

Formulário para disponibilização de Cloroquina 150 mg



1)

Criação : 07/04/2020 15:19:38**Atualização :** 07/04/2020 15:19:38

2)

Criação : 07/04/2020 15:35:35**Atualização :** 07/04/2020 15:35:35

3)

Criação : 07/04/2020 17:45:21**Atualização :** 07/04/2020 17:45:21

4)

Dados Institucionais**1) Estado:**

Acre

2) Local de entrega:

SES

3) CNPJ:

903410394128309

4) Endereço completo:

Av Caxias

Informações Gerais**6) Solicitação:**

Não

7) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

12090

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

21309423

Criação : 07/04/2020 18:16:25**Atualização :** 07/04/2020 18:16:25

5)

Dados Institucionais**1) Estado:**

Amazonas

2) Local de entrega:

Rua Duque de Caxias n 1998 Praa 14

3) CNPJ:

09472725000157

4) Endereço completo:

Rua Duque de Caxias n 1998 Praa 14

5) CEP:

69020-141

Informações Gerais**6) Solicitação:**

Não

7) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

5420

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

5880

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

09/04/2020

Dados Pessoais**11) Nome do responsável pela solicitação:**

Claudio Nogueira do Nascimento

12) E-mail do responsável pela solicitação:

cnn.farmaceutico@gmail.com

13) Telefone do responsável pela solicitação:

(92) 9814-82062

Informações Adicionais**14) Nome do responsável pelo recebimento:**

Ingrid Samias Chanchare

15) E-mail do responsável pelo recebimento:

gerenciallogisticacema@saude.am.gov.br

16) Telefone do responsável pelo recebimento:

(92) 9840-41860

Criação : 10/04/2020 13:28:45**Atualização :** 10/04/2020 13:28:45

6)

Dados Institucionais**1) Estado:**

Pernambuco

2) Local de entrega:

CD secretaria de saude saudeolog

3) CNPJ:

10.572.048/0001-28

4) Endereço completo:

Rod. Empresário João Santos Filho, nº. 533 Cond. AJAM I, Galpão D9 - Muribeca, Jaboatão dos Guararapes - PE,

5) CEP:

54350-100

Informações Gerais**6) Solicitação:**

Sim

7) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

10000

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

00

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

08/04/2020

Dados Pessoais**11) Nome do responsável pela solicitação:**

Mario Moreira

12) E-mail do responsável pela solicitação:

mmoreirasaude@gmail.com

13) Telefone do responsável pela solicitação:

(81) 9927-23004

Informações Adicionais**14) Nome do responsável pelo recebimento:**

Mario Moreira

15) E-mail do responsável pelo recebimento:

mmoreirasaude@gmail.com

16) Telefone do responsável pelo recebimento:

(81) 9927-23004

Criação : 10/04/2020 14:21:08**Atualização :** 10/04/2020 14:21:08

7)

Dados Institucionais**1) Estado:**

Pará

2) Local de entrega:

CENTRO DE DISTRIBUICAO SES PARA

3) CNPJ:

05054929000117

4) Endereço completo:

RODOVIA BR 316 KM 10 N 3651 AO LADO DA PARA TRUCK BAIRRO URIBOCA MARITUBA

5) CEP:

67200-970

Informações Gerais**6) Solicitação:**

Não

7) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

3620

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

1380

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

11/04/2020

Dados Pessoais**11) Nome do responsável pela solicitação:**

Samuel Silva Ibrahim Sena

12) E-mail do responsável pela solicitação:

samuelisisena@gmail.com

13) Telefone do responsável pela solicitação:

(91) 9936-58203

Informações Adicionais**14) Nome do responsável pelo recebimento:**

Samuel Silva Ibrahim Sena

15) E-mail do responsável pelo recebimento:

samuelisisena@gmail.com

16) Telefone do responsável pelo recebimento:

(91) 9936-58203

Criação : 11/04/2020 08:56:45**Atualização :** 11/04/2020 08:56:45

8)

Dados Institucionais**1) Estado:**

Mato Grosso

2) Local de entrega:

Secretaria Estadual de Saude de Mato Grosso

3) CNPJ:

04441389000161

4) Endereço completo:

Avenida Goncalo Antunes de Barros 3366 Carumbe Cuiaba Mato Grosso

5) CEP:

78058-743

Informações Gerais**6) Solicitação:**

Não

7) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

1220

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

1780

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

13/04/2020

Dados Pessoais**11) Nome do responsável pela solicitação:**

Luiz Guilherme Ribeiro Carvalho

12) E-mail do responsável pela solicitação:

luizcarvalho@ses.mt.gov.br

13) Telefone do responsável pela solicitação:

(65) 9992-54699

Informações Adicionais**14) Nome do responsável pelo recebimento:**

Luiz Guilherme Ribeiro Carvalho

15) E-mail do responsável pelo recebimento:

luizcarvalho@ses.mt.gov.br

16) Telefone do responsável pelo recebimento:

(65) 9992-54699

Criação : 13/04/2020 12:49:58**Atualização :** 13/04/2020 12:49:58

9)

Dados Institucionais**1) Estado:**

São Paulo

2) Local de entrega:

Coordenadoria de Assistncia Farmaceutica

3) CNPJ:

46374500026231

4) Endereço completo:

Av Julia Gaioli 740 Md 8 Galpo T200 Guarulhos

5) CEP:

07251-500

Informações Gerais**6) Solicitação:**

Não

7) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

140350

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

69650

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

13/04/2020

Dados Pessoais**11) Nome do responsável pela solicitação:**

Karina de Oliveira Fatel Martins

12) E-mail do responsável pela solicitação:

kofatel@saude.sp.gov.br

13) Telefone do responsável pela solicitação:

(11) 3066-8385

Informações Adicionais**14) Nome do responsável pelo recebimento:**

Manoel Domingos Bovolenta Castro

15) E-mail do responsável pelo recebimento:

agendamento.sessp@rvimola.com.br

16) Telefone do responsável pelo recebimento:

(11) 3066-8802

Criação : 13/04/2020 14:49:59**Atualização :** 13/04/2020 14:49:59

10)

Dados Institucionais**1) Estado:**

Amapá

2) Local de entrega:

Almoxarifado Estadual de Medicamentos AP

3) CNPJ:

23086176000103

4) Endereço completo:

Rodovia BR 156 Km 0 353

5) CEP:

68908-575

Informações Gerais**6) Solicitação:**

Não

7) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

800

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

1200

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

14/04/2020

Dados Pessoais**11) Nome do responsável pela solicitação:**

Isabele do Nascimento Costa

12) E-mail do responsável pela solicitação:

coasfcesaf@saude.ap.gov.br

13) Telefone do responsável pela solicitação:

(96) 9811-00933

Informações Adicionais**14) Nome do responsável pelo recebimento:**

Dayane Almeida Aranha

15) E-mail do responsável pelo recebimento:

cafamapacesaf@saude.ap.gov.br

16) Telefone do responsável pelo recebimento:

(96) 9813-43389

Criação : 14/04/2020 14:36:23**Atualização :** 14/04/2020 14:36:23

11)

Dados Institucionais**1) Estado:**

Ceará

2) Local de entrega:

Coordenadoria de Assistncia Farmaceutica

3) CNPJ:

07954571000104

4) Endereço completo:

