8	Ten Namí Nakano
Embalagem	1	9/6/2020	Passa o teste	Corresponde	Sgt Leticia Schroeder
Estanqueidade	3	9/6/2020	Passa o teste	Corresponde	Sgt Leticia Schroeder
Bactérias aeróbicas viáveis	4	4/6/2020	≤ 1000 UFC/g	< 10 UFC/g	Ten Joyce G
Fungos e leveduras	4	4/6/2020	≤ 100 UFC/g	< 10 UFC/g	Ten Joyce G
<i>Escherichia coli</i>	4	4/6/2020	AUSENTE	AUSENTE	Ten Joyce G

Conclusão:



APROVADO



REPROVADO

Observação: 1. Desenvolvimento interno; 2. USP 42, NF 37; 3 Farmacopeia Mexicana; 4. Farmacopeia Brasileira, ed. 6, 2019

PRODUTO TERMINADO

Chefe da Seção de Controle de Qualidade:

FABIOLA PETRI
Capitão Farmacêutica
IDT 314528954M2

Data:

15/06/2020

NEM - Numero....: 2020080664 Data Movimento: 07/08/2020 Numero Empenho.: 2020

Tipo Movimento..: 108 - RECEBIMENTO POR DOACOES

CNPJ/CPF Fornec.: 10.266.175/0001-07 LAB.QUIMICO FARMACEUTICO DO EXERCITO

Nota Fiscal.....: 16720 Processo No...: /

Item	Codmat	Otde.	Embal.	Descricao	C Lote	Validade	Bloco	Setor	Pallet	Pr.unit
001	0003439		60000	CAPSULA	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG	09 2005018	31/05/2022			0,21
										Total.: 12.600,00
										Total Geral.: 12.600,00

Observacao:

MEDICAMENTO ORIENTO DO MS PARA TRATAMENTO DE CASOS LEVES E MODERADOS DA COVID-19
SEGUINDO A NOTA INFORMATIVA N.9-2020/SE/GAB/SE/MS

Usuario RAQUEL Data: 07/08/2020 as 12:55:17



MINISTERIO DA SAUDE - MS
 DEPARTAMENTO DE LOGISTICA - DLOG/SE
 SERVIÇO DE ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS - CAIES/CGAD Aéreo
 Sistema Integrado de Administração de Material e SIMMAT
 CNPJ 00.394.544.0008-51
 Nº do Pedido: 317006

Segunda-Feira, 1 de Junho de 2020
 Página 1 de 1
 Impressão de nº 1

NOTA DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO

Nº do Pedido: 317006
 Valor Total do Pedido: 3.443,06
 Unidade / Entidade de Destino: Almoxtariado Estadual - AGEVISA-RO - CNPJ: 07964604000125 - CEP: 76801460
 Descrição da Localidade: Rua Aparício de Moraes, n. 4373, bairro Setor Industrial
 Cidade: PORTO VELHO - RO
 Telefone da Unid. / Entidade: 84087193
 Dt. Envio da Autorização:
 Data do Pedido: 29/05/2020 Status: DISPONÍVEL P/ EXPEDIÇÃO
 Dt. Autorização: 29/05/2020

Código	Descrição	Qt. Autorizado	Qt. Entregue	VI. Unitário	VI. Total
0695439	CLOROQUINA 150 MG	50.000	50.000	0,0688832105	3.443,06
Fornecedor: FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ		End.: CLIMATIZADO - SP.	Qt. Recolher: 50.000	Dt. Validade: 31/03/2021	Lotex: 19030140
Fabricante: FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ					

Programa de Saúde: COVID-19
 Obs.: ### Considerando o teor da NOTA INFORMATIVA Nº 9/2020-SE/CAB/SE/MS#8203, a qual traz orientações para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da COVID-19 e a consulta realizada acerca da posição de estoque, consumo e solicitações de novos quantitativos de Cloroquina 150mg, informa-se que para definição da pauta em questão, foi utilizado como critério o número de casos suspeitos e o número de comprimidos estabelecido para cada tratamento. Solicita-se atendimento em caráter de MÁXIMA URGÊNCIA ###

Programa de Saúde de COVID-19
 Atendimento conforme Autorização SEI nº 0015076517/CESAF/DAF/SC/TE.
 Medicamentos enviados pelo Componente Estratégico de Assistência Farmacêutica/DAF/SC/TE/MS.

Obs.: Se durante o recebimento for identificada alguma divergência, imediatamente entrar em contato conosco através do e-mail: sadm.transporte@saude.gov.br

ALMOXTARIFADO / CARIMBO Assinado com senha eletrônica via portal VTC/LOG Katlane Rodrigues Torres Agente Administrativo - 11717309 192.168.0.48		DATA 01/06/2020 15:51	FUNÇÃO DA TRANSPORTADORA	DESTINATÁRIO E DATA / CARIMBO 36/05/2020 Rafael Jorge da Costa Assessoria Farmacêutica - C/GAF SESAU - 11-04 Mat. 360011-04
---	--	--------------------------	--------------------------	--

**VTC OPERADORA LOGÍSTICA LTDA.**

CNPJ 24893687001171 | IE 796724711119
 TEL 11 6121066400
 RUA JAMIL JOAO ZARIF., 684
 GUARULHOS - SP | 07143000

MINUTA	MODAL AÉREO/RODOV	NÚMERO 64678	FL. 1/1	DATA E HORA EMISSÃO 06/06/2020 21:05:41
--------	----------------------	-----------------	------------	--

ORIGEM DA PRESTAÇÃO GUARULHOS - SP	IATA ORIGEM SAO
DESTINO DA PRESTAÇÃO PORTO VELHO - RO	IATA DESTINO PVH

REMETENTE CDL-ICS/MS CENTRO DE DISTRIBUICAO ENDEREÇO RUA JAMIL JOAO ZARIF, 684 MUNICÍPIO GUARULHOS CEP 07143000 CNPJ / CPF 00394544003605 INSCR. EST. ISENTO UF SP PAÍS BRASIL FONE	DESTINATÁRIO Almoxarifado Estadual AGEVISARO ENDEREÇO RUA APARICIO DE MORAIS N 4358 BAIRRO SETOR , n. MUNICÍPIO PORTO VELHO CEP 76821240 CNPJ / CPF 07864604000125 INSCR. EST. UF RO PAÍS BRASIL FONE 32188046
---	---

EXPEDIDOR ENDEREÇO MUNICÍPIO CEP CNPJ / CPF UF PAÍS BRASIL FONE	RECEBEDOR Almoxarifado Estadual AGEVISARO ENDEREÇO RUA APARICIO DE MORAIS N 4358 BAIRRO SETOR , n. MUNICÍPIO PORTO VELHO CEP 76821240 CNPJ / CPF 07864604000125 INSCR. EST. UF RO PAÍS BRASIL FONE 32188046
---	--

TOMADOR DO SERVIÇO CDL-ICS/MS CENTRO DE DISTRIBUICAO ENDEREÇO RUA JAMIL JOAO ZARIF, 684 CNPJ / CPF 00394544003605	MUNICÍPIO GUARULHOS CEP 07143000 UF SP PAÍS BRASIL INSCR. EST. ISENTO FONE
--	--

PRODUTO PREDOMINANTE MEDICAMENTOS	OUTRAS CARACTERÍSTICAS DA CARGA Caixa
--------------------------------------	--

PESO REAL 17 kg	VOLUMES 4 un	NOME DA SEGURADORA	
		RESPONSÁVEL REMETENTE	Nº DA AVERBAÇÃO

DOCUMENTOS ORIGINÁRIOS			
TP. DOC.	CNPJ/CPF EMITENTE	SÉRIE	NRO. DOCUMENTO
1	00394544003605	PED	317006

OUTROS DADOS

MOTORISTA	PLACA E VEÍCULO
CPF	

OBSERVAÇÕES
COVID-19

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS DO MODAL AÉREO/RODOV - CARGA FRACIONADA

RNTRC DA EMPRESA 93509	CIOT	LOTAÇÃO NÃO	DATA LIMITE DE ENTREGA 08/06/2020 21:05:01
---------------------------	------	----------------	---

DECLARO QUE RECEBI OS VOLUMES DESTES DOCUMENTOS EM PERFEITO ESTADO PELO QUE DOU POR CUMPRIMENTO O PRESENTE CONTRATO DE TRANSPORTE

NOME <i>Raquel Jorge da Costa</i>	CHEGADA DATA / HORA 16.05.2020	CARIMBO
RG 410696358710	SAÍDA DATA / HORA	
ASSINATURA <i>Raquel</i>		<i>Raquel Jorge da Costa</i> Raquel Jorge da Costa Farmacêutica-Assessora SESAU - CGAF Mat. 300077630

Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica-Assessora
SESAU - CGAF
Mat. 300077630

MS / DATASUS - CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO

Sistema de Controle de Farmacia - V13.0.0.1

NOTA DE ENTRADA DE INSUMO

SEGUNDA-FEIRA - 15/06/2020

Emitido as 08:06:29

far430 pag: 001

NEM - Numero....: 2020060492 Data Movimento: 15/06/2020 Numero Empenho.: 2020
Tipo Movimento..: 108 - RECEBIMENTO POR DOACOES
CNPJ/CPF Fornec.: 00.394.544/0008-51 SERVIÇO DE ARMAZENAMENTO E DIST. DE MEDIC./MS
Nota Fiscal.....: 317006 Processo No.: /

Item	Codmat	Qtde.	Embal.	Descricao	C Lote	Validade	Bloco	Setor	Pallet	Pr.unit	
001	0003439	50000	CAPSULA	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG	09 19030140	31/03/2021				0,06	
										Total.:	3.443,00
										Total Geral.:	3.443,00

Observacao:

medicamento da COVID-19,NOTA INFORMATIVA N.9/2020-SE/GAB/SE/MS

Usuario RAQUEL Data: 15/06/2020 as 07:59:50

2020050382

AGEVISA - RO

Saída

Nº Saída: 10403452
Dt. Pedido: 08/05/2020
Tipo de Saída: Saídas diversas
Dt. Atendimento: 08/05/2020
Solicitante:
Operador: MARIZE SALDANHA DE AZEVEDO
Observação/Justificativa: LIBERADO PELA DRA. ANA FLORA PARA CGAF

Localização Física	Programa de Saúde	Fabricante	Lote	Validade	Qtde Solicitada	Qtde Atendida	VI . Unitário	VI. Total
Produto: BR0272780 CLOROQUINA, DIFOSFATO 150 MG COMPRIMIDO								
ARMARIO	COVID-19	LABORATORIO QUIMICO FARMACEUTICO DO	2003014	31/03/2022	6400	5.000	0,2100000	1.050,00
ARMARIO	COVID-19	FIOCRUZ	19030139	31/03/2021	6400	1.400	0,0688612	96,41
Total:						6400		1.146,41

Total Relatório: 6400 1.146,41

Entregue por: *Leticia Estagiaria* Recebido por: *Raquel Jorge da Costa*
Data: *08/05/2020* Data: *08/05/2020*

Assinatura: *Raquel Jorge da Costa*
Cargo: *Farmacêutica - CGAF*
CPF: *000077630*

Fornecedor.: 26.989.350/0001-16 -> MINISTERIO DA SAUDE
Periodo....: 08/05/2020 ate 08/05/2020

Mov.	Nem.	Data	N.Fiscal	Proc.No.	Cod.Cont.	Codmat.	Qtde.	Valor Total
430	2020050382	08/05/2020	10403452	/	09	0003439	5000	1.050,00
	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG							
430	2020050382	08/05/2020	10403452	/	09	0003439	1400	96,41
	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG							

Total Geral... 1.146,41

Total Itens... 1

PORTO VELHO - RO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE DE RONDONIA
AGEVISA

AGEVISA - RO

Saida

Nº Saida: 10857237

Tipo de Saida: Saidas diversas

Solicitante:

Observação/Justificativa: LIBERADO PELO WILLIAMS PARA EMPRÉSTIMO SESAU CAF II

Dt. Pedido: 09/07/2020
Dt. Atendimento: 09/07/2020
Operador: LETÍCIA GOMES ARAÚJO

Localização Física	Programa de Saúde	Fabricante	Lote	Validade	Qtde Solicitada	Qtde Atendida	VI. Unitário	VI. Total
Produto: BR0272780 CLOROQUINA, DIFOSFATO 150 MG COMPRIMIDO								
ARMARIO	MALÁRIA	FIOCRUZ	19030138	31/03/2021	20000	2.540	0,06886055	174,26
ARMARIO	MALÁRIA	FIOCRUZ	19090736	30/09/2021	20000	12.460	0,0688612	858,01
ARMARIO	MALÁRIA	FIOCRUZ	19030140	31/03/2021	20000	5.000	0,0688612	344,31
Total:							20000	1.376,57

0,0688612

Total Relatório: 20000 1.376,57

Solicitado por:	Entregue por:	Recebido por:
Data:	Data:	Data:

Sub
Shuover
Mendes 9/7/2020

QUINTA-FEIRA - 09/07/2020

Emitido as 14:53:55

far136 pag: 001

MS / DATASUS - CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO
Sistema de Controle de Farmacia - V14.0.0.0
NOTA DE TRANSFERENCIA DE INSUMO

Num. Empenho: 2020

NEM - Numero....: 2020070566
Tipo Movimento...: 430 - ENTRADA POR TRANSFERENCIA DE MATERIAL -
CNPJ/CPF Fornec.: 26.989.350/0001-16 MINISTERIO DA SAUDE
Fiscal.....: 10857237 Processo No.: /

Item Codmat	Qtde. Embal.	Descricao	C Lote	Validade	Bloco	Setor	Pallet	Pr.unit
001 0003439	2540,00CAPSULA	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG	09 19030138	31/03/2021				0,06
							Total.:	174,80
002 0003439	12460,00CAPSULA	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG	09 19090736	30/09/2021				0,06
							Total.:	857,49
003 0003439	5000,00CAPSULA	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG	09 19030140	31/03/2021				0,06
							Total.:	344,10
004 0003439	1,00CAPSULA	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG	09 19030138	31/03/2021				0,01
							Total.:	0,01
Total Geral.:								1.376,40

Observacao:
PARA TRATAMENTO DE CASOS LEVES E MODERADOS DA COVID-19 SEGUINDO A NOTA INFORMATI
VA 9-2020/SE/GAB/SE/MS

Usuario RAQUEL Data: 09/07/2020 as 14:53:02

Entrada

NFM - Num.....: 202006000044

Emitido Em ...: 03/06/2020 Tipo Movimento: 310 - FORNECIMENTO A SETORES CONSUMIDORES
Requisitante...: 000.000.035 SECRETARIA MUNICIPAL DE ARIQUEMES

Item Codmat.	Quant. Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total Dt. Validade
001 0003439	2000 CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,21 Lote= 2003014	420,00 31/03/2022
Total Geral				420,00