Avenida Whashington Soares 7605

5) CEP:

60841-032

Informações Gerais**6) Solicitação:**

Não

7) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

9540

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

40000

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

22/04/2020

Dados Pessoais**11) Nome do responsável pela solicitação:**

Mariana Maia Martins Evangelista

12) E-mail do responsável pela solicitação:

mariana.evangelista@saude.ce.gov.br

13) Telefone do responsável pela solicitação:

(85) 9853-18392

Informações Adicionais**14) Nome do responsável pelo recebimento:**

Francisco Jos da Silva Rodrigues

15) E-mail do responsável pelo recebimento:

franciscoj.rodrigues@saude.ce.gov.br

16) Telefone do responsável pelo recebimento:

(85) 9874-37489

Criação : 22/04/2020 14:05:56**Atualização :** 22/04/2020 14:05:56

12)

Dados Institucionais**1) Estado:**

São Paulo

2) Local de entrega:

ALMOXARIFADO CENTRAL DA SESSP

3) CNPJ:

46374500000194

4) Endereço completo:

Avenida Julia Gaioli 740 Mdulo 8 Galpo T200 agua Chata Guarulhos SP CEP 07251500

5) CEP:

07251-500

Informações Gerais**6) Solicitação:**

Sim

7) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

171580

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

396960

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

28/04/2020

Dados Pessoais**11) Nome do responsável pela solicitação:**

Karina de Oliveira Fatel Martins

12) E-mail do responsável pela solicitação:

kofatel@saude.sp.gov.br

13) Telefone do responsável pela solicitação:

(11) 3066-8385

Informações Adicionais**14) Nome do responsável pelo recebimento:**

Manoel Domingos Bovolenta Castro

15) E-mail do responsável pelo recebimento:

mbcastro@saude.sp.gov.br

16) Telefone do responsável pelo recebimento:

(11) 3066-8802

Criação : 29/04/2020 18:30:29**Atualização :** 29/04/2020 18:30:29

13)

Dados Institucionais**1) Estado:**

Acre

2) Local de entrega:

Almoxarifado de Material Medico Hospitalar SESACRE

3) CNPJ:

04034526000143

4) Endereço completo:

Av Ceara 5082 Conjunto Tangara

5) CEP:

69915-030

Informações Gerais**6) Solicitação:**

Não

7) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

4400

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

5600

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

11/05/2020

Dados Pessoais**11) Nome do responsável pela solicitação:**

Hugo Pereira Prates

12) E-mail do responsável pela solicitação:

hugopereiraprates@yahoo.com.br

13) Telefone do responsável pela solicitação:

(68) 9924-42513

Informações Adicionais**14) Nome do responsável pelo recebimento:**

Joao Heraclito de Paiva Leao Filho

15) E-mail do responsável pelo recebimento:

estrategico.ac@gmail.com

16) Telefone do responsável pelo recebimento:

(68) 9998-69921

Criação : 11/05/2020 10:16:15**Atualização :** 11/05/2020 10:16:15

14)

Dados Institucionais**1) Estado:**

Rondonia

2) Local de entrega:

Coordenadoria de Gestao e Assistencia Farmaceutica CGAF

3) CNPJ:

00733062000102

4) Endereço completo:

RUA APARICIO DE MORAES N 4338 BAIRRO INDUSTRIAL PORTO VELHO RONDONIA

5) CEP:

76821-240

Informações Gerais**6) Solicitação:**

Não

7) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

8000

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

13000

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

21/05/2020

Dados Pessoais**11) Nome do responsável pela solicitação:**

MAIRA OLIVEIRA NERY

12) E-mail do responsável pela solicitação:

cgaf.sesau.ro@gmail.com

13) Telefone do responsável pela solicitação:

(69) 9921-53761

Informações Adicionais**14) Nome do responsável pelo recebimento:**

Raquel Jorge da Costa

15) E-mail do responsável pelo recebimento:

cgaf.sesau.ro@gmail.com

16) Telefone do responsável pelo recebimento:

(69) 9920-93101

Criação : 21/05/2020 10:54:32**Atualização :** 21/05/2020 10:54:32

15)

Dados Institucionais**1) Estado:**

Maranhão

2) Local de entrega:

Central de Abastecimento Farmaceutico do Maranhao

3) CNPJ:

02973240000106

4) Endereço completo:

Estrada da Vitoria n 2409 proximo ao hospital Sarah de reabilitacao

5) CEP:

65037-270

Informações Gerais**6) Solicitação:**

Não

7) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

35000

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

35000

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

21/05/2017

Dados Pessoais**11) Nome do responsável pela solicitação:**

Sandro Cesar Feitosa Monteiro

12) E-mail do responsável pela solicitação:

sandrodaf@gmail.com

13) Telefone do responsável pela solicitação:

(98) 9919-40373

Informações Adicionais**14) Nome do responsável pelo recebimento:**

Maristela Santos Silva

15) E-mail do responsável pelo recebimento:

santosmaristela42@gmail.com

16) Telefone do responsável pelo recebimento:

(98) 9877-96135

Criação : 21/05/2020 11:48:47**Atualização :** 21/05/2020 11:48:47

16)

Dados Institucionais**1) Estado:**

Pernambuco

2) Local de entrega:

ALCLOG

3) CNPJ:

10572048000128

4) Endereço completo:

Rod Empresio Joo Santos Filho n 533 Cond AJAM I Galpo D9 Muribeca Jaboato dos Guararapes PE

5) CEP:

54350-100

Informações Gerais**6) Solicitação:**

Sim

7) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

200000

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

000

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

21/05/2020

Dados Pessoais**11) Nome do responsável pela solicitação:**

MARIO MOREIRA

12) E-mail do responsável pela solicitação:

mmoreirasaude@gmail.com

13) Telefone do responsável pela solicitação:

(81) 9927-23004

Informações Adicionais**14) Nome do responsável pelo recebimento:**

MARIO MOREIRA

15) E-mail do responsável pelo recebimento:

mmoreirasaude@gmail.com

16) Telefone do responsável pelo recebimento:

(81) 9927-23004

Criação : 21/05/2020 13:08:15**Atualização :** 21/05/2020 13:08:15

17)

Dados Institucionais**1) Estado:**

Distrito Federal

2) Local de entrega:

NUMEBE

3) CNPJ:

00394700000108

4) Endereço completo:

SIA TRECHO 4 LOTES 18401890 BRASILIA

5) CEP:

71200-040

Informações Gerais**6) Solicitação:**

Não

7) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

2750

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

49250

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

21/05/2020

Dados Pessoais**11) Nome do responsável pela solicitação:**

PATRICIA DE CASTRO MENDONCA QUEIROZ

12) E-mail do responsável pela solicitação:

GERENCIAAB.SAUDE.DF@GMAIL.COM

13) Telefone do responsável pela solicitação:

(61) 9911-82763

Informações Adicionais**14) Nome do responsável pelo recebimento:**

CARMEM SOLANGE ALVES DE ARAUJO

15) E-mail do responsável pelo recebimento:

NUMEBESDF@GMAIL.COM

16) Telefone do responsável pelo recebimento:

(61) 9922-76469

Criação : 21/05/2020 14:29:38**Atualização :** 21/05/2020 14:29:38

18)

Dados Institucionais**1) Estado:**

Piauí

2) Local de entrega:

Almoxarifado Central de Medicamentos

3) CNPJ:

06553564000138

4) Endereço completo:

Rua 19 de Novembro n 1865 Bairro Primavera zona Norte

5) CEP:

64002-585

Informações Gerais**6) Solicitação:**

Não

7) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

9440

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

11150

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

21/05/2020

Dados Pessoais**11) Nome do responsável pela solicitação:**

Soane Kaline Moraes Chaves

12) E-mail do responsável pela solicitação:

coordenacaocesafpi@gmail.com

13) Telefone do responsável pela solicitação:

(86) 9986-55965

Informações Adicionais**14) Nome do responsável pelo recebimento:**

Raulino Firmino Ferreira

15) E-mail do responsável pelo recebimento:

caf.sesapi@hotmail.com

16) Telefone do responsável pelo recebimento:

(86) 9533-6700

Criação : 21/05/2020 14:37:59**Atualização :** 21/05/2020 14:37:59

19)

Dados Institucionais**1) Estado:**

Ceará

2) Local de entrega:

COORDENADORIA DE ASSISTENCIA FARMACEUTICA

3) CNPJ:

07954571000104

4) Endereço completo:

AVENIDA WASHINGTON SOARES 7605

5) CEP:

60841-032

Informações Gerais**6) Solicitação:**

Não

7) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

40830

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

173.170

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

21/05/2020

Dados Pessoais**11) Nome do responsável pela solicitação:**

ANA KELLY LEITO DE CASTRO

12) E-mail do responsável pela solicitação:

KELLY.CASTRO@SAUDE.CE.GOV.BR

13) Telefone do responsável pela solicitação:

(85) 9985-37850

Informações Adicionais**14) Nome do responsável pelo recebimento:**

FRANCISCO JOSE DA SILVA RODRIGUES

15) E-mail do responsável pelo recebimento:

FRANCISCOJ.RODRIGUES@SAUDE.CE.GOV.BR

16) Telefone do responsável pelo recebimento:

(85) 9874-37489

Criação : 21/05/2020 14:41:01**Atualização :** 21/05/2020 14:41:01

20)

Dados Institucionais**1) Estado:**

Paraná

2) Local de entrega:

CEMEPAR

3) CNPJ:

08597121000174

4) Endereço completo:

Prefeito Lothario Meissner 350

5) CEP:

82590-300

Informações Gerais**6) Solicitação:**

Não

7) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

1800

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

43660

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

21/05/2020

10) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

0

Dados Pessoais**11) Nome do responsável pela solicitação:**

Priscilla Marys Limberger

12) E-mail do responsável pela solicitação:

priscillamarys@sesa.pr.gov.br

13) Telefone do responsável pela solicitação:

(41) 3360-6722

Informações Adicionais**14) Nome do responsável pelo recebimento:**

Eliane Lem

15) E-mail do responsável pelo recebimento:

cemepar.lamoxarifado@sesa.pr.gov.br

16) Telefone do responsável pelo recebimento:

(41) 3360-6730

Criação : 21/05/2020 14:54:40**Atualização :** 21/05/2020 14:54:40

21)

Dados Institucionais**1) Estado:**

Rondonia

2) Local de entrega:

Coordenadoria de Gestao e Assistencia Farmaceutica CGAF

3) CNPJ:

00733062000102

4) Endereço completo:

RUA APARICIO DE MORAES N 4338 BAIRRO INDUSTRIAL PORTO VELHO RONDONIA

5) CEP:

76821-240

Informações Gerais**6) Solicitação:**

Não

7) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

8000

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

13000

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

21/05/2020

10) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

50000

Dados Pessoais**11) Nome do responsável pela solicitação:**

MAIRA OLIVEIRA NERY

12) E-mail do responsável pela solicitação:

cgaf.sesau.ro@gmail.com

13) Telefone do responsável pela solicitação:

(69) 9921-53761

Informações Adicionais**14) Nome do responsável pelo recebimento:**

Raquel Jorge da Costa

15) E-mail do responsável pelo recebimento:

cgaf.sesau.ro@gmail.com

16) Telefone do responsável pelo recebimento:

(69) 9920-93101

Criação : 21/05/2020 14:58:56**Atualização :** 21/05/2020 14:58:56

22)

Dados Institucionais

1) Estado:

Goiás

2) Local de entrega:

Coordenacao de Administracao de Estoque Almojarifado da SESGO

3) CNPJ:

02529964000157

4) Endereço completo:

Rua 26 n 10 Bairro Santo Antonio

5) CEP:

74853-070

Informações Gerais**6) Solicitação:**

Não

7) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

1780

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

10120

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

21/05/2020

Dados Pessoais**11) Nome do responsável pela solicitação:**

Maria Bernadete Souza Napoli de Siqueira

12) E-mail do responsável pela solicitação:

maria.napoli@goias.gov.br

13) Telefone do responsável pela solicitação:

(62) 3201-4967

Informações Adicionais**14) Nome do responsável pelo recebimento:**

PAULO HENRIQUE DOS SANTOS

15) E-mail do responsável pelo recebimento:

SGPF.MEDICAMENTOS.SAUDE@GOIAS.GOV.BR

16) Telefone do responsável pelo recebimento:

(62) 3201-4963

Criação : 21/05/2020 15:04:18**Atualização :** 21/05/2020 15:04:18

23)

Dados Institucionais

1) Estado:

Roraima

2) Local de entrega:

Boa Vista

3) CNPJ:

84012012000126

4) Endereço completo:

Av mario homem de melo 4467

5) CEP:

69312-155

Informações Gerais**6) Solicitação:**

Não

7) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

4000

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

12950

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

21/05/2020

10) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

50000

Dados Pessoais**11) Nome do responsável pela solicitação:**

Ianne de Moraes Ramos

12) E-mail do responsável pela solicitação:

iannemoraes@hotmail.com

13) Telefone do responsável pela solicitação:

(95) 9812-18477

Informações Adicionais**14) Nome do responsável pelo recebimento:**

Ianne de Moraes Ramos

15) E-mail do responsável pelo recebimento:

iannemoraes@hotmail.com

16) Telefone do responsável pelo recebimento:

(95) 9812-18477

Criação : 21/05/2020 15:16:32**Atualização :** 21/05/2020 15:16:32

24)

Dados Institucionais**1) Estado:**

Acre

2) Local de entrega:

Almoxarifado MMH SESACRE

3) CNPJ:

04034526000143

4) Endereço completo:

Av Ceara 5082 conjunto Tangara

5) CEP:

69915-030

Informações Gerais**6) Solicitação:**

Não

7) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

6270

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

12000

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

21/05/2020

10) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

100000

Dados Pessoais**11) Nome do responsável pela solicitação:**

Hugo Pereira Prates

12) E-mail do responsável pela solicitação:

estrategico.ac@gmail.com

13) Telefone do responsável pela solicitação:

(68) 9924-42513

Informações Adicionais**14) Nome do responsável pelo recebimento:**

Hugo Pereira Prates

15) E-mail do responsável pelo recebimento:

estrategico.ac@gmail.com

16) Telefone do responsável pelo recebimento:

(68) 9924-42513

Criação : 21/05/2020 15:18:36**Atualização :** 21/05/2020 15:18:36

25)