Observacao:

para tratamento de pacientes da covid para casos leves e moderados seguindo a nota informativa n.09/2020/SE/GAB/SE/MS

Solicitante Atendente RAQUEL Data 03/06/2020 as 07:38:48

Separado por Conferido por Entregue por Recebido por
_ / _ / _ / _ / 03, 06, 2020 _ / _ /

Snobdo - 306-20

Raquel
Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica - Bioquímica
CRF/RO - 838

NFM - Num.....: 202006000126 - Tipo Movimento.: 310 - FORNECIMENTO A SETORES CONSUMIDORES

Requisitante...: 000.000.184 GER.REG.SAUDE DE ARIQUEMES

Item Codmat.	Quant.	Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total	Dt Validade
001 0003439	2000	CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,06	137,21 Lote= 19030138	31/03/2021

Total Geral:

137,21

Observacao:

PARA TRATAMENTO DE CASOS LEVES E MODERADOS DA COVID-19, SEGUINDO A NOTA INFORMATIVA N.09/2020/SE/GAB/SE/MS

Solicitante Atendente RAQUEL Data 09/06/2020 as 06:58:49

Separado por

Conferido por

Entregue por

Recebido por

/ /

/ /

09, 06, 2020

/ /

Raquel
300079630
Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica - Bioquímica
CRF/RO - 838

LISTA DE POSTAGEM

Nº da Lista: 320653282
Contrato: 9912435048
Cód Adm.: 18033300
Cartão: 0073887820

Remetente: COORDENADORIA DE GESTÃO E
Cliente: RO SEC EST SAUDE GABINETE DO SECRETARIO
Endereço: Rua Aparicio Moraes, 4338 - Industrial
Porto Velho/RO - CEP: 76821240

Telefone: 6932168592

Nº do Objeto	CEP	Peso	AR	MP	VD	EV	EL	V. Declarado	N. Fiscal	Serviço
OJ933778543BR	76872838	2000	S	N	N	N	N	R\$ 0,00	0	04162 - SEDEX CONTRATO AGENCIA

Destinatário: REGIONAL DE SAÚDE DE ARIQUEMES
Obs.: MEDICAMENTO COVI-19

Carimbo e Assinatura / Matrícula dos Correios

Quantidade de Objetos: 1

Data de fechamento: 09/06/2020

APRESENTAR ESTA LISTA EM CASO DE PEDIDO DE INFORMAÇÕES

Estou ciente do disposto na cláusula terceira do contrato de prestação de Serviços.



ASSINATURA DO REMETENTE

Obs: 1ª via Unidade de Postagem e 2ª via Cliente

MS / DATASUS - CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO
Sistema de Controle de Farmacia - V13.0.0.1
NOTA DE SAIDA DE INSUMO

TERÇA-FEIRA - 16/06/2020
Emitido as 10:22:31
far440 pag: 001

NFM - Num.....: 202006000209

Emitido Em ...: 16/06/2020 Tipo Movimento: 329 - TRANSFERENCIA DE MATERIAS
Requisitante..: 000.000.035 SECRETARIA MUNICIPAL DE ARIQUEMES

Item Codmat.	Quant. Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total Dt.	Validade
001 0003439	2500 CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,06 Lote= 19030140	172,15	31/03/2021
Total Geral				172,15	

Observacao:

PARA TRATAMENTO DE CASOS LEVES E MODERADOS DA COVID-19 SEGUINDO A NOTA INFORMATI
VA N.9/2020-SE/GAB/SE/MS

Solicitante _____ Atendente RAQUEL _____ Data 16/06/2020 as 10:06:43

Separado por _____

Conferido por _____

Entregue por _____

Recebido por _____

16, 06, 2020
Raquel
300077630
Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica - Bioquímica
CRF/RO - 838

ISMAIC MAT
6679.2

NFM - Num.....: 202006000271 - Tipo Movimento.: 329 - TRANSFERENCIA DE MATERIAS

Requisitante..: 000.000.035 SECRETARIA MUNICIPAL DE ARIQUEMES

Item Codmat.	Quant.	Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total	Dt Validade
001 0003439	2000	CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,21	420,00	31/03/2021
					Lote= 19030138	

Total Geral:

420,00

Observacao:

PARA TRATAMENTO DE CASOS LEVES E MODERADOS DA COVID-19 SEGUINDO A NOTA INFORMATI
VA N.9/2020-SE/GAB/SE/MS

Solicitante Atendente RAQUEL Data 19/06/2020 as 10:16:13

Separado por

Conferido por

Entregue por

Recebido por

1 / 1

1 / 1

19.06.2020
Raquel K
300077630

19.6.20

Suado

MS / DATASUS - CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO
Sistema de Controle de Farmacia - V14.0.0.0
NOTA DE SAIDA DE INSUMO

QUINTA-FEIRA - 02/07/2020
Emitido as 11:10:55
far440 pag: 001

NFM - Num.....: 202007000034

Emitido Em ...: 02/07/2020 Tipo Movimento: 329 - TRANSFERENCIA DE MATERIAS
Requisitante..: 000.000.035 SECRETARIA MUNICIPAL DE ARIQUEMES

Item Codmat.	Quant. Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total Dt.	Validade
001 0003439	2500 CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,06 Lote= 19030140	172,15	31/03/2021
Total Geral				172,15	

Observacao:
PARA TRATAMENTO DE CASOS LEVES E MODERADOS DA COVID-19 SEGUINDO A NOTA INFORMATI
VA N.9-2020/SE/GAB/SE/MS

Solicitante _____ Atendente RAQUEL Data 02/07/2020 as 11:07:45

Separado por _____ Conferido por _____ Entregue por _____ Recebido por _____
02.07.2020
Raquel Jorge da Costa
Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica - Bioquímica
CRF/RO - 938
Miriam
Miriam
Fernanda

NFM - Num.....: 202007000135 - Tipo Movimento.: 329 - TRANSFERENCIA DE MATERIAS

Requisitante..: 000.000.035 SECRETARIA MUNICIPAL DE ARIQUEMES

Codmat.	Quant.	Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total	Dt Validade
07439	3000	CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,06	206,46	31/03/2021
					Lote= 19030140	
Total Geral						206,46

Observacao:

PARA TRATAMENTO DA COVID-19 EM CASOS LEVES E MODERADOS SEGUINDO A NOTA INFORMATIVA N 9-2020/SE/GAB/SE/MS

Solicitante _____ Atendente RAQUEL _____ Data 09/07/2020 as 14:54:54

Separado por _____

Conferido por _____

Entregue por _____

Recebido por _____

09/07/2020
Raquel
300077630
CRF-838

Milton Pereira

MS / DATASUS - CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO
Sistema de Controle de Farmacia - V14.0.0.0
NOTA DE SAIDA DE INSUMO

QUARTA-FEIRA - 15/07/2020
Emitido as 12:52:54
far440 pag: 001

NFM - Num.....: 202007000208

Emitido Em ...: 15/07/2020 Tipo Movimento: 329 - TRANSFERENCIA DE MATERIAS
Requisitante...: 000.000.035 SECRETARIA MUNICIPAL DE ARIQUEMES

Item Codmat.	Quant. Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total Dt.	Validade
001 0003439	3000 CSP.	CLOROQUINA DIPOSFATO 150 MG Local=	0,06 Lote= 19090736	206,46	30/09/2021
Total Geral				206,46	

Observacao:
PARA TRATAMENTO DE CASOS LEVES E MODERADOS DA COVID-19 SEGUINDO A NOTA INFORMATI
VA N.9-2020/SE/GAB/SE/MS

Solicitante _____ Atendente RAQUEL Data 15/07/2020 as 12:50:18

Separado por _____ Conferido por _____ Entregue por _____ Recebido por _____
15/07/2020
Raquel
300074630
Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica - Bioquímica
CRF/RO - 838
16/07/20 *Denis M. F.*

TERÇA-FEIRA - 21/07/2020
Emitido as 10:00:53
far440 pag: 001

MS / DATASUS - CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO
Sistema de Controle de Farmacia - V14.0.0.0
NOTA DE SAIDA DE INSUMO

NFM - Num.....: 202007000280

Emitido Em ...: 21/07/2020 Tipo Movimento: 329 - TRANSFERENCIA DE MATERIAS
Requisitante..: 000.000.035 SECRETARIA MUNICIPAL DE ARIQUEMES

Item Codmat.	Quant. Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total Dt. Validade
001 0003439	1000 CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,06 Lote= 19090736	68,82 30/09/2021
Total Geral				68,82

Observacao:
PARA TRATAMENTO DE CASOS LEVES E MODERADOS DA COVID-19 SEGUINDO A NOTA INFORMATIVA N.9-2020/SE/GAB/SE/MS

Solicitante _____ Atendente RAQUEL Data 21/07/2020 as 09:56:34

Separado por _____ Conferido por _____ Entregue por _____ Recebido por _____
21/07/2020
Raquel
300077630
Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica - Bioquímica
CREBA 000
21/07/20 *Helene M. F.*
NAT. 86428

MS / DATASUS - CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO
Sistema de Controle de Farmacia - V14.0.0.0
NOTA DE SAIDA DE INSUMO

QUINTA-FEIRA - 23/07/2020
Emitido as 09:28:14
far440 pag: 001

NFM - Num.....: 202007000280

Emitido Em ...: 21/07/2020 Tipo Movimento: 329 - TRANSFERENCIA DE MATERIAS
Requisitante..: 000.000.035 SECRETARIA MUNICIPAL DE ARIQUEMES

Item Codmat.	Quant. Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total Dt. Validade
001 0003439	1000 CSP.	CLOROQUINA DIPOSFATO 150 MG Local=	0,06 Lote= 19090736	68,82 30/09/2021
Total Geral				68,82

Observacao:

PARA TRATAMENTO DE CASOS LEVES E MODERADOS DA COVID-19 SEGUINDO A NOTA INFORMATI
VA N.9-2020/SE/GAB/SE/MS

Solicitante Atendente RAQUEL Data 21/07/2020 as 09:56:34

Separado por Conferido por Entregue por Recebido por

_____/_____/_____ ____/____/_____ ____/____/_____ ____/____/_____

....: 202008000173 - Tipo Movimento.: 310 - FORNECIMENTO A SETORES CONSUMIDORES

000.000.035 SECRETARIA MUNICIPAL DE ARIQUEMES

codmat.	Quant.	Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total	Dt Validade
001 0003439	5058	CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	1,10	5.563,80	21/11/2020
					Lote= 103101	

Total Geral:

5.563,80

Licitante

Atendente ROMUALDO

Data 17/08/2020 as 11:33:27

Conferido por

Entregue por

Recebido por

17/08/20 *[Handwritten Signature]*

[Handwritten Signature]
SECRETARIA MUNICIPAL DE ARIQUEMES
17/08/2020

NFM - Num.....: 202005000166 - Tipo Movimento.: 310 - FORNECIMENTO A SETORES CONSUMIDORES

Requisitante...: 000.000.087 HOSPITAL PANAMERICANO

Item	Codmat.	Quant.	Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total	Dt Validade
001	0003439	180	CSP.	CLOROQUINA DIPOSFATO 150 MG Local=	0,06	12,39	31/03/2021
Lote= 19030139							
Total Geral							12,39

Observacao:

PARA USO EM PACIENTE INTERNADO NO HOSP.SAMAR, COM ACOMPANHAMENTO MEDICO NO TRATAMENTO DA COVID-19 COM APRESENTACAO DE TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO ASSINADO

Solicitante _____ Atendente RAQUEL _____ Data 14/05/2020 as 11:44:52

Separado por _____ Conferido por _____ Entregue por _____ Recebido por _____
1 / 1 _____ 1 / 1 _____ 14, 05, 2020 _____ 14, 05, 2020 *Idina Moura*
CRF 1561
Raquel
CRF 828
300077630

1009

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – CLOROQUINA 150MG – COVID-19

Eu, Freibson Neres de Carvalho, com potencial vulnerabilidade com diagnóstico positivo para COVID-19, declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contra-indicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento CLOROQUINA 150mg, indicado para o tratamento da Malária e Afecções reumáticas e dermatológicas. Os termos médicos me foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico

Assim, declaro que fui informado(a) claramente a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso desse medicamento. Os efeitos adversos mais comumente relatados para o medicamento são:

- Retinopatia, Maculopatia, Hipoglicemia em pacientes com diabetes mellitus, Prolongamento de QT, diminuição das células brancas do sangue, dores de cabeça, náusea, vômitos, diarreia, cólicas, problemas na pele, coceiras, irritabilidade, nervosismo, psicose, convulsões, fraqueza, perda de peso, perda de apetite, problemas visuais, perda e descoloração dos cabelos, pigmentação de mucosas, diminuição da audição, sensibilidade à luz;

CLOROQUINA

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo, ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive em caso de eu desistir de usar o medicamento. Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

Local:	Data:
Nome do paciente:	
Cartão Nacional de Saúde:	706 8017 8006 9029
Nome do responsável legal:	
Documento de identificação do responsável legal:	656.454912-72
<u>Freibson N. de Carvalho</u> Assinatura do paciente ou do responsável legal	
Médico responsável:	CRM: UF:
<u>Dr. Franklin Almeida Lima</u> Clínica Médica CRM/RO 134162-7 Data: _____	

✓

202 A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – CLOROQUINA 150MG – COVID-19

Eu, Benigno de Santo Amorim, com potencial vulnerabilidade com diagnóstico positivo para COVID-19, declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contra-indicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento CLOROQUINA 150mg, indicado para o tratamento da Malária e Afecções reumáticas e dermatológicas. Os termos médicos me foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico


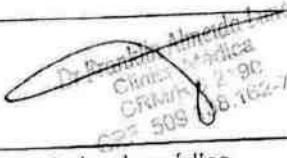
Assim, declaro que fui informado(a) claramente a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso desse medicamento. Os efeitos adversos mais comumente relatados para o medicamento são:

- Retinopatia, Maculopatia, Hipoglicemia em pacientes com diabetes mellitus, Prolongamento de QT, diminuição das células brancas do sangue, dores de cabeça, náusea, vômitos, diarreia, cólicas, problemas na pele, coceiras, irritabilidade, nervosismo, psicose, convulsões, fraqueza, perda de peso, perda de apetite, problemas visuais, perda e descoloração dos cabelos, pigmentação de mucosas, diminuição da audição, sensibilidade à luz;

CLOROQUINA

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo, ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive em caso de eu desistir de usar o medicamento. Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

Local:	Data:
Nome do paciente:	
Cartão Nacional de Saúde: <u>700 1029 0653 68 10</u>	
Nome do responsável legal: <u>018.765.954-00</u>	
Documento de identificação do responsável legal:	
 Assinatura do paciente ou do responsável legal	
Médico responsável:	CRM: _____ UF: _____
 Assinatura e carimbo do médico Data: _____	

?