Dados Institucionais**1) Estado:**

Amapá

2) Local de entrega:

Almoxarifado Estadual AP

3) CNPJ:

23086176000103

4) Endereço completo:

Rodovia BR KM 0 353 Bairro So Lzaro

5) CEP:

68908-575

Informações Gerais**6) Solicitação:**

Sim

7) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

12000

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

0

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

21/05/2020

10) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

75000

Dados Pessoais**11) Nome do responsável pela solicitação:**

Isabele do Nascimento Costa

12) E-mail do responsável pela solicitação:

coasfcesaf@saude.ap.gov.br

13) Telefone do responsável pela solicitação:

(96) 9811-00933

Informações Adicionais**14) Nome do responsável pelo recebimento:**

Mariani da Silva Picano

15) E-mail do responsável pelo recebimento:

cafamapacesaf@saude.ap.gov

16) Telefone do responsável pelo recebimento:

(96) 9918-17004

Criação : 21/05/2020 15:23:48

Atualização : 21/05/2020 15:23:48

26)

Dados Institucionais

1) Estado:

Mato Grosso do Sul

2) Local de entrega:

CAF Central de Abastecimento Farmaceutico do Estado cidade Campo Grande

3) CNPJ:

03517102000177

4) Endereço completo:

Rua Delegado Osmar de Camargo 191 Jardim Veraneio Campo Grande MS

5) CEP:

79037-108

Informações Gerais

6) Solicitação:

Sim

7) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

4986

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

4804

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

21/05/2020

10) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

0

Dados Pessoais

11) Nome do responsável pela solicitação:

Josy Mariane Thaler Martini Rocha

12) E-mail do responsável pela solicitação:

cgaf@saude.ms.gov.br

13) Telefone do responsável pela solicitação:

(67) 3314-2725

Informações Adicionais

14) Nome do responsável pelo recebimento:

Rosimeire Moraes Correa

15) E-mail do responsável pelo recebimento:

cafsesms@gmail.com

16) Telefone do responsável pelo recebimento:

(67) 3318-1821

Criação : 21/05/2020 15:24:40

Atualização : 21/05/2020 15:24:40

27)

Dados Institucionais

1) Estado:

Santa Catarina

2) Local de entrega:

Logfarma

3) CNPJ:

80673411000187

4) Endereço completo:

rua judite melo dos santos 251 galpes 6 a 9 distrito industrial sao jose

5) CEP:

88104-765

Informações Gerais

6) Solicitação:

Não

7) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

380

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

48070

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

21/05/2020

10) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

0

Dados Pessoais

11) Nome do responsável pela solicitação:

Amanda Alencar Egito da Cunha

12) E-mail do responsável pela solicitação:

diaf.ses@gmail.com

13) Telefone do responsável pela solicitação:

(49) 3665-4509

Informações Adicionais

14) Nome do responsável pelo recebimento:

Aerton Pereira

15) E-mail do responsável pelo recebimento:

aerton@saude.sc.gov.br

16) Telefone do responsável pelo recebimento:

(48) 3665-4428

Criação : 21/05/2020 15:35:06

Atualização : 21/05/2020 15:35:06

28)

Dados Institucionais

1) Estado:

Rio Grande do Norte

2) Local de entrega:

UNIDADE CENTRAL DE AGENTES TERAPEUTICOS UNICAT

3) CNPJ:

08241754000145

4) Endereço completo:

Rua Doutor Nilo Bezerra Ramalho 1691 Morro Branco Natal RN

5) CEP:

59015-300

Informações Gerais

6) Solicitação:

Não

7) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

10360

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

22640

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

21/05/2020

10) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

0

Dados Pessoais

11) Nome do responsável pela solicitação:

thiago augusto vieira da silva

12) E-mail do responsável pela solicitação:

dirtecunicatrn@gmail.com

13) Telefone do responsável pela solicitação:

(84) 3232-9425

Informações Adicionais

14) Nome do responsável pelo recebimento:

Victor Hugo Batista Dantas

15) E-mail do responsável pelo recebimento:

unicatpems@yahoo.com.br

16) Telefone do responsável pelo recebimento:

(84) 3232-6859

Criação : 21/05/2020 15:56:59

Atualização : 21/05/2020 15:56:59

29)

Dados Institucionais**1) Estado:**

Espírito Santo

2) Local de entrega:

SECRETARIA DE SADE DO ESTADO DO ESPRITO SANTO

3) CNPJ:

27080605000196

4) Endereço completo:

AV MARECHAL MASCARENHAS DE MORAES 2025

5) CEP:

29050-625

Informações Gerais**6) Solicitação:**

Sim

7) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

8300

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

69800

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

21/05/2020

10) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

0

Dados Pessoais**11) Nome do responsável pela solicitação:**

LARISSA SILVA SILVEIRA

12) E-mail do responsável pela solicitação:

LARISSASILVEIRA@SAUDE.ES.GOV.BR

13) Telefone do responsável pela solicitação:

(27) 3636-8420

Informações Adicionais**14) Nome do responsável pelo recebimento:**

ROBERTA KAMILLA DOS SANTOS

15) E-mail do responsável pelo recebimento:

GEAF.ALMOXARIFADO@SAUDE.ES.GOV.BR

16) Telefone do responsável pelo recebimento:

(27) 3636-8422

Criação : 21/05/2020 16:06:17

Atualização : 21/05/2020 16:06:17

30)

Dados Institucionais

1) Estado:

Amazonas

2) Local de entrega:

CENTRAL DE MEDICAMENTOS DO AMAZONAS

3) CNPJ:

00697295000105

4) Endereço completo:

RUA DUQUE DE CAXIAS 1998 PRAA 14 DE JANEIRO

5) CEP:

69020-141

Informações Gerais

6) Solicitação:

Sim

7) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

41920

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

87230

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

21/05/2020

10) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

500000

Dados Pessoais

11) Nome do responsável pela solicitação:

MARCIA CAROLINE PIRES VILHENA

12) E-mail do responsável pela solicitação:

programas_gt@saude.am.gov.br

13) Telefone do responsável pela solicitação:

(92) 9848-20734

Informações Adicionais**14) Nome do responsável pelo recebimento:**

INGRID SAMIAS CHNCHARE

15) E-mail do responsável pelo recebimento:

gerenciallogisticacema@saude.am.gov.br

16) Telefone do responsável pelo recebimento:

(92) 3131-2804

Criação : 21/05/2020 16:40:40**Atualização :** 21/05/2020 16:40:40

31)

Dados Institucionais**1) Estado:**

Tocantins

2) Local de entrega:

CAF da Assistencia Farmaceutica Estadual

3) CNPJ:

25053117000164

4) Endereço completo:

104 Norte Avenida LO 04 Conj 04 Lote 46 Centro

5) CEP:

77006-032

Informações Gerais**6) Solicitação:**

Não

7) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

6000

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

4530

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

21/05/2020

Dados Pessoais**11) Nome do responsável pela solicitação:**

SIMONE BARALE SOARES

12) E-mail do responsável pela solicitação:

medicamentos.estrategicos@gmail.com

13) Telefone do responsável pela solicitação:

(63) 3218-1727

Informações Adicionais**14) Nome do responsável pelo recebimento:**

SIMONE BARALE SOARES

15) E-mail do responsável pelo recebimento:

medicamentos.estrategicos@gmail.com

16) Telefone do responsável pelo recebimento:

(63) 3218-1727

Criação : 21/05/2020 16:49:39**Atualização :** 21/05/2020 16:49:39

32)

Dados Institucionais**1) Estado:**

Alagoas

2) Local de entrega:

ASTAF

3) CNPJ:

12200259000165

4) Endereço completo:

Rua Oldemburgo da silva paranhos 830

5) CEP:

57055-320

Informações Gerais**6) Solicitação:**

Não

7) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

19940

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

10680

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

21/05/2020

10) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

800000

Dados Pessoais**11) Nome do responsável pela solicitação:**

Joao Kaycke Sarmento da Silva

12) E-mail do responsável pela solicitação:

daf.estrategicos@gmail.com

13) Telefone do responsável pela solicitação:

(82) 9992-88108

Informações Adicionais**14) Nome do responsável pelo recebimento:**

Joao Kaycke Sarmento da Silva

15) E-mail do responsável pelo recebimento:

daf.estrategicos@gmail.com

16) Telefone do responsável pelo recebimento:

(82) 9992-88108

Criação : 21/05/2020 17:12:42**Atualização :** 21/05/2020 17:29:20

33)

Dados Institucionais**1) Estado:**

Rio Grande do Sul

2) Local de entrega:

Porto Alegre

3) CNPJ:

87958625000149

4) Endereço completo:

Av Ipiranga 6113 Partenon Porto Alegre RS

5) CEP:

90610-001

Informações Gerais**6) Solicitação:**

Não

7) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

2570

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

12000

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

21/05/2020

Dados Pessoais**11) Nome do responsável pela solicitação:**

Roberto Eduardo Schneiders

12) E-mail do responsável pela solicitação:

roberto-schneiders@saude.rs.gov.br

13) Telefone do responsável pela solicitação:

(61) 9822-20802

Informações Adicionais**14) Nome do responsável pelo recebimento:**

Maria Carmen Remia Mikoleiczak

15) E-mail do responsável pelo recebimento:

maria-mikoleiczak@saude.rs.gov.br

16) Telefone do responsável pelo recebimento:

(51) 9840-51893

Criação : 21/05/2020 17:51:25**Atualização :** 21/05/2020 17:51:25

34)

Dados Institucionais**1) Estado:**

Pará

2) Local de entrega:

CENTRO DE DISTRIBUICAO SES PARA

3) CNPJ:

05054929000117

4) Endereço completo:

RODOVIA BR 316 KM 10 N 3651 AO LADO DA PARA TRUCK BAIRRO URIBOCA MARITUBA

5) CEP:

67200-970

Informações Gerais**6) Solicitação:**

Sim

7) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

205930

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

3190

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

21/05/2020

10) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

500000

Dados Pessoais**11) Nome do responsável pela solicitação:**

Samuel Silva Ibrahim Sena

12) E-mail do responsável pela solicitação:

samuelsisena@gmail.com

13) Telefone do responsável pela solicitação:

(91) 9936-58203

Informações Adicionais

14) Nome do responsável pelo recebimento:

Samuel Silva Ibrahim Sena

15) E-mail do responsável pelo recebimento:

samuelsisena@gmail.com

16) Telefone do responsável pelo recebimento:

(91) 9936-58203

Criação : 21/05/2020 18:45:45

Atualização : 21/05/2020 18:45:45

35)

Dados Institucionais

1) Estado:

São Paulo

2) Local de entrega:

ALMOXARIFADO CENTRAL DA SESSP

3) CNPJ:

46374500000194

4) Endereço completo:

Avenida Julia Gaioli 740 Mdulo 8 Galpo T200 agua Chata Guarulhos SP

5) CEP:

07251-500

Informações Gerais

6) Solicitação:

Sim

7) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

135780

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

778590

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

22/05/2020

10) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

0

Dados Pessoais

11) Nome do responsável pela solicitação:

Karina de Oliveira Fatel Martins

12) E-mail do responsável pela solicitação:

kofatel@saude.sp.gov.br

13) Telefone do responsável pela solicitação:

(11) 9824-89949

Informações Adicionais**14) Nome do responsável pelo recebimento:**

Manoel Domingos Bovolenta Castro

15) E-mail do responsável pelo recebimento:

mbcastro@saude.sp.gov.br

16) Telefone do responsável pelo recebimento:

(11) 3066-8802

Criação : 22/05/2020 15:09:25

Atualização : 22/05/2020 15:09:25

36)

Dados Institucionais**1) Estado:**

Paraíba

2) Local de entrega:

Almoxarifado SESP

3) CNPJ:

08778268000160

4) Endereço completo:

Av Capito Jose Pessoa sn Bairro Jaguaribe Joao PessoaPB

5) CEP:

58015-170

Informações Gerais**6) Solicitação:**

Sim

7) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

17000

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

9750

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

22/05/2020

10) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

50000

Dados Pessoais**11) Nome do responsável pela solicitação:**

Felipe de oliveira de Souza Santos

12) E-mail do responsável pela solicitação:

felipe.santos@ses.pb.gov.br

13) Telefone do responsável pela solicitação:

(83) 9997-11577

Informações Adicionais**14) Nome do responsável pelo recebimento:**

Francisco Lairton Vieira

15) E-mail do responsável pelo recebimento:

lairtonestrategico@gmail.com

16) Telefone do responsável pelo recebimento:

(83) 9991-58855

Criação : 22/05/2020 15:21:01

Atualização : 22/05/2020 15:21:01

37)

Dados Institucionais**1) Estado:**

Mato Grosso

2) Local de entrega:

Superintendencia da Assistncia Farmaceutica do Estado de Mato Grosso Avenida Gonalo Antunes de Barros N3366 Carumb Cuiab Mato Grosso CEP78058743

3) CNPJ:

04441389000161

4) Endereço completo:

Avenida Gonalo Antunes de Barros N3366 Carumb Cuiab Mato Grosso CEP78058743

5) CEP:

78053-743

Informações Gerais**6) Solicitação:**

Sim

7) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

5940

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

7070

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

01/06/2020

10) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

8000

Dados Pessoais**11) Nome do responsável pela solicitação:**

Luiz Guilherme Ribeiro Carvalho

12) E-mail do responsável pela solicitação:

luizcarvalho@ses.mt.gov.br

13) Telefone do responsável pela solicitação:

(65) 9843-20185

Informações Adicionais**14) Nome do responsável pelo recebimento:**

Luiz Guilherme Ribeiro Carvalho

15) E-mail do responsável pelo recebimento:

luizcarvalho@ses.mt.gov.br

16) Telefone do responsável pelo recebimento:

(65) 9843-20185

Criação : 01/06/2020 16:25:07**Atualização :** 01/06/2020 16:25:07**Enviar por Email**

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

Nome: *

Texto:

Email: *

**Enviar Email**

Formulário para disponibilização de Cloroquina



1)

Outros Dados

1) Deseja solicitar o medicamento?

Não

Criação : 26/06/2020 16:17:03

Atualização : 26/06/2020 16:17:03

2)

Outros Dados

1) Deseja solicitar o medicamento?

Não

2) Se a resposta acima for "não", apresentar justificativa:

mes de abril nosso consumo foi de 273.750 / maio 87.250 / junho 16.590. O noticiado na mídia e em redes sociais influenciaram os prescritores

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Estadual de Saúde

Dados Institucionais

4) Estado:

Amazonas

6) Local de entrega:

av duque de caxias 1998 praca 14

7) CNPJ:

09472725000157

8) Endereço completo:

av duque de caxias 1998 praca 14

9) CEP:

69020-141

Informações Gerais

10) Solicitação:

Sim

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

16590

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

139830

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

29/06/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

0

Dados Pessoais**15) Nome do responsável pela solicitação:**

JISELLI GUAITOLINI

16) E-mail do responsável pela solicitação:

grupotecnocema@saude.am.gov.br

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(92) 9911-66729

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

MARTA MAIA DE SOUZA

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

grupotecnocema@saude.am.gov.br

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(92) 8461-0452

Criação : 29/06/2020 09:01:04**Atualização :** 29/06/2020 09:01:04

3)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Sim

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Estadual de Saúde

Dados Institucionais**4) Estado:**

Pará

6) Local de entrega:

CENTRO DE DISTRIBUICAO SES PARA

7) CNPJ:

05054929000117

8) Endereço completo:

RODOVIA BR 316 KM 10 N 3651 AO LADO DA PARA TRUCK BAIRRO URIBOCA MARITUBA REGIO METROPOLITANA PARA

9) CEP:

67200-970

Informações Gerais**10) Solicitação:**

Não

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

103350

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

153340

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

29/06/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

100000

Dados Pessoais**15) Nome do responsável pela solicitação:**

Samuel Silva Ibrahim Sena

16) E-mail do responsável pela solicitação:

samuelsisena@gmail.com

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(91) 9936-58203

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

Samuel Silva Ibrahim Sena

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

samuelsisena@gmail.com

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(91) 9936-58203

Criação : 29/06/2020 10:38:36**Atualização :** 29/06/2020 10:38:36

4)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Sim

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Estadual de Saúde

Dados Institucionais**4) Estado:**

Mato Grosso do Sul

6) Local de entrega:

Central de Abastecimento Farmaceutico Estadual

7) CNPJ:

03517102000177

8) Endereço completo:

Rua Delegado Osmar de Camargo 191 Jardim Veraneio

9) CEP:

79037-108

Informações Gerais**10) Solicitação:**

Sim

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

6210

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

3204

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

29/06/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

15000

Dados Pessoais**15) Nome do responsável pela solicitação:**

Nathalia Dantas

16) E-mail do responsável pela solicitação:

cafsesms@gmail.com

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(67) 3318-1816

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

Rosimeire Moraes Correa

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

cafsesms@gmail.com

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(67) 3318-1821

Criação : 29/06/2020 10:48:22**Atualização :** 29/06/2020 10:48:22

5)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Sim

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Estadual de Saúde

Dados Institucionais**4) Estado:**

Goiás

6) Local de entrega:

Rua 26 n 10

7) CNPJ:

02529964000157

8) Endereço completo:

Bairro Santo Antonio

9) CEP:

74853-070

Informações Gerais**10) Solicitação:**

Sim

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

19580

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

5440

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

29/06/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

25000

Dados Pessoais**15) Nome do responsável pela solicitação:**

Viviane de Cassia Troncha Martins

16) E-mail do responsável pela solicitação:

viviane.martins@goias.gov.br

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(62) 3201-4966

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

PAULO HENRIQUE DOS SANTOS

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

SGPF.MEDICAMENTOS.SAUDE@GOIAS.GOV.BR

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(62) 3201-4963

Criação : 29/06/2020 11:00:09

Atualização : 29/06/2020 11:00:09

6)

Outros Dados

1) Deseja solicitar o medicamento?

Não

2) Se a resposta acima for "não", apresentar justificativa:

Dispomos de Estoque

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Estadual de Saúde

Dados Institucionais**4) Estado:**

Sergipe

6) Local de entrega:

Centro de Abastecimento e distribui ao de Insumos e mediacmentos

7) CNPJ:

04384829000196

8) Endereço completo:

Av Augusto Franco N 3150 Bairro Ponto Novo Aracaju

9) CEP:

49047-040

Informações Gerais**10) Solicitação:**

Não

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

458

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

6440

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

29/06/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

0

Dados Pessoais**15) Nome do responsável pela solicitação:**

Juliana Santos de Oliveira

16) E-mail do responsável pela solicitação:

julianasantos.oliveira@saude.se.gov.br

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(79) 9811-96746

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

Amanda Prata

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

amandaprata.fhs@gmail.com

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(79) 3198-0606

Criação : 29/06/2020 12:29:37**Atualização :** 29/06/2020 12:29:37

7)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Sim

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Estadual de Saúde

Dados Institucionais**4) Estado:**

Ceará

6) Local de entrega:

COORDENADORIA DE ASSISTNCIA FARMACEUTICA

7) CNPJ:

07954571000104

8) Endereço completo:

AV WASHINGTON SOARES 7605

9) CEP:

60841-032

Informações Gerais**10) Solicitação:**

Não

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

165810

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

107130

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

29/06/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

50000

Dados Pessoais**15) Nome do responsável pela solicitação:**

ANA KELLY LEITO DE CASTRO

16) E-mail do responsável pela solicitação:

KELLY.CASTRO@SAUDE.CE.GOV.BR

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(85) 9985-37850

Informações Adicionais

18) Nome do responsável pelo recebimento:

ANA KELLY LEITAO DE CASTRO

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

KELLY.CASTRO@SAUDE.CE.GOV.BR

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(85) 9985-37850

Criação : 29/06/2020 14:09:20

Atualização : 29/06/2020 14:09:20

8)

Outros Dados

1) Deseja solicitar o medicamento?

Sim

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Municipal de Saúde - Capital

Dados Institucionais

4) Estado:

Mato Grosso

6) Local de entrega:

Central de Distribuicao de medicamentos e insumos de cuiaba

7) CNPJ:

15084338000146

8) Endereço completo:

avenida Fernando Correa da Costa 9650 BR 364 KM 10 Sao Francisco Cuiaba

9) CEP:

78015-090

Informações Gerais

10) Solicitação:

Sim

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

300

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

0

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

29/06/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

9000

Dados Pessoais**15) Nome do responsável pela solicitação:**

Talizia Hirooka de medeiros

16) E-mail do responsável pela solicitação:

rt.cdmic@gmail.com

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(65) 9924-24534

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

talizia

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

rt.cdmic@gmail.com

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(65) 9924-24534

Criação : 29/06/2020 14:52:00**Atualização :** 29/06/2020 14:52:00

9)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Não

2) Se a resposta acima for "não", apresentar justificativa:

diminuição da prescrição dos itens nos Hospitais e poucas prescrições nas unidades básicas de saúde

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Municipal de Saúde - Capital

Dados Institucionais**4) Estado:**

Ceará

6) Local de entrega:

COORDENADORIA DE ASSISTENCIA FARMACEUTICA

7) CNPJ:

04885197000144

8) Endereço completo:

RUA ENCONTROS 1800 B CAJAZEIRAS

9) CEP:

60864-347

Informações Gerais**10) Solicitação:**

Sim

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

1640

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

9120

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

29/06/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

0

Dados Pessoais**15) Nome do responsável pela solicitação:**

ANA PAULA MARIA VIEIRA PARENTE

16) E-mail do responsável pela solicitação:

farmaceuticocelaf@gmail.com

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(85) 9881-51545

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

ANA PAULA MARIA VIEIRA PARENTE

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

farmaceuticocelaf@gmail.com

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(85) 9881-51545

Criação : 29/06/2020 14:53:12**Atualização :** 29/06/2020 14:53:12

10)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Não

2) Se a resposta acima for "não", apresentar justificativa:

A partir de 03/04/20 o município de São Paulo recebeu remessas do MS e SES que totalizaram 61.743 comprimidos de Cloroquina e 36.780cp de Hidroxicloroquina. Em 29/06/2020 o Almoxarifado Central da Autarquia Hospitalar Municipal (responsável pelo abastecimento das unidades hospitalares) dispõe 41.830 comprimidos de Cloroquina e 23.670 comprimidos de Hidroxicloroquina em estoque. Totalizando assim, 65.500 comprimidos e 6.298 tratamentos em estoque dos dois medicamentos somados. Pontuamos que no último mês foram solicitados para reposição pelas unidades hospitalares apenas 260 comprimidos de Cloroquina e 1020 comprimidos de Hidroxicloroquina.

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Municipal de Saúde - Capital

Dados Institucionais**4) Estado:**

São Paulo

6) Local de entrega:

Almoxarifado Central da Autarquia Hospitalar Municipal

7) CNPJ:

04.995.603/0001-21

8) Endereço completo:

Rua Otaviano Alves de Lima 4000 Freguesia do So PauloSP

9) CEP:

02910-025

Informações Gerais**10) Solicitação:**

Não

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

260

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

41830

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

29/06/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

0

Dados Pessoais**15) Nome do responsável pela solicitação:**

Fernanda Carolina Cruz Evangelista

16) E-mail do responsável pela solicitação:

fccruz@prefeitura.sp.gov.br

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(11) 3394-6588

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

Luciana Costa Bites Lana

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

lcblana@prefeitura.sp.gov.br

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(11) 3932-5334

Criação : 29/06/2020 15:12:19**Atualização :** 29/06/2020 15:12:19

11)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Não

2) Se a resposta acima for "não", apresentar justificativa:

Possuimos estoque suficiente para atendimento da nossa demanda.

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Estadual de Saúde

Dados Institucionais

4) Estado:

Rio de Janeiro

6) Local de entrega:

CGA COORDENACAO GERAL DE ARMAZENAGEM

7) CNPJ:

42498717007672

8) Endereço completo:

Rua Doutor Luiz Palmier 762

9) CEP:

24110-310

Informações Gerais

10) Solicitação:

Não

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

8890

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

28500

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

29/06/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

0

Dados Pessoais

15) Nome do responsável pela solicitação:

Rafaela Tavares Peixoto

16) E-mail do responsável pela solicitação:

gestao.farmacia18@gmail.com

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(21) 2333-3958

Informações Adicionais

18) Nome do responsável pelo recebimento:

Vanessa Medrado Martins

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

vanessa.cga@pvax.com.br

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(21) 2628-7972

Criação : 29/06/2020 15:44:30

Atualização : 29/06/2020 15:44:30

12)

Outros Dados

1) Deseja solicitar o medicamento?

Não

2) Se a resposta acima for "não", apresentar justificativa:

Para o mês de julho não haverá necessidade de solicitação de cloroquina. Temos em estoque 1926 cpr. A dispensação para usuários no mês de julho foi de 588 cpr.

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Municipal de Saúde - Capital

Dados Institucionais

4) Estado:

Paraná

6) Local de entrega:

Rua Joao Bettega 3350 Bairro Cidade Industrial de Curitiba

7) CNPJ:

13792329000184

8) Endereço completo:

Rua Joao Bettega 3350 Bairro Cidade Industrial de Curitiba

9) CEP:

81350-000

Informações Gerais

10) Solicitação: Sim

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

180

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

1926

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

29/06/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

0

Dados Pessoais

15) Nome do responsável pela solicitação:

Agda de Jesus Silva Moreira

16) E-mail do responsável pela solicitação:

agmoreira@sms.curitiba.pr.gov.br

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(41) 3350-9471

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

Claudia Alzira Forjan Araujo

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

claraujo@sms.curitiba.pr.gov.br

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(41) 3314-5084

Criação : 29/06/2020 16:37:40**Atualização :** 29/06/2020 16:37:40

13)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Sim

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Municipal de Saúde - Capital

Dados Institucionais**4) Estado:**

Roraima

6) Local de entrega:

AV CAP Julio Bezerra 1150 Bairro Aparecida

7) CNPJ:

05943030000155

8) Endereço completo:

Avenida CAPITAO Julio Bezerra 1150 Bairro Aparecida

9) CEP:

69305-025

Informações Gerais**10) Solicitação:**

Não

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

13700

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

0

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

30/06/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

40000

Dados Pessoais**15) Nome do responsável pela solicitação:**

Daniel Morais de Almeida

16) E-mail do responsável pela solicitação:

daniel_almeida87@hotmail.com

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(95) 9911-23314

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

Daniel Morais de Almeida

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

daniel_almeida87@hotmail.com

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(95) 9911-23314

Criação : 30/06/2020 09:00:43**Atualização :** 30/06/2020 09:00:43

14)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Não

2) Se a resposta acima for "não", apresentar justificativa:

O consumo está bem pequeno e consta muito estoque na rede do DF

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Estadual de Saúde

Dados Institucionais**4) Estado:**

Distrito Federal

6) Local de entrega:

NUMEBE

7) CNPJ:

00394700000108

8) Endereço completo:

SIA TRECHO 4 LOTES 18401890 BRASILIA

9) CEP:

71200-040

Informações Gerais

- 10) Solicitação:** Não
- 11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:**
829
- 12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:**
49160
- 13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:**
30/06/2020
- 14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:**
0

Dados Pessoais

- 15) Nome do responsável pela solicitação:**
PATRCIA DE CASTRO MENDONCA QUEIROZ
- 16) E-mail do responsável pela solicitação:**
GERENCIAAB.SAUDE.DF@GMAIL.COM
- 17) Telefone do responsável pela solicitação:**
(61) 9911-82763

Informações Adicionais

- 18) Nome do responsável pelo recebimento:**
CARMEM SOLANGE ALVES DE ARAUJO
- 19) E-mail do responsável pelo recebimento:**
NUMEBESESDF@GMAIL.COM
- 20) Telefone do responsável pelo recebimento:**
(61) 9922-76469

Criação : 30/06/2020 10:34:52

Atualização : 30/06/2020 10:34:52

15)

Outros Dados

- 1) Deseja solicitar o medicamento?**
Sim
- 3) Identificação do Preenchimento:**
Secretaria Municipal de Saúde - Capital

Dados Institucionais

- 4) Estado:**
Espírito Santo
- 6) Local de entrega:**
Almoxarifado da SEMUS
- 7) CNPJ:**

14792165000158

8) Endereço completo:

Rua Joao Palacio 503 Eurico Sales Serra ES

9) CEP:

29160-161

Informações Gerais**10) Solicitação:** Sim**11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:**