200 A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – CLOROQUINA 150MG – COVID-19

Eu, Romulo Pinheiro Damasceno, com potencial vulnerabilidade com diagnóstico positivo para COVID-19, declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contra-indicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento CLOROQUINA 150mg, indicado para o tratamento da Malária e Afecções reumáticas e dermatológicas. Os termos médicos me foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico

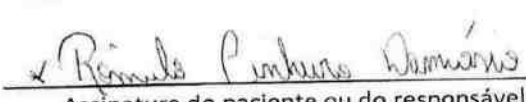
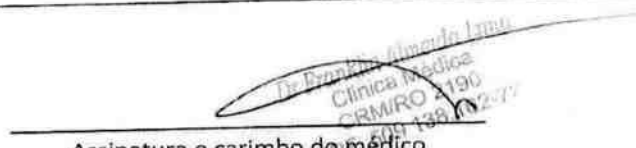
Assim, declaro que fui informado(a) claramente a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso desse medicamento. Os efeitos adversos mais comumente relatados para o medicamento são:

- Retinopatia, Maculopatia, Hipoglicemia em pacientes com diabetes mellitus, Prolongamento de QT, diminuição das células brancas do sangue, dores de cabeça, náusea, vômitos, diarreia, cólicas, problemas na pele, coceiras, irritabilidade, nervosismo, psicose, convulsões, fraqueza, perda de peso, perda de apetite, problemas visuais, perda e descoloração dos cabelos, pigmentação de mucosas, diminuição da audição, sensibilidade à luz;

CLOROQUINA

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo, ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive em caso de eu desistir de usar o medicamento. Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

Local:		Data:	
Nome do paciente:			
Cartão Nacional de Saúde: 700 8054 2729 68 80			
Nome do responsável legal:			
Documento de identificação do responsável legal: 978.822.912-34			
 Assinatura do paciente ou do responsável legal			
Médico responsável:		CRM:	UF:
 Assinatura e carimbo do médico Data: _____			



111 A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – CLOROQUINA 150MG – COVID-19

Eu, Carlos Roberto dos Santos, com potencial vulnerabilidade com diagnóstico positivo para COVID-19, declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contra-indicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento CLOROQUINA 150mg, indicado para o tratamento da Malária e Afecções reumáticas e dermatológicas. Os termos médicos me foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico

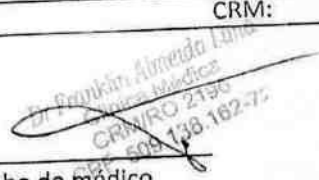
Assim, declaro que fui informado(a) claramente a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso desse medicamento. Os efeitos adversos mais comumente relatados para o medicamento são:

- Retinopatia, Maculopatia, Hipoglicemia em pacientes com diabetes mellitus, Prolongamento de QT, diminuição das células brancas do sangue, dores de cabeça, náusea, vômitos, diarreia, cólicas, problemas na pele, coceiras, irritabilidade, nervosismo, psicose, convulsões, fraqueza, perda de peso, perda de apetite, problemas visuais, perda e descoloração dos cabelos, pigmentação de mucosas, diminuição da audição, sensibilidade à luz;

CLOROQUINA

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo, ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive em caso de eu desistir de usar o medicamento. Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

Local:	Data:
Nome do paciente:	
Cartão Nacional de Saúde:	904 003 1986 89 66
Nome do responsável legal:	
Documento de identificação do responsável legal:	057.749.358-25
 Assinatura do paciente ou do responsável legal	
Médico responsável:	CRM: _____ UF: _____
 Assinatura e carimbo do médico	
Data: _____	



106

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – CLOROQUINA 150MG – COVID-19

Eu, Aldaci de Araújo Silva, com potencial vulnerabilidade com diagnóstico positivo para COVID-19, declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contra-indicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento CLOROQUINA 150mg, indicado para o tratamento da Malária e Afecções reumáticas e dermatológicas. Os termos médicos me foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico

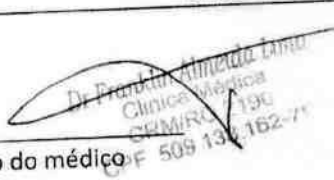
Assim, declaro que fui informado(a) claramente a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso desse medicamento. Os efeitos adversos mais comumente relatados para o medicamento são:

- Retinopatia, Maculopatia, Hipoglicemia em pacientes com diabetes mellitus, Prolongamento de QT, diminuição das células brancas do sangue, dores de cabeça, náusea, vômitos, diarreia, cólicas, problemas na pele, coceiras, irritabilidade, nervosismo, psicose, convulsões, fraqueza, perda de peso, perda de apetite, problemas visuais, perda e descoloração dos cabelos, pigmentação de mucosas, diminuição da audição, sensibilidade à luz;

CLOROQUINA

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo, ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive em caso de eu desistir de usar o medicamento. Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

(X) Sim () Não

Local: <u>Hospital Samsar</u>	Data: <u>14/05/2020</u>
Nome do paciente: <u>Aldaci de Araújo Silva</u>	
Cartão Nacional de Saúde: <u>700 6039 9011 1102</u>	
Nome do responsável legal:	
Documento de identificação do responsável legal: <u>326274672-04</u>	
<u>Aldaci Borges de Araújo</u> Assinatura do paciente ou do responsável legal	
Médico responsável:	CRM: _____ UF: _____
 Assinatura e carimbo do médico Data: _____	



1068

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – CLOROQUINA 150MG – COVID-19

Eu, Juaneside Pacheco Ramos, com potencial vulnerabilidade com diagnóstico positivo para COVID-19, declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contra-indicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento CLOROQUINA 150mg, indicado para o tratamento da Malária e Afecções reumáticas e dermatológicas. Os termos médicos me foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico

Assim, declaro que fui informado(a) claramente a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso desse medicamento. Os efeitos adversos mais comumente relatados para o medicamento são:

- Retinopatia, Maculopatia, Hipoglicemia em pacientes com diabetes mellitus, Prolongamento de QT, diminuição das células brancas do sangue, dores de cabeça, náusea, vômitos, diarreia, cólicas, problemas na pele, coceiras, irritabilidade, nervosismo, psicose, convulsões, fraqueza, perda de peso, perda de apetite, problemas visuais, perda e descoloração dos cabelos, pigmentação de mucosas, diminuição da audição, sensibilidade à luz;

CLOROQUINA

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo, ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive em caso de eu desistir de usar o medicamento. Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

Local: <u>Hospital Samar</u>	Data: <u>14/05/2020</u>
Nome do paciente: <u>Juaneside Pacheco</u>	
Cartão Nacional de Saúde: <u>801 4343 2015 72 008</u>	
Nome do responsável legal:	
Documento de identificação do responsável legal: <u>779.238.712-72</u>	
<u>Juaneside Pacheco Ramos</u> Assinatura do paciente ou do responsável legal	
Médico responsável:	CRM: _____ UF: _____
<u>Dr. Franklin Almeida Fami</u> Assinatura e carimbo do médico Data: _____	



100

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – CLOROQUINA 150MG – COVID-19

Eu, Agapito Mauro Filgueira de Oliveira com potencial vulnerabilidade com diagnóstico positivo para COVID-19, declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contra-indicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento CLOROQUINA 150mg, indicado para o tratamento da Malária e Afecções reumáticas e dermatológicas. Os termos médicos me foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico

Assim, declaro que fui informado(a) claramente a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso desse medicamento. Os efeitos adversos mais comumente relatados para o medicamento são:

- Retinopatia, Maculopatia, Hipoglicemia em pacientes com diabetes mellitus, Prolongamento de QT, diminuição das células brancas do sangue, dores de cabeça, náusea, vômitos, diarreia, cólicas, problemas na pele, coceiras, irritabilidade, nervosismo, psicose, convulsões, fraqueza, perda de peso, perda de apetite, problemas visuais, perda e descoloração dos cabelos, pigmentação de mucosas, diminuição da audição, sensibilidade à luz;

CLOROQUINA

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo, ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive em caso de eu desistir de usar o medicamento. Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

Local:	Data:	
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde: <u>707 0030 7267 0159</u>		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal: <u>350.421.698-06</u>		
<u>AGAPITO MAURO</u> Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico responsável:	CRM:	UF:
<u>Dr Franklin Almeida Lame</u> Assinatura e carimbo do médico Data: _____ <small>Clínica Médica CRM/RO 2190 CPF 509 138.162-77</small>		



MS / DATASUS - CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO
Sistema de Controle de Farmacia - V13.0.0.1
NOTA DE SAIDA DE INSUMO

SEXTA-FEIRA - 15/05/2020
Emitido as 16:33:44
far141 pag: 001

NFM - Num.....: 202005000188 - Tipo Movimento.: 310 - FORNECIMENTO A SETORES CONSUMIDORES

Requisitante...: 000.000.087 HOSPITAL PANAMERICANO

Item Codmat.	Quant.	Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total	Dt Validade
001 0003439	200	CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,06	13,77	31/03/2021
						Lote= 19030139
Total Geral						13,77

Observacao:

PARA TRATAMENTO DE PACIENTES POSITIVOS DE COVID-19, INTERNADO EM HOSPITAL SAMAR E
M ATENCAO A NOTA INFORMATIVA 6/2020/DAF-SCTIE/MS - CASO GRAVE DE COVID-19

Solicitante _____ Atendente RAQUEL Data 15/05/2020 as 16:32:16

Separado por _____ Conferido por _____ Entregue por _____ Recebido por _____

15,05,2020
Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica - Bioquímica
CRF 1561

15/05/2020
Felma Moreira
CRF 1561

201 A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – CLOROQUINA 150MG – COVID-19

Eu, José de Souza Pereira, com potencial vulnerabilidade com diagnóstico positivo para COVID-19, declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contra-indicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento CLOROQUINA 150mg, indicado para o tratamento da Malária e Afecções reumáticas e dermatológicas. Os termos médicos me foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico

Ronny Ribeiro de Oli.
Médico Intensivista
CRM-RO 2116 - RDE 7
CPF 349.381.092-01

Assim, declaro que fui informado(a) claramente a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso desse medicamento. Os efeitos adversos mais comumente relatados para o medicamento são:

- Retinopatia, Maculopatia, Hipoglicemia em pacientes com diabetes mellitus, Prolongamento de QT, diminuição das células brancas do sangue, dores de cabeça, náusea, vômitos, diarreia, cólicas, problemas na pele, coceiras, irritabilidade, nervosismo, psicose, convulsões, fraqueza, perda de peso, perda de apetite, problemas visuais, perda e descoloração dos cabelos, pigmentação de mucosas, diminuição da audição, sensibilidade à luz;

CLOROQUINA

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo, ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive em caso de eu desistir de usar o medicamento. Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

Local:	Data:	
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:	706 400 145859 487	
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:	581 416 502-20	
 Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico responsável:	CRM:	UF:
Ronny Ribeiro de Oli. Médico Intensivista CRM-RO 2116 - RDE 7 CPF 349.381.092-01		
Assinatura e carimbo do médico Data: _____		

2022

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – CLOROQUINA 150MG – COVID-19

Eu, Racinele Honorato Silva Fernandes com potencial vulnerabilidade com diagnóstico positivo para COVID-19, declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contra-indicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento CLOROQUINA 150mg, indicado para o tratamento da Malária e Afecções reumáticas e dermatológicas. Os termos médicos me foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico

Ronny Ribeiro de Oliveira
Médico Intensivista
CRM-RO 2116 - RQE 927
CPF 349.381.002-01

Assim, declaro que fui informado(a) claramente a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso desse medicamento. Os efeitos adversos mais comumente relatados para o medicamento são:

- Retinopatia, Maculopatia, Hipoglicemia em pacientes com diabetes mellitus, Prolongamento de QT, diminuição das células brancas do sangue, dores de cabeça, náusea, vômitos, diarreia, cólicas, problemas na pele, coceiras, irritabilidade, nervosismo, psicose, convulsões, fraqueza, perda de peso, perda de apetite, problemas visuais, perda e descoloração dos cabelos, pigmentação de mucosas, diminuição da audição, sensibilidade à luz;

CLOROQUINA

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo, ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive em caso de eu desistir de usar o medicamento. Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

Local:	Data:		
Nome do paciente:			
Cartão Nacional de Saúde:	708 109575 943 731		
Nome do responsável legal:			
Documento de identificação do responsável legal:	497.716.712-00		
 Assinatura do paciente ou do responsável legal			
Médico responsável:	Ronny Ribeiro de Oliveira Médico Intensivista CRM-RO 2116 - RQE 927 CPF 349.381.002-01	CRM:	UF:
 Assinatura e carimbo do médico Data: _____			

cadastrado
sem resultado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – CLOROQUINA 150MG – COVID-19

Eu, EdUARDO Gil HURTADO Filho com potencial vulnerabilidade com diagnóstico positivo para COVID-19, declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contra-indicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento CLOROQUINA 150mg, indicado para o tratamento da Malária e Afecções reumáticas e dermatológicas. Os termos médicos me foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico

Ronny Ribeiro de Oliveira
Médico Intensivista

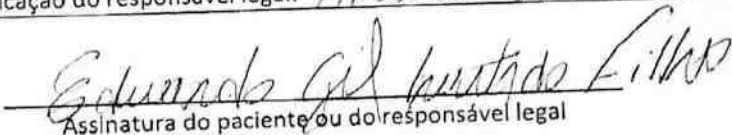
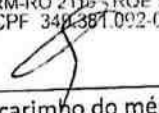
Assim, declaro que fui informado(a) claramente a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso desse medicamento. Os efeitos adversos mais comumente relatados para o medicamento são:

- Retinopatia, Maculopatia, Hipoglicemia em pacientes com diabetes mellitus, Prolongamento de QT, diminuição das células brancas do sangue, dores de cabeça, náusea, vômitos, diarreia, cólicas, problemas na pele, coceiras, irritabilidade, nervosismo, psicose, convulsões, fraqueza, perda de peso, perda de apetite, problemas visuais, perda e descoloração dos cabelos, pigmentação de mucosas, diminuição da audição, sensibilidade à luz;

CLOROQUINA

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo, ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive em caso de eu desistir de usar o medicamento. Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

Local:	Data:		
Nome do paciente:			
Cartão Nacional de Saúde:	705602491317818		
Nome do responsável legal:			
Documento de identificação do responsável legal:	741.388.802-59		
 Assinatura do paciente ou do responsável legal			
Médico responsável:	Ronny Ribeiro de Oliveira	CRM:	UF:
Médico Intensivista CRM-RO 2135 - ROE 907 CPF 349.381.092-04			
 Assinatura e carimbo do médico			
Data: _____			



10-02-21

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – CLOROQUINA 150MG – COVID-19

Eu, Alaíde do Sívio Oliveira, com potencial vulnerabilidade com diagnóstico positivo para COVID-19, declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contra-indicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento CLOROQUINA 150mg, indicado para o tratamento da Malária e Afecções reumáticas e dermatológicas. Os termos médicos me foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico

Assim, declaro que fui informado(a) claramente a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso desse medicamento. Os efeitos adversos mais comumente relatados para o medicamento são:

- Retinopatia, Maculopatia, Hipoglicemia em pacientes com diabetes mellitus, Prolongamento de QT, diminuição das células brancas do sangue, dores de cabeça, náusea, vômitos, diarreia, cólicas, problemas na pele, coceiras, irritabilidade, nervosismo, psicose, convulsões, fraqueza, perda de peso, perda de apetite, problemas visuais, perda e descoloração dos cabelos, pigmentação de mucosas, diminuição da audição, sensibilidade à luz;

CLOROQUINA

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo, ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive em caso de eu desistir de usar o medicamento. Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

Local:	Data:	
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:	701 807 298 299471	
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:	631 939 572 91	
<u>Alaíde do Sívio Oliveira</u> Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico responsável:	CRM:	UF:
Ronny Ribeiro de Oliveira Médico Intensivista CRM-RO 2116 - ROE 907 CPF 349.381.002-04		
<u>Assinatura e carimbo do médico</u> Data: _____		



102/13

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – CLOROQUINA 150MG – COVID-19

Eu, Luciano Santos Faria, com potencial vulnerabilidade com diagnóstico positivo para COVID-19, declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contra-indicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento CLOROQUINA 150mg, indicado para o tratamento da Malária e Afecções reumáticas e dermatológicas. Os termos médicos me foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico

Renny Ribeiro de Oliveira
Médico Intensivista
CRM-RO 2116 - RQE 907
CPF 349.381-092-01

Assim, declaro que fui informado(a) claramente a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso desse medicamento. Os efeitos adversos mais comumente relatados para o medicamento são:

- Retinopatia, Maculopatia, Hipoglicemia em pacientes com diabetes mellitus, Prolongamento de QT, diminuição das células brancas do sangue, dores de cabeça, náusea, vômitos, diarreia, cólicas, problemas na pele, coceiras, irritabilidade, nervosismo, psicose, convulsões, fraqueza, perda de peso, perda de apetite, problemas visuais, perda e descoloração dos cabelos, pigmentação de mucosas, diminuição da audição, sensibilidade à luz;

CLOROQUINA

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo, ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive em caso de eu desistir de usar o medicamento. Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

Local:	Data:	
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:	704809521975741	
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:	28973488287	
<p><u>Luciano Santos Faria</u> 289</p> <p>Assinatura do paciente ou do responsável legal</p>		
Médico responsável:	CRM:	UF:
<p>Renny Ribeiro de Oliveira Médico Intensivista CRM-RO 2116 - RQE 907 CPF 349.381-092-01</p> <p><u>Renny Ribeiro de Oliveira</u></p> <p>Assinatura e carimbo do médico</p> <p>Data: _____</p>		



105A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – CLOROQUINA 150MG – COVID-19

Eu, Ronaldinho do godinho Almeida, com potencial vulnerabilidade com diagnóstico positivo para COVID-19, declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contra-indicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento CLOROQUINA 150mg, indicado para o tratamento da Malária e Afecções reumáticas e dermatológicas. Os termos médicos me foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico

Ronny Ribeiro de Oliveira
Médico Intensivista
CRM-RO 2116 - RQE 907
CPF 349.381.002-04

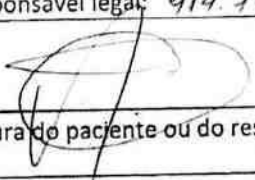

Assim, declaro que fui informado(a) claramente a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso desse medicamento. Os efeitos adversos mais comumente relatados para o medicamento são:

- Retinopatia, Maculopatia, Hipoglicemia em pacientes com diabetes mellitus, Prolongamento de QT, diminuição das células brancas do sangue, dores de cabeça, náusea, vômitos, diarreia, cólicas, problemas na pele, coceiras, irritabilidade, nervosismo, psicose, convulsões, fraqueza, perda de peso, perda de apetite, problemas visuais, perda e descoloração dos cabelos, pigmentação de mucosas, diminuição da audição, sensibilidade à luz;

CLOROQUINA

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo, ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive em caso de eu desistir de usar o medicamento. Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

Local:	Data:	
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:	700 004 53 89 20 007	
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:	414.174.102-72	
 + Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico responsável:	CRM:	UF:
Ronny Ribeiro de Oliveira Médico Intensivista CRM-RO 2116 - RQE 907 CPF 349.381.002-04  Assinatura e carimbo do médico Data: _____		



2021

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – CLOROQUINA 150MG – COVID-19

Eu, Francisco Lourenço Nascimento de Souza com potencial vulnerabilidade com diagnóstico positivo para COVID-19, declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contra-indicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento CLOROQUINA 150mg, indicado para o tratamento da Malária e Afecções reumáticas e dermatológicas. Os termos médicos me foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico

Ronny Ribeiro de Oliveira
Médico Intensivista
CRM-RO 2116 - ROE 9-7
CPF 349.384.092-01

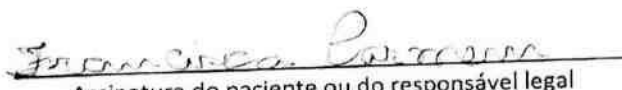
Assim, declaro que fui informado(a) claramente a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso desse medicamento. Os efeitos adversos mais comumente relatados para o medicamento são:

- Retinopatia, Maculopatia, Hipoglicemia em pacientes com diabetes mellitus, Prolongamento de QT, diminuição das células brancas do sangue, dores de cabeça, náusea, vômitos, diarreia, cólicas, problemas na pele, coceiras, irritabilidade, nervosismo, psicose, convulsões, fraqueza, perda de peso, perda de apetite, problemas visuais, perda e descoloração dos cabelos, pigmentação de mucosas, diminuição da audição, sensibilidade à luz;

CLOROQUINA

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo, ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive em caso de eu desistir de usar o medicamento. Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

Local:	Data:	
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:	705004887621553	
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:	060.623.502-7.2	
 Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico responsável:	CRM:	UF:
Ronny Ribeiro de Oliveira Médico Intensivista CRM-RO 2116 - ROE 9-7 CPF 349.384.092-01		
Assinatura e carimbo do médico Data: _____		



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – CLOROQUINA 150MG – COVID-19

Eu, Austimino Alves da Silva, com potencial vulnerabilidade com diagnóstico positivo para COVID-19, declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contra-indicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento CLOROQUINA 150mg, indicado para o tratamento da Malária e Afecções reumáticas e dermatológicas. Os termos médicos me foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico

Ronny Ribeiro de Oliveira
Médico Intensivista
CRM-RO 2116 - ROE 907
CPF 349.381.002-4

Assim, declaro que fui informado(a) claramente a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso desse medicamento. Os efeitos adversos mais comumente relatados para o medicamento são:

- Retinopatia, Maculopatia, Hipoglicemia em pacientes com diabetes mellitus, Prolongamento de QT, diminuição das células brancas do sangue, dores de cabeça, náusea, vômitos, diarreia, cólicas, problemas na pele, coceiras, irritabilidade, nervosismo, psicose, convulsões, fraqueza, perda de peso, perda de apetite, problemas visuais, perda e descoloração dos cabelos, pigmentação de mucosas, diminuição da audição, sensibilidade à luz;

CLOROQUINA

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo, ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive em caso de eu desistir de usar o medicamento. Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

Local:	Data:	
Nome do paciente:	<u>Austimino Alves da Silva</u>	
Cartão Nacional de Saúde:	<u>706.100.5410.93.200</u>	
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
<u><i>xo Nelson Alves Pereira</i></u> Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico responsável:	CRM:	UF:
<u>Ronny Ribeiro de Oliveira</u> Médico Intensivista CRM-RO 2116 - ROE 907 CPF 349.381.002-4		
Assinatura e carimbo do médico		
Data: _____		



NFM - Num.....: 202005000250

Emitido Em ...: 22/05/2020 Tipo Movimento: 310 - FORNECIMENTO A SETORES CONSUMIDORES

Requisitante..: 000.000.087 HOSPITAL PANAMERICANO

Item Codmat.	Quant. Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total Dt. Validade
001 0003439	160 CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,06 Lote= 19030139	11,01 31/03/2021
002 0003439	20 CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,21 Lote= 2003014	4,20 31/03/2022
Total Geral				15,21

Observacao:

PARA TRATAMENTO DE PACIENTES POSITIVOS C/COVID-19 INTERNADOS E EM ESTADO GRAVE D A DOENCA CONFORME NOTA INFORMATIVA N06/2020-DAF/SCTIE/MS

Solicitante Atendente RAQUEL Data 22/05/2020 as 07:45:59

Separado por Conferido por Entregue por Recebido por

_____/_____/_____ ____/____/_____ 22, 05, 2020 22/05/2020 *[assinatura]*

[assinatura]
Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica - Bioquímica
CRF/RO - 838

MS / DATASUS - CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO
Sistema de Controle de Farmacia - V13.0.0.1
NOTA DE SAIDA DE INSUMO

QUARTA-FEIRA - 27/05/2020
Emitido as 10:19:36
far141 pag: 001

NFM - Num.....: 202005000315 - Tipo Movimento.: 310 - FORNECIMENTO A SETORES CONSUMIDORES

Requisitante...: 000.000.087 HOSPITAL PANAMERICANO

Item Codmat.	Quant.	Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total	Dt Validade
001 0003439	120	CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,21	25,20	31/03/2022
					Lote= 2003014	

Total Geral:

25,20

Observacao:

para tratamento a paciente em estado grave com exame positivo de covid-19 em ref
nota informativa 06/2020-DAF/SCTIE/MS

Solicitante

Atendente RAQUEL

Data 27/05/2020 as 10:18:36

Separado por

Conferido por

Entregue por

Recebido por

_____/_____/_____

_____/_____/_____

27,05,2020

27,05,2020

Helma Moura

Raquel
Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica - Bioquímica
CRF/RO - 838

204-B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – CLOROQUINA 150MG – COVID-19

Eu, José Expedito Degenus, com potencial vulnerabilidade com diagnóstico positivo para COVID-19, declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contra-indicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento CLOROQUINA 150mg, indicado para o tratamento da Malária e Afecções reumáticas e dermatológicas. Os termos médicos me foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico

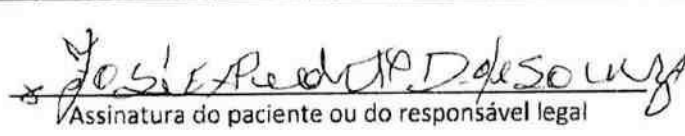
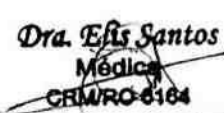
Assim, declaro que fui informado(a) claramente a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso desse medicamento. Os efeitos adversos mais comumente relatados para o medicamento são:

- Retinopatia, Maculopatia, Hipoglicemia em pacientes com diabetes mellitus, Prolongamento de QT, diminuição das células brancas do sangue, dores de cabeça, náusea, vômitos, diarreia, cólicas, problemas na pele, coceiras, irritabilidade, nervosismo, psicose, convulsões, fraqueza, perda de peso, perda de apetite, problemas visuais, perda e descoloração dos cabelos, pigmentação de mucosas, diminuição da audição, sensibilidade à luz;

CLOROQUINA

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo, ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive em caso de eu desistir de usar o medicamento. Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

Sim () Não

Local:	Data:	
Nome do paciente:	<u>José Expedito Degenus</u>	
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
 Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico responsável:	CRM:	UF:
 Assinatura e carimbo do médico Data: _____		



20/11/21

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – CLOROQUINA 150MG – COVID-19

Eu, Júrcio de Oliveira, com potencial vulnerabilidade com diagnóstico positivo para COVID-19, declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contra-indicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento CLOROQUINA 150mg, indicado para o tratamento da Malária e Afecções reumáticas e dermatológicas. Os termos médicos me foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico

Assim, declaro que fui informado(a) claramente a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso desse medicamento. Os efeitos adversos mais comumente relatados para o medicamento são:

• Retinopatia, Maculopatia, Hipoglicemia em pacientes com diabetes mellitus, Prolongamento de QT, diminuição das células brancas do sangue, dores de cabeça, náusea, vômitos, diarreia, cólicas, problemas na pele, coceiras, irritabilidade, nervosismo, psicose, convulsões, fraqueza, perda de peso, perda de apetite, problemas visuais, perda e descoloração dos cabelos, pigmentação de mucosas, diminuição da audição, sensibilidade à luz;

CLOROQUINA

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo, ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive em caso de eu desistir de usar o medicamento. Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim Não

Local:	Data:	
Nome do paciente:	<u>Júrcio de Oliveira</u>	
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
<u>J. DE OLIVEIRA</u> Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico responsável:	CRM:	UF:
<u>Dra. Elis Santos</u> Médica CRM/RO 0104 Assinatura e carimbo do médico Data: _____		



109-12

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – CLOROQUINA 150MG – COVID-19

Eu, José Augusto Bentes, com potencial vulnerabilidade com diagnóstico positivo para COVID-19, declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contra-indicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento CLOROQUINA 150mg, indicado para o tratamento da Malária e Afecções reumáticas e dermatológicas. Os termos médicos me foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico

Assim, declaro que fui informado(a) claramente a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso desse medicamento. Os efeitos adversos mais comumente relatados para o medicamento são:

• Retinopatia, Maculopatia, Hipoglicemia em pacientes com diabetes mellitus, Prolongamento de QT, diminuição das células brancas do sangue, dores de cabeça, náusea, vômitos, diarreia, cólicas, problemas na pele, coceiras, irritabilidade, nervosismo, psicose, convulsões, fraqueza, perda de peso, perda de apetite, problemas visuais, perda e descoloração dos cabelos, pigmentação de mucosas, diminuição da audição, sensibilidade à luz;

CLOROQUINA

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo, ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive em caso de eu desistir de usar o medicamento. Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

Local:	Data:	
Nome do paciente:	<u>José Augusto Bentes</u>	
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
<u>José Augusto Bentes</u> Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico responsável:	CRM:	UF:
<u>Dra. Elis Santos</u> Médica CRM/RO 8184 Assinatura e-carimbo do médico Data: _____		

✓

204

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – CLOROQUINA 150MG – COVID-19

Eu, Emerson Euprosio Augusto, com potencial vulnerabilidade com diagnóstico positivo para COVID-19, declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contra-indicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento CLOROQUINA 150mg, indicado para o tratamento da Malária e Afecções reumáticas e dermatológicas. Os termos médicos me foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico

Assim, declaro que fui informado(a) claramente a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso desse medicamento. Os efeitos adversos mais comumente relatados para o medicamento são:

- Retinopatia, Maculopatia, Hipoglicemia em pacientes com diabetes mellitus, Prolongamento de QT, diminuição das células brancas do sangue, dores de cabeça, náusea, vômitos, diarreia, cólicas, problemas na pele, coceiras, irritabilidade, nervosismo, psicose, convulsões, fraqueza, perda de peso, perda de apetite, problemas visuais, perda e descoloração dos cabelos, pigmentação de mucosas, diminuição da audição, sensibilidade à luz;

CLOROQUINA

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo, ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive em caso de eu desistir de usar o medicamento. Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

Sim () Não

Local:	Data:	
Nome do paciente:	<u>Emerson Euprosio Augusto</u>	
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
<u>Emerson</u> Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico responsável:	CRM:	UF:
<u>Dra. Elis Santos</u> Médica <u>CRM/RO 8184</u> Assinatura e carimbo do médico Data: _____		

110-A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – CLOROQUINA 150MG – COVID-19

Eu, Sebastião José da Silva, com potencial vulnerabilidade com diagnóstico positivo para COVID-19, declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contra-indicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento CLOROQUINA 150mg, indicado para o tratamento da Malária e Afecções reumáticas e dermatológicas. Os termos médicos me foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico

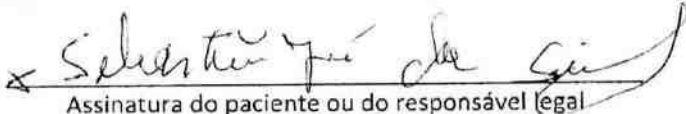

Assim, declaro que fui informado(a) claramente a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso desse medicamento. Os efeitos adversos mais comumente relatados para o medicamento são:

- Retinopatia, Maculopatia, Hipoglicemia em pacientes com diabetes mellitus, Prolongamento de QT, diminuição das células brancas do sangue, dores de cabeça, náusea, vômitos, diarreia, cólicas, problemas na pele, coceiras, irritabilidade, nervosismo, psicose, convulsões, fraqueza, perda de peso, perda de apetite, problemas visuais, perda e descoloração dos cabelos, pigmentação de mucosas, diminuição da audição, sensibilidade à luz;

CLOROQUINA

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo, ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive em caso de eu desistir de usar o medicamento. Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

Local:	Data:	
Nome do paciente:	<u>Sebastião José da Silva</u>	
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
 Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico responsável:	CRM:	UF:
 Assinatura e carimbo do médico Data: _____		

MS / DATASUS - CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO
Sistema de Controle de Farmacia - V13.0.0.1
NOTA DE SAIDA DE INSUMO

SEXTA-FEIRA - 29/05/2020
Emitido as 14:06:46
far141 pag: 001

NFM - Num.....: 202005000363 - Tipo Movimento.: 310 - FORNECIMENTO A SETORES CONSUMIDORES

Requisitante..: 000.000.087 HOSPITAL PANAMERICANO

Item Codmat.	Quant.	Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total	Dt Validade
001 0003439	240	CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,21	50,40	31/03/2022
					Lote= 2003014	

Total Geral:

50,40

Observacao:

PARA USO EM PACIENTES POSITIVOS DA COVID-19 INTERNADOS E GRAVES ATENDENDO A NOTA
06/2020-DAF/SCTIE/MS

Solicitante _____ Atendente LEANDRO Data 29/05/2020 as 14:05:41

Separado por _____

Conferido por _____

Entregue por

Recebido por

29,05,2020

29,05,2020

Luiz Felipe da Costa
Farmacêutica - Bioquímica
CRF/RO - 838

[Handwritten signature]

NFM - Num.....: 202006000106 - Tipo Movimento.: 310 - FORNECIMENTO A SETORES CONSUMIDORES

Requisitante...: 000.000.087 HOSPITAL PANAMERICANO

Item Codmat.	Quant.	Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total	Dt Validade
001 0003439	120	CSP.	CLOROQUINA DIPOSFATO 150 MG Local=	0,21	25,20	31/03/2022
					Lote= 2003014	

Total Geral:

25,20

Observacao:

PARA USO PACIENTE GRAVES DA COVID 19 NOTA INFORMATIVA N.06/MS

Solicitante

Atendente RAQUEL

Data 05/06/2020 as 16:02:39

Separado por

Conferido por

Entregue por

Recebido por

____/____/____

____/____/____

05/06/2020
Raquel
Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica - Bioquímica
CRF/RO - 838

05/06/2020 *felipe m...*

NFM - Num.....: 202006000164 - Tipo Movimento.: 310 - FORNECIMENTO A SETORES CONSUMIDORES

Requisitante...: 000.000.087 HOSPITAL PANAMERICANO

Item	Codmat.	Quant.	Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total	Dt Validade
001	0003439	120	CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,06	8,23	31/03/2021
							Lote= 19030138

Total Geral:

8,23

Observacao:

PARA TRATAMENTO DE CASOS GRAVES DA COVID-19 SEGUINDO A NOTA INFORMATIVA Nº 06/20
20/GAB/SCTIE/MS

Solicitante _____ Atendente RAQUEL _____ Data 10/06/2020 as 11:47:35

Separado por _____

Conferido por _____

Entregue por _____

Recebido por _____

10, 06, 2020
Raquel
Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica - Bioquímica
CREFR - 228

10, 06, 2020 *[assinatura]*

MS / DATASUS - CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO
Sistema de Controle de Farmacia - V13.0.0.1
NOTA DE SAIDA DE INSUMO

TERCA-FEIRA - 16/06/2020
Emitido as 07:26:13
far141 pag: 001

NFM - Num.....: 202006000203 - Tipo Movimento.: 310 - FORNECIMENTO A SETORES CONSUMIDORES

Requisitante.: 000.000.087 HOSPITAL PANAMERICANO

Item Codmat.	Quant.	Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total	Dt Validade
001 0003439	180	CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,06	12,39	31/03/2021

Total Geral:

12,39

Observacao:

PARA TRATAMENTO DE CASOS LEVES E MODERADOS DA COVID-19 SEGUINDO A NOTA INFORMATI
VA N.9/2020-SE/GAB/SE/MS

Solicitante _____ Atendente RAQUEL _____ Data 16/06/2020 as 07:25:15

Separado por _____

Conferido por _____

Entregue por _____

Recebido por _____

_____/_____/_____

_____/_____/_____

16/06/2020
Raquel
300077630
Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica - Bioquímica
CRF/RO - 838

16/06/2020 *[Handwritten Signature]*

NFM - Num.....: 202005000174 - Tipo Movimento.: 310 - FORNECIMENTO A SETORES CONSUMIDORES

Requisitante..: 000.000.064 CASA DE SAUDE SANTA MARCELINA

Item Codmat.	Quant.	Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total	Dt Validade
001 0003439	40	CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,06	2,75	31/03/2021 Lote= 19030139

Total Geral: 2,75

Observacao:

MEDICAMENTO PARA USO EM PACIENTES GRAVESCOM RESULTADO POSITIVO PARA COVID-19,NOT
AINFORMATIVA 06/2020-DAF/SCTIE/MS PARA OHOSP.STA MARCELINA

Solicitante _____ Atendente RAQUEL Data 15/05/2020 as 08:44:03

Separado por

Conferido por

Entregue por

Recebido por

_____/_____/_____

_____/_____/_____

15, 05, 2020

15/05/2020 fagner

Raquel
300077630
CRF-838

NFM - Num.....: 202007000028

Emitido Em ...: 02/07/2020 Tipo Movimento: 310 - FORNECIMENTO A SETORES CONSUMIDORES

Requisitante...: 000.000.010 HOSPITAL REGIONAL DE EXTREMA

Item Codmat.	Quant. Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total Dt.	Validade
001 0003439	280 CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,06 Lote= 19030140	19,28	31/03/2021
002 0003439	80 CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,06 Lote= 19030140	5,50	31/03/2021
Total Geral				24,78	

Observacao:

PARA TRATAMENTO DE CASOS LEVES E MODERADOS DA COVID-19 SEGUINDO A NOTA INFORMATIVA N.09/2020-SE/GAB/SE/MS

Solicitante _____ Atendente RAQUEL Data 02/07/2020 as 09:10:41

Separado por _____

Conferido por _____

Entregue por _____

Recebido por _____

02,07,2020

 Raquel Jorge da Costa
 Farmacêutica - Bioquímica
 CRF/RO - 838


 José Donizete da Silva
 DIRETOR GERAL/HRE/SESAU
 HRE MAT. 300159981

NPM - Num.....: 202007000137 - Tipo Movimento.: 329 - TRANSFERENCIA DE MATERIAS

Requisitante...: 000.000.073 DISTRITO SANITARIO ESPECIAL INDIGINA

Item Codmat.	Quant.	Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total	Dt Validade
001	0003439	01 CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,06	0,06 Lote= 19030140	31/03/2021
002	0003439	999 CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,06	68,75 Lote= 19030140	31/03/2021
Total Geral						68,81

Observacao:

TRATAMENTO DE CASOS LEVES E MODERADOS DA COVID-19 SEGUINDO A NOTA INFORMATIVA N.9/2020-SE/GAB/SE/MS

Solicitante _____ Atendente RAQUEL _____ Data 09/07/2020 as 15:03:08

Separado por _____ Conferido por _____ Entregue por _____ Recebido por _____

09,07,2020
Raquel
 3000977630
 CPF-838

09,07,20
Rone Erielle
 CPF 1256

NFM - Num.....: 202009000107 - Tipo Movimento.: 310 - FORNECIMENTO A SETORES CONSUMIDORES

Requisitante...: 000.000.073 DISTRITO SANITARIO ESPECIAL INDIGENA

Item Codmat.	Quant.	Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total	Dt Validade
001 0003439	3000	CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,21	630,00	31/05/2022
					Lote= 2005018	
Total Geral						630,00

Observacao:
MEDICAMENTO DISPENSADO PARA O DISTRITO SANITARIO INDIGENA ESPECIAL DE PORTO VELHO,
PARTE A COVID-19.

Solicitante _____ Atendente LEANDRO Data 09/09/2020 as 09:43:12

Separado por _____ Conferido por _____ Entregue por 09.09.2020 Recebido por 09.09.20
Leandro R. Silva
300 135764
CRF 1256

MS / DATASUS - CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO
Sistema de Controle de Farmacia - V14.0.0.0
NOTA DE SAIDA DE INSUMO

TERCA-FEIRA - 30/06/2020
Emitido as 08:06:14
far141 pag: 001

NFM - Num.....: 202006000403 - Tipo Movimento.: 329 - TRANSFERENCIA DE MATERIAS

Requisitante...: 000.000.052 PREFEITURA MUNICIPAL DE CUJUBIM

Item	Codmat.	Quant.	Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total	Dt Validade
001	0003439	300	CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,06	20,65	31/03/2021
						Lote= 19030140	
Total Geral							20,65

Observacao:

para tratamento de casos leves e moderados da COVID-19 SEGUINDO A NOTA INFORMAT
IVA N.9-2020/SE/GAB/SE/MS

Solicitante _____ Atendente RAQUEL Data 30/06/2020 as 08:04:51

Separado por _____

Conferido por _____

Entregue por _____

Recebido por _____

30/06/2020
Raquel
Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica - Bioquímica
CRF/RO - 838

15/8/2020
3006 g/j

NFM - Num.....: 202007000207

Emitido Em ...: 15/07/2020 Tipo Movimento: 329 - TRANSFERENCIA DE MATERIAS
Requisitante...: 000.000.186 GER.REG.DE SAUDE DE CACOAL

Item Codmat.	Quant. Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total Dt.	Validade
001 0003439	2000 CSP.	CLOROQUINA DIPOSFATO 150 MG Local=	0,06 Lote= 19090736	137,64	30/09/2021
Total Geral				137,64	

Observacao:

PARA TRATAMENTO DE PACIENTES DA COVID-19SEGUINDO A NOTA INFIFORMATIVA N.9-2020/S
E/GAB/SE/MS

Solicitante Atendente RAQUEL Data 15/07/2020 as 12:47:54

Separado por Conferido por Entregue por Recebido por
_____/_____/_____ ____/____/_____ 15, 07, 2020 ____/____/_____

Raquel
3000-77630
Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica - Bioquímica
CRF/RO - 838

*Recebi
em 15/07/2020
Yoni Pulecy
3000-14-682.*

NFM - Num.....: 202006000123 - Tipo Movimento.: 310 - FORNECIMENTO A SETORES CONSUMIDORES

Requisitante.: 000.000.186 GER.REG.DE SAUDE DE CACOAL

Item Codmat.	Quant.	Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total	Dt Validade
001 0003439	2000	CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,06	137,21	31/03/2021 Lote= 19030138

Total Geral: 137,21

Observacao:

PARA TRATAMENTO DE CASOS LEVES E MODERADOS DA COVID-19, SEGUINDO A NOTA INFORMATIVA N.09/SE/2020/GAB/SE/MS

Solicitante Atendente RAQUEL Data 09/06/2020 as 06:55:03

Separado por Conferido por Entregue por Recebido por
/ / / / / /

09, 06, 2020
Raquel Jorge da Costa
300077630
Farmacêutica - Bioquímica
CRF/RO - 838

Rdo Gerson
300100525
9/6/20.

MS / DATASUS - CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO
Sistema de Controle de Farmacia - V13.0.0.1
NOTA DE SAIDA DE INSUMO

SEGUNDA-FEIRA - 01/06/2020
Emitido as 07:55:13
far440 pag: 001

NFM - Num.....: 202006000002

Emitido Em ...: 01/06/2020 Tipo Movimento: 310 - FORNECIMENTO A SETORES CONSUMIDORES
Requisitante...: 000.000.089 PREFEITURA MUNIC.DE CANDEIAS DO JAMARI

Item Codmat.	Quant. Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total Dt.	Validade
001 0003439	1000 CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,21 Lote= 2003014	210,00	31/03/2022
Total Geral				210,00	

Observacao:

PARA TRATAMENTO DE PACIENTES QUE ATENDEMAOS REQUISITOS DA NOTA INFORMATIVA N.09/
2020-SE/GAB/SE/MS

Solicitante Atendente RAQUEL Data 01/06/2020 as 07:50:32

Separado por Conferido por Entregue por Recebido por

_____/_____/_____ ____/____/_____ 01,06,2020 ____/____/_____

Raquel
Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica - Bioquímica
CRF/RO 838

*Recibo em
01/06/2020
[assinatura]
[assinatura]*

NPM - Num.....: 202008000073 - Tipo Movimento.: 420 - SAIDA POR EMPRESTIMO

Requisitante...: 000.000.131 PREFEITURA MUNICIPAL DE ESPIGAO DO OESTE

Item Codmat.	Quant.	Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total	Dt Validade
0003439	7002	AMP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	1,10	7.702,20	21/11/2020
002 0000969	20	AMP.	GLUCONATO DE CALCIO 10% (0,45MEQ/ML) SOL. INJ . 10ML Local=	1,50	30,00	31/01/2021
003 0005602	1000	COMP.	MELOXICAM 15MG Local=	0,71	713,60	31/10/2020
004 0005342	5040	CSP.	OMEPRAZOL 40MG CAPSULA Local=	0,97	4.888,80	31/03/2021
005 0001325	500	FR-AMP.	OXACILINA SODICA 500MG PO P/ SOL. INJ. Local=	2,07	1.035,00	30/11/2020
006 0002901	200	COMP.	TENOXICAM 20 MG Local=	0,46	92,00	30/04/2021

Total Geral:

14.461,60

Solicitante

Atendente SAULO

Data 07/08/2020 as 11:15:33

Separado por

Conferido por

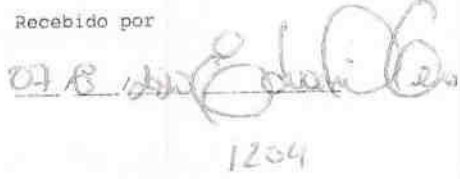
Entregue por

Recebido por

/ /

/ /

07/08/2020


07/08/2020

1204

GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
 PREFEITURA MUNICIPAL DE ESPIGÃO DO OESTE
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 planejamento@semsauoe@gmail.com

Ofício nº.463/GS/SEMSAU/2020.

Espigão do Oeste, 07 de agosto de 2020.

Ao Exmo. Senhor (a)
 Responsável pelo CAF 1 PVH-RO
 Farmacêutico Leandro

ASSUNTO: Solicitação de material

Senhor (a),

Com nossos cordiais enviamos uma solicitação de material para o enfrentamento COVID-19 em nosso Município de Espigão do Oeste.

Quant.	Nome do item	Quantidade Solicitada
1	Meloxicam 15mg 590032 10/20	1.000 1.000
2	Gluconato de cálcio 10% inj. 7020033 01/20	20 20
3	Oxacilina 500mg	300 500
4	Tenoxicam 20mg 11900144 04/21	200 200
5	Omeprazol 40mg cápsula 11901947 03/21	5000 5.040
6	Invermectina comprimido N/A	10 000 NT
7	Cloroquina C.102089 10/11/20	7000 7.002

Colocamo-nos à disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários.

Respeitosamente,

Luciana Souza Araújo
 Luciana Souza Araújo dos Santos
 Secretária de Saúde
 Portaria 0465/GP/2020

MS / DATASUS - CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO
Sistema de Controle de Farmacia - V13.0.0.1
NOTA DE SAIDA DE INSUMO

SEXTA-FEIRA - 19/06/2020
Emitido as 16:50:20
far440 pag: 001

NFM - Num.....: 202006000278

Emitido Em ...: 19/06/2020 Tipo Movimento: 329 - TRANSFERENCIA DE MATERIAS
Requisitante...: 000.000.057 PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAJARA-MIRIM

Item Codmat.	Quant. Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total Dt. Validade
001 0003439	3000 CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,06 Lote= 19030140	206,58 31/03/2021
Total Geral				206,58

Observacao:

PARA TRATAMENTO DE CASOS LEVES E MODERADOS DA COVID-19 SEGUINDO A NOTA INFORMATI
VA N.9-2020/SE/GAB/SE/MS

Solicitante Atendente RAQUEL Data 19/06/2020 as 16:45:59

Separado por Conferido por Entregue por Recebido por
_____/_____/_____ ____/____/_____ _____ ____/____/_____

19, 06, 2020
Raquel
300047630
Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica - Bioquímica
CRF/RO - 838

LISTA DE POSTAGEM

Nº da Lista: 320647798
Contrato: 9912435048
Cód Adm.: 18033300
Cartão: 0073887820

Remetente: COORDENADORIA DE GESTÃO E
Cliente: RO SEC EST SAUDE GABINETE DO SECRETARIO
Endereço: Rua Aparício Moraes, 4338 - Industrial
Porto Velho/RO - CEP: 76821240

Telefone: 6932168592

Nº do Objeto	CEP	Peso	AR	MP	VD	EV	EL	V. Declarado	N. Fiscal	Serviço
OJ933594156BR	76900034	2000	S	N	N	N	N	R\$ 0,00	0	04162 - SEDEX CONTRATO AGENCIA

Destinatário: I REGIONAL DE SAÚDE JI-PARANÁ
Obs.: medicamento urgente COVID-19


Carimbo e Assinatura / Matrícula dos Correios

Quantidade de Objetos: 1

Data de fechamento: 09/06/2020

APRESENTAR ESTA LISTA EM CASO DE PEDIDO DE INFORMAÇÕES

Estou ciente do disposto na cláusula terceira do contrato de prestação de Serviços.



ASSINATURA DO REMETENTE

Obs: 1ª via Unidade de Postagem e 2ª via Cliente

MS / DATASUS - CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO
Sistema de Controle de Farmacia - V14.0.0.0
NOTA DE SAIDA DE INSUMO

SEGUNDA-FEIRA - 10/08/2020
Emitido as 13:10:22
far440 pag: 001

NFM - Num.....: 202008000096

Emitido Em ...: 10/08/2020 Tipo Movimento: 329 - TRANSFERENCIA DE MATERIAS
Requisitante...: 000.000.185 GER.REG.DE SAUDE DE JI PARANA

Item Codmat.	Quant. Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total Dt. Validade
001 0003439	5004 CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	1,10 Lote= 103101	5.504,40 21/11/2020

Total Geral: 5.504,40

Observacao:

PARA TRATAMENTO DE CASOS LEVES E MODERADOS DA COVID-19 SEGUINDO A NOTA INFORMATI
VA N.9/GAB/SE/2020/SE/MS

Solicitante Atendente RAQUEL Data 10/08/2020 as 13:04:35

Separado por Conferido por Entregue por Recebido por
/ / / /

10/08/2020
Raquel
300077630
Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica - Bioquímica
CRF/RO - 838

NFM - Num.....: 202005000183 - Tipo Movimento.: 310 - FORNECIMENTO A SETORES CONSUMIDORES

Requisitante...: 000.000.156 PREFEITURA DE NOVA MAMORE

Item Codmat.	Quant.	Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total	Dt Validade
001 0003439	200	CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,06	13,77	31/03/2021
						Lote= 19030139
Total Geral						13,77

Observacao:
PARA USO EM PACIENTE POSITIVOS DE COVID-19 EM ESTAGIO GRAVE E INTERNADO EM HOSPI
TAL, SEGUINDO NOTA INFORMATIVA N.06/2020-DAF/SCTIE/MS

Solicitante _____ Atendente RAQUEL _____ Data 15/05/2020 as 11:30:06

Separado por _____

Conferido por _____

Entregue por _____

Recebido por _____

15, 05, 2020
Raquel
Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica - Bioquímica
CRF/RO 838

15, 05, 20 *frá*
Lei: 1272039
CKBM: 3976/PA

MS / DATASUS - CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO
Sistema de Controle de Farmacia - V13.0.0.1
NOTA DE SAIDA DE INSUMO

SEXTA-FEIRA - 19/06/2020
Emitido as 16:50:44
far440 pag: 001

NFM - Num.....: 202006000279

Emitido Em ...: 19/06/2020 Tipo Movimento: 329 - TRANSFERENCIA DE MATERIAS
Requisitante..: 000.000.156 PREFEITURA DE NOVA MAMORE

Item Codmat.	Quant. Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total Dt.	Validade
001 0003439	2000 CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,06 Lote= 19030140	137,72	31/03/2021
Total Geral				137,72	

Observacao:
PARA TRATAMENTO DE CASOS LEVES E MODERADOS DA COVID-19 SEGUINDO A NOTA INFORMATI
VA N.9/2020/SE/GAB/SE/MS

Solicitante Atendente RAQUEL Data 19/06/2020 as 16:47:57

Separado por	Conferido por	Entregue por	Recebido por
____/____/____	____/____/____	19, 06, 2020 Raquel 3000-77630 Raquel Jorge da Costa Farmacêutica - Bioquímica CRF/RO - 838	23 06, 2020 JUNIO Mendes 3095

NFM - Num.....: 202007000158

Emitido Em ...: 10/07/2020 Tipo Movimento: 329 - TRANSFERENCIA DE MATERIAS
Requisitante...: 000.000.156 PREFEITURA DE NOVA MAMORE

Item Codmat.	Quant. Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total Dt. Validade
001 0003439	1500 CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,06 Lote= 19030138	103,23 31/03/2021
Total Geral				103,23

Observacao:

PARA TRATAMENTO DE CASOS LEVES E MODERADOS DA COVID-19 SEGUINDO A NOTA INFORMATI
VA N.9-2020/SE/GAB/SE/MS

Solicitante Atendente RAQUEL Data 10/07/2020 as 09:53:09

Separado por Conferido por Entregue por Recebido por

_____/_____/_____ ____/____/_____ 23, 07, 2020 ____/____/_____

Raquel Jorge da Costa
300077630
Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica - Bioquímica
CRF/RO - 838

RAQUEL JORGE DA COSTA
MATRICULA - 12204.

MS / DATASUS - CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO
Sistema de Controle de Farmacia - V13.0.0.1
NOTA DE SAIDA DE INSUMO

TERÇA-FEIRA - 16/06/2020
Emitido as 07:23:14
far141 pag: 001

NFM - Num.....: 202006000202 - Tipo Movimento.: 310 - FORNECIMENTO A SETORES CONSUMIDORES

Requisitante...: 000.000.075 PREFEITURA MUNICIPAL DE PIMENTA BUENO

Item Codmat.	Quant.	Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total	Dt Validade
001 0003439	500	CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,06	34,43	31/03/2021
					Lote= 19030140	
Total Geral						34,43

Observacao:

PARA TRATAMENTO DE CASOS LEVES E MODERADOS DA COVID-19 SEGUINDO A NOTA INFORMATIVA N.9/2020-SE/GAB/SE/MS

Solicitante Atendente RAQUEL Data 16/06/2020 as 07:22:28

Separado por Conferido por Entregue por Recebido por

/ / / / / / / /

16/06/2020
Raquel
300077630

Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica - Bioquímica
CRF/RO - 838

NFM - Num.....: 202006000228

Emitido Em ...: 17/06/2020 Tipo Movimento: 329 - TRANSFERENCIA DE MATERIAS
Requisitante...: 000.000.103 SECRETARIA MUN. DE SAUDE DE PORTO VELHO

Item Codmat.	Quant. Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total Dt.	Validade
001 0003439	5000 CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,06 Lote= 19030140	344,30	31/03/2021
Total Geral				344,30	

Observacao:
para TRATAMENTO DE CASOS LEVES E MODERADOS SEGUINDO A NOTA INFORMATIVA N.9/2020-
SE/GAB/SE/MS

Solicitante Atendente RAQUEL Data 17/06/2020 as 08:55:16

Separado por Conferido por Entregue por Recebido por

_____/_____/_____ ____/____/_____ 17,06,2020 17,06,2020

Raquel Jorge da Costa
Raquel Jorge da Costa
Farmaceutica - Bioquimica
CRF/RO - 838

Carla Bruno
Carla Bruno
CRF 972

MS / DATASUS - CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO
Sistema de Controle de Farmacia - V13.0.0.1
NOTA DE SAIDA DE INSUMO

SEXTA-FEIRA - 15/05/2020
Emitido as 10:43:37
far141 pag: 001

NFM - Num.....: 202005000181 - Tipo Movimento.: 310 - FORNECIMENTO A SETORES CONSUMIDORES

Requisitante..: 000.000.036 PREFEITURA DE PORTO VELHO

Item Codmat.	Quant.	Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total	Dt Validade
001 0003439	500	CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,06	34,43	31/03/2021
					Lote= 19030139	
Total Geral						34,43

Observacao:

PARA TRATAMENTO DE PACIENTES GRAVES E INTERNADOS, COM COVID-19, PELA NOTA INFORM
ATIVA 06/2020-DAF/SCTIE/MS

Solicitante Atendente RAQUEL Data 15/05/2020 as 10:42:22

Separado por

Conferido por

Entregue por

Recebido por

____/____/____

____/____/____

15,05,2020
Raquel
Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica - Bioquímica
CRF/RO - 838

15,05,2020 Karla
Bunao
CRF972

MS / DATASUS - CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO
Sistema de Controle de Farmacia - V13.0.0.1
NOTA DE SAIDA DE INSUMO

TERÇA-FEIRA - 02/06/2020
Emitido as 09:11:23
far440 pag: 001

NFM - Num.....: 202006000031

Emitido Em ...: 02/06/2020 Tipo Movimento: 310 - FORNECIMENTO A SETORES CONSUMIDORES
Requisitante...: 000.000.103 SECRETARIA MUN. DE SAUDE DE PORTO VELHO

Item Codmat.	Quant. Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total Dt.	Validade
001 0003439	3000 CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,21 Lote= 2003014	630,00	31/03/2022
Total Geral				630,00	

Observacao:

PARA TRATAMENTO DE CASOS DA COVID-19 LEVES E MODERADOS SEGUINDO A NOTA INFORMATI
VA N.09/2020-SE/GAB/SE/MS

Solicitante Atendente RAQUEL Data 02/06/2020 as 09:01:44

Separado por	Conferido por	Entregue por	Recebido por
____/____/____	____/____/____	02, 06, 2020 <i>Raquel</i> Raquel Jorge da Costa Farmacêutica - Bioquímica CRF/RO - 838	02, 06, 2020 <i>Vanilo</i> Vanilo CPF 972

MS / DATASUS - CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO
Sistema de Controle de Farmacia - V13.0.0.1
NOTA DE SAIDA DE INSUMO

SEXTA-FEIRA - 05/06/2020
Emitido as 13:39:04
far440 pag: 001

NPM - Num.....: 202006000105

Emitido Em ...: 05/06/2020 Tipo Movimento: 310 - FORNECIMENTO A SETORES CONSUMIDORES
Requisitante...: 000.000.103 SECRETARIA MUN. DE SAUDE DE PORTO VELHO

Item Codmat.	Quant. Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total Dt.	Validade
001 0003439	5000 CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,06 Lote= 19030138	343,03	31/03/2021

Total Geral: 343,03

Observacao:

PARA ATENDIMENTO A PACIENTES DE CASOS LEVES E MODERADOS CONFORME NOTA INFORMATIVA
N.09/SE/GAB/SE/MS

Solicitante Atendente RAQUEL Data 05/06/2020 as 13:35:19

Separado por	Conferido por	Entregue por	Recebido por
____/____/____	____/____/____	05,06,2020 Raquel 300077630 CPF-838	05,06,2020 Kaile Bruno CPF 972

NFM - Num.....: 202006000163 - Tipo Movimento.: 310 - FORNECIMENTO A SETORES CONSUMIDORES

Requisitante..: 000.000.103 SECRETARIA MUN. DE SAUDE DE PORTO VELHO

Item Codmat.	Quant.	Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total	Dt Validade
001 0003439	3000	CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,06	205,81 Lote= 19030138	31/03/2021
Total Geral						205,81

Observacao:

PARA TRATAMENTO DE CASOS LEVES E MODERADOS DA COVID-19, SEGUINDO A NOTA INFORMATI
VA 09/2020/SE/GAB/SE/MS

Solicitante _____ Atendente RAQUEL Data 10/06/2020 as 11:46:07

Separado por _____

Conferido por _____

Entregue por _____

Recebido por _____

10,06,2020
Raquel
300077630
Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica - Bioquímica
CRF/RO - 838

10,06,20 *Monica Juedis.*

MS / DATASUS - CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO
Sistema de Controle de Farmacia - V13.0.0.1
NOTA DE SAIDA DE INSUMO

SEGUNDA-FEIRA - 15/06/2020
Emitido as 10:09:06
far440 pag: 001

NFM - Num.....: 202006000187

Emitido Em ...: 15/06/2020 Tipo Movimento: 329 - TRANSFERENCIA DE MATERIAS
Requisitante...: 000.000.103 SECRETARIA MUN. DE SAUDE DE PORTO VELHO

Item Codmat.	Quant. Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total Dt.	Validade
001 0003439	10000 CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,06 Lote= 19030140	688,60	31/03/2021
Total Geral				688,60	

Observacao:

para DISPENSACAO A CASOS LEVES E MODERADOS DA COVID-19 ATENDENDO A NOTA INFORMAT
IVA N9/2020-SE/GAB/SE/MS

Solicitante Atendente RAQUEL Data 15/06/2020 as 10:05:31

Separado por

Conferido por

Entregue por

Recebido por

15,06,2020
Raquel
30077630
Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica - Bioquímica
CRF/RO - 838

15,06,2020
marilia guedes

MS / DATASUS - CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO
Sistema de Controle de Farmacia - V14.0.0.0
NOTA DE SAIDA DE INSUMO

SEXTA-FEIRA - 10/07/2020
Emitido as 09:52:45
far440 pag: 001

NFM - Num.....: 202007000156

Emitido Em ...: 10/07/2020 Tipo Movimento: 329 - TRANSFERENCIA DE MATERIAS
Requisitante...: 000.000.103 SECRETARIA MUN. DE SAUDE DE PORTO VELHO

Item Codmat.	Quant. Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total Dt.	Validade
001 0003439	5000 CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,06 Lote= 19090736	344,10	30/09/2021
Total Geral				344,10	

Observacao:

PARA TRATAMENTO DE CASOS LEVES E MODERADOS DA COVID-19 SEGUINDO A NOTA INFORMATI
VA N.9-2020/SE/GAB/SE/MS

Solicitante Atendente RAQUEL Data 10/07/2020 as 09:46:32

Separado por

Conferido por

Entregue por

Recebido por

____/____/____

____/____/____

10/07/20

10/07/20

Las Bleud


Raquel Mendes
Farmaceutica

NFM - Num.....: 202007000246

Emitido Em ...: 17/07/2020 Tipo Movimento: 329 - TRANSFERENCIA DE MATERIAS
Requisitante..: 000.000.103 SECRETARIA MUN. DE SAUDE DE PORTO VELHO

Item Codmat.	Quant. Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total Dt.	Validade
001 0003439	500 CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,21 Lote= 19030138	105,00	31/03/2021
002 0003439	2000 CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,06 Lote= 19090736	137,64	30/09/2021
Total Geral				242,64	

Observacao:

PARA TRATAMENTO DE CASOS LEVES E MODERADOS DA COVID-19 SEGUINDO A NOTA INFORMATIVA N.9-2020/SE/GAB/SE/MS

Solicitante _____ Atendente RAQUEL Data 17/07/2020 as 12:33:10

Separado por _____

Conferido por _____

Entregue por _____

Recebido por _____

17,07,2020
Raquel
300077630
Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica - Bioquímica
CRF/RO - 838

17,07,20
João Victor B. S.
FARMACEUTICA
CAD. SEMUSA 280032

NFM - Num.....: 202007000320

Emitido Em ...: 23/07/2020 Tipo Movimento: 329 - TRANSFERENCIA DE MATERIAS
Requisitante...: 000.000.103 SECRETARIA MUN. DE SAUDE DE PORTO VELHO

Item Codmat.	Quant. Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total	Dt. Validade
001 0003439	1000 CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,06 Lote= 19030138	68,82	31/03/2021
002 0003439	120 CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,06 Lote= 19030138	8,25	31/03/2021
003 0003439	10 CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,06 Lote= 19030140	0,68	31/03/2021
Total Geral				77,75	

Observacao:

PARA TRATAMENTO DE CASOS LEVES E MODERADOS DA COVID-19 SEGUINDO A NOTA INFORMATIVA N.9-2020/SE/GAB/SE/MS

Solicitante _____ Atendente RAQUEL Data 23/07/2020 as 10:02:54

Separado por _____

Conferido por _____

Entregue por _____

Recebido por _____

23, 07, 2020
Raquel
300077630
Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica - Bioquímica
CRF/RO - 838

23/07/2020
[Assinatura]
CRF/RO 1384

MS / DATASUS - CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO
Sistema de Controle de Farmacia - V14.0.0.0
NOTA DE SAIDA DE INSUMO

QUARTA-FEIRA - 01/07/2020
Emitido as 10:08:11
far440 pag: 001

NFM - Num.....: 202007000005

Emitido Em ...: 01/07/2020 Tipo Movimento: 329 - TRANSFERENCIA DE MATERIAS
Requisitante...: 000.000.103 SECRETARIA MUN. DE SAUDE DE PORTO VELHO

Item Codmat.	Quant. Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total Dt.	Validade
001 0003439	3500 CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,06 Lote= 19030140	241,01	31/03/2021
Total Geral				241,01	

Observacao:

PARA TRATAMENTO DE CASOS LEVES E MODERADOS SEGUINDO A NOTA INFORMATIVA N.9-2020/
SE/GAB/SE/MS

Solicitante Atendente RAQUEL Data 01/07/2020 as 10:05:35

Separado por _____ Conferido por _____ Entregue por _____ Recebido por _____

01, 07, 2020

Raquel

300099630
Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica - Bioquímica
CRF/RO - 838

Castilho P. Souza

NPM - Num.....: 202008000095

Emitido Em ...: 10/08/2020 Tipo Movimento: 329 - TRANSFERENCIA DE MATERIAS
Requisitante..: 000.000.188 GER.REG.DE SAUDE DE ROLIM DE MOURA

Item Codmat.	Quant. Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total Dt. Validade
001 0003439	2016 CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	1,10 Lote= 103101	2.217,60 21/11/2020
Total Geral				2.217,60

Observacao:
PARA TRATAMENTO DE CASOS LEVES E MODERADOS DA COVID-19 SEGUINDO A NOTA INFORMA
TIVA N.9/2020-SE/GAB/SE/MS

Solicitante Atendente RAQUEL Data 10/08/2020 as 13:02:03

Separado por Conferido por Entregue por Recebido por

_____/_____/_____ ____/____/_____ 10,08,2020 ____/____/_____

Raquel
300077630
Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica - Bioquímica
CRE/RO - 838



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA
GUIA DE REMESSA DE MEDICAMENTOS

REMETENTE: COORDENADORIA DE GESTÃO E ASSISTENCIA FARMACEUTICA/ CGAF/CAFI/SESAU/RONDONIA

GRM N°

REQUISITANTE: GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE ROLIM DE MOURA

Data: 10/08/2020

Quantidade

Item	Lote	Validade	Especificação	Quantidade			
				Unid	Pedida	Fornecida	Total
1	102062	10/11/2020	CLOROQUINA 150MG	CPR	2.016	2.016	2.016
PARA TRATAMENTO DE CASOS LEVES E MODERADOS DA COVID-19, SEGUINDO A NOTA INFORMATIVA Nº 9/2020-SE/GAB/SE/MS							
10/08/2020							
10/08/2020							
Responsável pela Conferência e Dispensação							
10/08/2020							
CPA-838							

DATA DA RETIRADA E HORAS

TERMO DE RESPONSABILIDADE

RECEBI O MATERIAL CONSTANTE DESTA REQUISIÇÃO PELO QUAL ME RESPONSABILIZO DE ACORDO COMO QUE DISPÕE O ATE: 87 DO DECRETO LEI 20067.

ASS. DO RESP. DA UNIDADE/CARIMBO/MATRÍCULA

LISTA DE POSTAGEM

Nº da Lista: 342939099	Remetente: COORDENADORIA DE GESTÃO E	Telefone: 6932168569
Contrato: 9912435048	Cliente: RO SEC EST SAUDE GABINETE DO SECRETARIO	
Cód Adm.: 18033300	Endereço: Rua Aparicio Moraes, 4338 - Industrial	
Cartão: 0073887820	Porto Velho/RO - CEP: 76821240	

Nº do Objeto	CEP	Peso	AR	MP	VD	EV	EL	V. Declarado	N. Fiscal	Serviço
OK509150023BR	76940000	500	S	N	N	N	N	R\$ 0,00	0	04162 - SEDEX CONTRATO AGENCIA

Destinatário: REGIONAL DE SAUDE DE ROLIM DE MOURA

Quantidade de Objetos: 1

Data de fechamento: 07/08/2020

APRESENTAR ESTA LISTA EM CASO DE PEDIDO DE INFORMAÇÕES

Estou ciente do disposto na cláusula terceira do contrato de prestação de Serviços

Carimbo e Assinatura / Matrícula dos Correios

ASSINATURA DO REMETENTE

Obs: 1ª via Unidade de Postagem e 2ª via Cliente



MS / DATASUS - CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO
Sistema de Controle de Farmacia - V13.0.0.1
NOTA DE SAIDA DE INSUMO

TERÇA-FEIRA - 09/06/2020
Emitido as 06:58:24
far141 pag: 001

NFM - Num.....: 202006000125 - Tipo Movimento.: 310 - FORNECIMENTO A SETORES CONSUMIDORES

Requisitante...: 000.000.188 GER.REG.DE SAUDE DE ROLIM DE MOURA

Item Codmat.	Quant.	Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total	Dt Validade
001 0003439	2000	CSP.	CLOROQUINA DIPOSFATO 150 MG Local=	0,06	137,21 Lote= 19030138	31/03/2021

Total Geral:

137,21

Observacao:

PARA TRATAMENTO DE CASOS LEVES E MODERADOS DA COVID-19, SEGUINDO A NOTA INFORMATIVA N.09/2020/SE/GAB/SE/MS

Solicitante Atendente RAQUEL Data 09/06/2020 as 06:57:40

Separado por

Conferido por

Entregue por

Recebido por

09, 06, 2020
Raquel
3000197630
Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica - Bioquímica
CRF/RO - 838

LISTA DE POSTAGEM

Nº da Lista: 320652173
Contrato: 9912435048
Cód Adm: 18033300
Cartão: 0073887820

Remetente: COORDENADORIA DE GESTÃO E
Cliente: RO SEC EST SAUDE GABINETE DO SECRETARIO
Endereço: Rua Aparício Moraes, 4338 - Industrial
Porto Velho/RO - CEP: 76821240

Telefone: 6932168592

Nº do Objeto	CEP	Peso	AR	MP	VD	EV	EL	V. Declarado	N. Fiscal	Serviço
OJ933695557BR	76940000	2000	S	N	N	N	N	R\$ 0,00	0	04162 - SEDEX CONTRATO AGENCIA

Destinatário: V REGIONAL DE SAÚDE DE ROLIM DE MOURA

Quantidade de Objetos: 1

Data de fechamento: 09/06/2020

APRESENTAR ESTA LISTA EM CASO DE PEDIDO DE INFORMAÇÕES

Estou ciente do disposto na cláusula terceira do contrato de prestação de Serviços.

ASSINATURA DO REMETENTE

Obs: 1ª via Unidade de Postagem e 2ª via Cliente

Carimbo e Assinatura / Matrícula dos Correios

NFM - Num.....: 202006000201 - Tipo Movimento.: 329 - TRANSFERENCIA DE MATERIAS

Requisitante..: 000.000.062 PREFEITUIRA MUN.DE SAO MIGUEL DO GUAPORE

Item Codmat.	Quant.	Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total	Dt Validade
001 0003439	1000	CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,06	68,86 Lote= 19030140	31/03/2021
Total Geral						68,86

Observacao:
PARA TRATAMENTO DE CASOS LEVES E MODERADOS DA COVID-19 SEGUINDO A NOTA INFORMATI
VA N.9/2020-SE/GAB/SE/MS

Solicitante Atendente RAQUEL Data 16/06/2020 as 07:21:05

Separado por Conferido por Entregue por Recebido por
____/____/____

16, 06, 2020
Raquel
300074630
Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica - Bioquímica
CRF/RO - 838

MS / DATASUS - CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO
Sistema de Controle de Farmacia - V13.0.0.1
NOTA DE SAIDA DE INSUMO

TERCA-FEIRA - 09/06/2020
Emitido as 06:54:33
far141 pag: 001

NFM - Num.....: 202006000122 - Tipo Movimento.: 310 - FORNECIMENTO A SETORES CONSUMIDORES

Requisitante..: 000.000.187 GER.REG. DE SAUDE DE VILHENA

Item Codmat.	Quant.	Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total	Dt Validade
001 0003439	2000	CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,06	137,21 Lote= 19030138	31/03/2021
Total Geral						137,21

Observacao:
PARA TRATAMENTO DE PACIENTE LEVES E MODERADOS DA COVID-19, SEGUINDO A NOTA INFORM
ATIVA N.09/2020/SE/GAB/SE/MS

Solicitante _____ Atendente RAQUEL Data 09/06/2020 as 06:53:13

Separado por _____ Conferido por _____ Entregue por _____ Recebido por _____

09, 06, 2020

Raquel

Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica - Bioquímica
CRF/RO - 838

LISTA DE POSTAGEM

Nº da Lista: 320656043
Contrato: 9912435048
Cód Adm.: 18033300
Cartão: 0073887820

Remetente: COORDENADORIA DE GESTÃO E
Cliente: RO SEC EST SAUDE GABINETE DO SECRETARIO
Endereço: Rua Aparício Moraes, 4338 - Industrial
Porto Velho/RO - CEP: 76821240

Telefone: 6932168592

Nº do Objeto	CEP	Peso	AR	MP	VD	EV	EL	V. Declarado	N. Fiscal	Serviço
OJ933798168BR	76980744	2000	S	N	N	N	N	R\$ 0,00	0	04162 - SEDEX CONTRATO AGENCIA


Destinatário: REGIONAL DE SAÚDE DE VILHENA

Quantidade de Objetos: 1

Data de fechamento: 09/06/2020

APRESENTAR ESTA LISTA EM CASO DE PEDIDO DE INFORMAÇÕES

Estou ciente do disposto na cláusula terceira do contrato de prestação de Serviços.



ASSINATURA DO REMETENTE

Obs: 1ª via Unidade de Postagem e 2ª via Cliente

Carimbo e Assinatura / Matrícula dos Correios

MS / DATASUS - CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO
Sistema de Controle de Farmacia - V13.0.0.1
NOTA DE SAIDA DE INSUMO

TERCA-FEIRA - 16/06/2020
Emitido as 07:19:58
far141 pag: 001

NFM - Num.....: 202006000200 - Tipo Movimento.: 329 - TRANSFERENCIA DE MATERIAS

Requisitante..: 000.000.120 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE VILHENA

Item Codmat.	Quant.	Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total	Dt Validade
001 0003439	2000	CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,06	137,72 Lote= 19030140	31/03/2021
Total Geral						137,72

Observacao:

PARA TRATAMENTO PACIENTES DE CASOS LEVESE MODERADOS DA COVID-19 SEGUINDO A NOTA
INFORMATIVA N.09/2020-SE/GAB/SE/MS

Solicitante Atendente RAQUEL Data 16/06/2020 as 07:18:29

Separado por Conferido por Entregue por Recebido por
____/____/____

16,06,2020
Raquel
300077630
Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica - Bioquímica
CRF/RO - 838

MS / DATASUS - CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO
Sistema de Controle de Farmacia - V14.0.0.0
NOTA DE SAIDA DE INSUMO

QUINTA-FEIRA - 25/06/2020
Emitido as 09:33:46
far141 pag: 001

NFM - Num.....: 202006000343 - Tipo Movimento.: 329 - TRANSFERENCIA DE MATERIAS

Requisitante...: 000.000.120 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE VILHENA

Item	Codmat.	Quant.	Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total	Dt Validade
001	0003439	2500	CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,06	172,15 Lote= 19030140	31/03/2021
Total Geral							172,15

Observacao:

PARA TRATAMENTO DE CASOS LEVES E MODERADOS DA COVID-19 SEGUINDO A NOTA INFORMATI
VA N 9-2020/GAB/SE/MS.

Solicitante _____ Atendente LEANDRO Data 25/06/2020 as 09:32:39

Separado por

Conferido por

Entregue por

Recebido por

_____/_____/_____

_____/_____/_____

25,06,2020

25,06,2020 Sergio Souza

MAH97

Leandro
300077630

NFM - Num.....: 202006000251 - Tipo Movimento.: 329 - TRANSFERENCIA DE MATERIAS

Requisitante..: 000.000.095 PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPUA DO OESTE

Item Codmat.	Quant.	Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total	Dt Validade
001 0003439	620	CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,06	42,69	31/03/2021
					Lote= 19030140	

Total Geral: 42,69

Observacao:

para tratamento de casos leves e moderados da covid-19 seguindo a nota informati
va n.9/2020-SE/GAB/SE/MS

Solicitante Atendente RAQUEL Data 18/06/2020 as 09:35:39

Separado por

Conferido por

Entregue por

Recebido por

____/____/____

____/____/____

18,06,2020

____/____/____

MARLOS RABÊ

Raquel Jorge da Costa
300077630

0489781

Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica - Bioquímica
CRF/RO - 838

MS / DATASUS - CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO
Sistema de Controle de Farmacia - V13.0.0.1
NOTA DE SAIDA DE INSUMO

QUARTA-FEIRA - 10/06/2020
Emitido as 14:41:06
far440 pag: 001

NFM - Num.....: 202006000170

Emitido Em ...: 10/06/2020 Tipo Movimento: 310 - FORNECIMENTO A SETORES CONSUMIDORES
Requisitante...: 000.000.061 SEJUS-SECRETARIA DE JUSTIÇA

Item Codmat.	Quant. Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total Dt. Validade
001 0000184	100 COMP.	AZITROMICINA 500MG COMP. Local=	0,70 Lote= 000501	70,00 31/03/2022
002 0003439	240 CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,06 Lote= 19030138	16,46 31/03/2021
Total Geral				86,46

Observacao:
PARA REALIZACAO DE ACAO DA SEJUCEL, COM AUTORIZACAO DO SECRETARIO DE SAUDE DR. FERDINANDO MAXIMO

Solicitante _____ Atendente RAQUEL Data 10/06/2020 as 14:37:53

Separado por _____ Conferido por _____

Entregue por
10,06,2020
Raquel
Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica - Bioquímica
CRF/RO - 838

Recebido por
15,07,20 *Wagner Castro*
300115764

NFM - Num.....: 202103000398 - Tipo Movimento.: 310 - FORNECIMENTO A SETORES CONSUMIDORES

Requisitante.: 000.000.007 DIRETORIA DE GESTAO DE ASSIST. FARMACEU.

Item Codmat.	Quant.	Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total	Dt Validade
001 0003439	2000	CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,21	420,00	31/05/2022
					Lote= 2005018	

Total Geral: 420,00

Observacao:

PARA USO NA 9 EDICAO DO DRIVE THRU EM CACOAL/RO PARA DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS
ATENDENDO A NOTA INFORMATIVA N.9/2020/SE/GAB/SE/MS

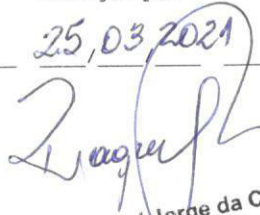
Solicitante Atendente RAQUEL Data 25/03/2021 as 09:58:55

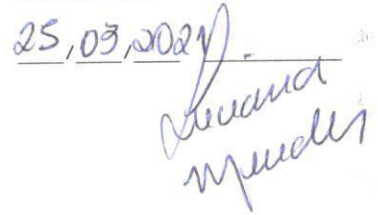
Separado por

Conferido por

Entregue por

Recebido por

25,03,2021


25,03,2021


Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica-Assessora
SESAU - CGAF
Mat. 000077630



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
REQUISIÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO

REQUISITANTE: Barco Hospital

Nº	ESPECIFICAÇÃO	UNID.	PEDIDO	FORNECIDO	LOTE	Data: 30/06/2020	RM nº:
----	---------------	-------	--------	-----------	------	---------------------	--------

1.	KITS DA COVID-19 (CADA KIT CONTÉM 12 COMPRIMIDOS DE	KIT	40	40			
2.	CLOROQUINA 150MG + 5 COMPRIMIDOS AZITROMICINA 500MG +						
3.	1 FRASCO DE DIPIRONA 500MG/ML GOTAS FRASCO 10ML)						
4.					480 - Cloroquinas		
5.							
6.							
7.							
8.							
9.	PROCESSO SEI: 0036.241802/2020-12 – Memorando 93/2020SESAU-USSFVB						
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							

30/06/2020
Rafael Jorge da Costa
Farmacêutica - Bloquímica
CRF/RO 838

Requisitante: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Recebi o material constante desta requisição pelo qual me responsabilizo de acordo com o que dispõe o Art. 87 do Decreto-Lei 200/67.

Recebi em: ___ / ___ / _____

Ass.: Rafael Jorge da Costa CRF835

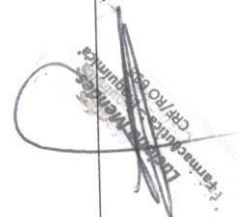
GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORA DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
REQUISICÃO DE MATERIAL DE CONSUMO

REQUISITANTE: GPES – Gerência de Programas Estratégicos de Saúde

Data: 23/06/2020
RM n°: VALIDADE

N°	ESPECIFICAÇÃO	UNID.	PEDIDO	FORNECIDO	LOTE	RM n°:	VALIDADE
----	---------------	-------	--------	-----------	------	--------	----------

1.	KITS DA COVID-19 (CADA KIT CONTÉM 12 COMPRIMIDOS DE	KIT	40	40			
2.	CLOROQUINA 150MG + 5 COMPRIMIDOS AZITROMICINA 500MG +						
3.	1 FRASCO DE DIPIRONA 500MG/ML GOTAS FRASCO 10ML)		180 →		cloroquina		
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.	PROCESSO SEI: 0036.241802/2020-12						
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							

Requisitante: 
Farmacêutica
CRF/RO 388

TERMO DE RESPONSABILIDADE:

Recebi o material constante desta requisição pelo qual me responsabilizo de acordo com o que dispõe o Art. 87 do Decreto-Lei 200/67.

Ass.: Taty Matias Louçã

Recebi em: ___/___/___

Mº 300-150 267



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORA DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
REQUISICÃO DE MATERIAL DE CONSUMO

REQUISITANTE: SAMD – Serviço de Atendimento Domiciliar

REQUISITANTE: SAMD – Serviço de Atendimento Domiciliar		Data: 19/08/2020	RM n°:
N°	ESPECIFICAÇÃO	PEDIDO	FORNECIDO
		UNID.	LOTE
			VALIDADE

1.	IVERMECTINA 6MG	COMPRIMI DO	1.656	1.656	1.656	-
2.	LOTE: 054395					
3.	VALIDADE: 31/05/2022					
4.	Kits (Cloroquina 150mg + Azitromicina 500mg)	Kits	50	50	50	
5.						
6.	DOAÇÃO DA SESAU PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE JI PARANÁ,					
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						

[Handwritten Signature]
30077630
CRF-838

Recibido 27/08/2020
Bruno César de S. Ribeiro.

Requisitante:	TERMO DE RESPONSABILIDADE:	Recebi o material constante desta requisição pelo qual me responsabilizo de acordo com o que dispõe o Art. 87 do Decreto-Lei 200/67.
	Recebi em: 20 / 08 / 2020	Ass.: _____

MS / DATASUS - CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO
Sistema de Controle de Farmacia - V14.0.0.0
NOTA DE SAIDA DE INSUMO

QUARTA-FEIRA - 19/08/2020
Emitido as 13:17:46
far440 pag: 001

NFM - Num.....: 202008000207

Emitido Em ...: 19/08/2020 Tipo Movimento: 310 - FORNECIMENTO A SETORES CONSUMIDORES
Requisitante...: 000.000.159 GABINETE SESAU/RO

Item Codmat.	Quant. Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total	Dt. Validade
001 0003439	3600 CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,21 Lote= 2005018	756,00	31/05/2022
Total Geral				756,00	

Observacao:

MEDICAMENTO DESTINADO AO PROJETO MAPEIA RONDONIA, EM ACAO A SER REALIZADA EM JI PARANA EM 21/08/2020 NO DRIVE TRHUE, PROMOVIDO PELA SESAU/RO

Solicitante Atendente RAQUEL Data 19/08/2020 as 12:32:55

Separado por Conferido por Entregue por Recebido por

____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____

GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORA DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA
REQUISIÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO

REQUISITANTE: Barco Hospital	Data: 08/07/2020	RM n°:
ESPECIFICAÇÃO	UNID.	PEDIDO
FORNECIDO	LOTE	VALIDADE

1.	KITS DA COVID-19 (CADA KIT CONTÉM 12 COMPRIMIDOS DE	KIT	40	40	
2.	CLOROQUINA 150MG + 5 COMPRIMIDOS AZITROMICINA 500MG +				
3.	1 FRASCO DE DIPIRONA 500MG/MIL GOTAS FRASCO 10ML)			480-clorogwinon	
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.	PROCESSO SEI: 0036.241803/2020-12				
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					

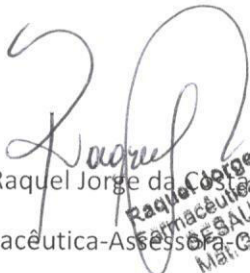
05/07/2020
Raquel Costa
Raquel Costa
Farmacêutica - Bioquímica
CRF/RO - 838

Requisitante: Farmacêutica - Bioquímica CRF/RO - 838	TERMO DE RESPONSABILIDADE: Recebi o material constante desta requisição pelo qual me responsabilizo de acordo com o que dispõe o Art. 87 do Decreto-Lei 200/67.	Ass.: <i>Alisson Felipe Silva Trindade</i>
Recebi em: ___/___/___		

DECLARAÇÃO

Encaminhamos em 13/04/2021, da Coordenadoria de Gestão e Assistência Farmacêutica – CGAF aos cuidados da senhora Amanda Diniz del Castillo, 108 kits cada um contendo 12 comprimidos de cloroquina 150mg e 5 comprimidos de azitromicina 500mg, para uso nos Drive Tru organizado pelo Governo do Estado de Rondônia através da SESAU.

Atenciosamente.


Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica-Assessora
CGAF
SESAU - 00077630
Mato Grosso do Sul

ROR
Em
13.04.2021
Edenildo
Zurto

NFM - Num.....: 202102000304 - Tipo Movimento.: 329 - TRANSFERENCIA DE MATERIAS

Requisitante..: 000.000.077 PREFEITURA DE PRESIDENTE MEDICI

Item Codmat.	Quant.	Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total	Dt Validade
001 0003439	1000	CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,21	210,00	31/05/2022
					Lote= 2005018	

Total Geral:

210,00

Solicitante Atendente RAQUEL Data 24/02/2021 as 07:23:48

Separado por Conferido por Entregue por

Recebido por

___/___/___

___/___/___

24, 02, 2021

___/___/___

José Carlos
27196615204

Raquel Jorge da Costa
Farmacéutica-Assessora
SESAU - CGAF
Mat. 300077630

MS / DATASUS - CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO

Sistema de Controle de Farmacia - V14.0.0.0

NOTA DE SAIDA DE INSUMO

SEXTA-FEIRA - 05/03/2021

Emitido as 07:52:20

far440 pag: 001

NFM - Num.....: 202103000083

Emitido Em ...: 05/03/2021 Tipo Movimento: 310 - FORNECIMENTO A SETORES CONSUMIDORES
Requisitante...: 000.000.077 PREFEITURA DE PRESIDENTE MEDICI

Item Codmat.	Quant. Embal.	Descricao	Preco Unit.	Total Dt.	Validade
001 0003439	4000 CSP.	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG Local=	0,21 Lote= 2005018	840,00	31/05/2022
Total Geral				840,00	

Observacao:

PA SO EM PACIENTE LEVES E MODERADOS ATENDENDO A NOTA INFORMATIVA DO MS N.09

Solicitante Atendente RAQUEL Data 05/03/2021 as 07:50:14

Separado por _____ Conferido por _____ Entregue por _____ Recebido por _____

05,03,2021

Raquel *486632 macuwo*

Raquel Jorge da Costa
Farmacêutica-Assessora
SESAU - CGAF
Mat. 300077630

Codigo Contabil: 000000

CODIGO	DESCRICAO DO Insumo	TOTAL	QTDS	CONSUMO	SALDO										
01/2021	02/2021	03/2021	04/2021	05/2021	06/2021	07/2021	08/2021	09/2021	10/2021	11/2021	12/2021	CONSUMO	MESES	MEDIO	ESTOQUE
0003439	CLOROQUINA DIFOSFATO 150 MG											7740	3	2580	300
500		0	6000	1240	0	0	0	0	0	0	0				SU