0

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

0

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

00/00/0000

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

54000

Dados Pessoais**15) Nome do responsável pela solicitação:**

Sheila Teixeira Zambon

16) E-mail do responsável pela solicitação:

szambom@correio1.vitoria.es.gov.br

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(27) 3132-5028

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

Fernanda Sales de Azevedo

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

almox.farmacia@correio1.vitoria.es.gov.br

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(27) 3381-6981

Criação : 30/06/2020 10:40:23**Atualização :** 30/06/2020 10:40:23

16)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Sim

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Estadual de Saúde

Dados Institucionais**4) Estado:**

Rio Grande do Sul

6) Local de entrega:

Divisao de Assistencia Farmaceutica

7) CNPJ:

87958625000149

8) Endereço completo:

Av Ipiranga 6113

9) CEP:

90610-001

Informações Gerais**10) Solicitação:**

Não

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

0

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

0

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

30/06/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

323500

Dados Pessoais**15) Nome do responsável pela solicitação:**

Giliane Guerin e Laura Kreutz

16) E-mail do responsável pela solicitação:

af-covid19@saude.rs.gov.br

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(51) 3288-5941

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

Divisao de Assistencia Farmaceutica

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

agendamento-medicamentos@saude.rs.gov.br

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(51) 3336-3710

Criação : 30/06/2020 10:44:25**Atualização :** 30/06/2020 10:46:36

17)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Não

2) Se a resposta acima for "não", apresentar justificativa:

ainda temos estoque da última remessa recebida do Estado

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Municipal de Saúde - Capital

Dados Institucionais**4) Estado:**

Goiás

5) Município:

Goiânia

6) Local de entrega:

Almoxarifado Central

7) CNPJ:

37623352000103

8) Endereço completo:

Av Perimetral Norte n 2859 Condomnio Goiazem Vila Joao Braz

9) CEP:

74445-190

Informações Gerais**10) Solicitação:**

Sim

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

00

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

2360

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

30/06/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

00

Dados Pessoais**15) Nome do responsável pela solicitação:**

Gysella Santana Honorio de Paiva

16) E-mail do responsável pela solicitação:

dvaf.smsgoiania@gmail.com

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(62) 3524-1502

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

Valdenice Honorato

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

almoxarifadosmsgoiania@gmail.com

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(62) 3524-3401

Criação : 30/06/2020 13:08:14

Atualização : 30/06/2020 13:08:14

18)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Sim

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Municipal de Saúde - Capital

Dados Institucionais**4) Estado:**

Pará

5) Município:

BELÉM

6) Local de entrega:

DIVISO DE RECURSOS E MATERIAIS DRM

7) CNPJ:

07917818000112

8) Endereço completo:

TRAVESSA TIMBO 2303 ENTRE DUQUE E 25 DE SETEMBRO

9) CEP:

66095-531

Informações Gerais**10) Solicitação:**

Não

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

3000

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

4565

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

30/06/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

0

Dados Pessoais**15) Nome do responsável pela solicitação:**

MARIA PANTOJA MOREIRA

16) E-mail do responsável pela solicitação:

rt.medicamentos@gmail.com

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(91) 9910-06999

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

INGRID DE RESENDE MARTINS

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

drm.3.sesma@gmail.com

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(91) 3246-3062

Criação : 30/06/2020 13:09:05**Atualização :** 30/06/2020 13:09:05

19)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Sim

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Municipal de Saúde - Capital

Dados Institucionais**4) Estado:**

Acre

5) Município:

Rio Branco

6) Local de entrega:

Almoxarifado de Medicamentos da Secretaria Municipal de Saude

7) CNPJ:

04034583000637

8) Endereço completo:

Rua Projetada 70 Abrao Alab

9) CEP:

69918-084

Informações Gerais**10) Solicitação:**

Sim

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

3000

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

10000

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

30/06/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

15000

Dados Pessoais**15) Nome do responsável pela solicitação:**

Fernanda Chelotti

16) E-mail do responsável pela solicitação:

afriobranco@hotmail.com

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(68) 3227-1239

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

Jose Rogerio de Vargas Antunes

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

afriobranco@hotmail.com

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(68) 3227-1239

Criação : 30/06/2020 13:13:07**Atualização :** 30/06/2020 13:13:07

20)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Sim

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Estadual de Saúde

Dados Institucionais**4) Estado:**

Acre

5) Município:

Rio Branco

6) Local de entrega:

Almoxarifado MMH SESACRE

7) CNPJ:

04034526000143

8) Endereço completo:

Avenida Ceara 5082 Conjunto Tangara

9) CEP:

69915-030

Informações Gerais**10) Solicitação:**

Sim

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

53000

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

22000

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

30/06/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

79000

Dados Pessoais**15) Nome do responsável pela solicitação:**

Hugo Pereira Prates

16) E-mail do responsável pela solicitação:

estrategico.ac@gmail.com

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(68) 9924-42513

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

Hugo Pereira Prates

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

estrategico.ac@gmail.com

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(68) 9924-42513

Criação : 30/06/2020 13:49:09**Atualização :** 30/06/2020 13:49:09

21)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Sim

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Municipal de Saúde - Capital

Dados Institucionais**4) Estado:**

Tocantins

5) Município:

Palmas

6) Local de entrega:

Central de Abastecimento Farmaceutico

7) CNPJ:

24851511002714

8) Endereço completo:

Qd 912 Sul Alameda 04 Lote 06 a 08

9) CEP:

77023-438

Informações Gerais**10) Solicitação:**

Não

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

0

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

0

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

30/06/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

12000

Dados Pessoais**15) Nome do responsável pela solicitação:**

Hugo Maia Fonseca

16) E-mail do responsável pela solicitação:

caf.palmas@gmail.com

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(63) 3218-5555

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

Ludmila Pedreira Lima

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

caf.palmas@gmail.com

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(63) 3218-5555

Criação : 30/06/2020 13:53:21

Atualização : 30/06/2020 13:53:21

22)

Outros Dados

1) Deseja solicitar o medicamento?

Sim

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Municipal de Saúde - Capital

Dados Institucionais

4) Estado:

Alagoas

5) Município:

Maceió

6) Local de entrega:

Central de abastecimento Farmaceutico

7) CNPJ:

07792137000175

8) Endereço completo:

Avenida Juca sampaio 620 Barro Duro

9) CEP:

57040-600

Informações Gerais

10) Solicitação:

Não

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

0

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

0

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

30/06/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

30000

Dados Pessoais

15) Nome do responsável pela solicitação:

Vencio Texeira

16) E-mail do responsável pela solicitação:

caf@sms.maceio.al.gov.br

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(82) 3312-5447

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

Natalia Galindo

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

caf@sms.maceio.al.gov.br

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(82) 3312-5447

Criação : 30/06/2020 14:07:36**Atualização :** 30/06/2020 14:07:36

23)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Não

2) Se a resposta acima for "não", apresentar justificativa:

Nosso estoque atual é suficiente para suprir a demanda do mês de julho.

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Estadual de Saúde

Dados Institucionais**4) Estado:**

Alagoas

5) Município:

Maceió

6) Local de entrega:

ASTAF

7) CNPJ:

12200259000165

8) Endereço completo:

Rua Oldemburgo da silva paranhos 830 Farol Maceio

9) CEP:

57055-320

Informações Gerais**10) Solicitação:**

Não

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

5820

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

377280

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

30/06/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

0

Dados Pessoais**15) Nome do responsável pela solicitação:**

Joao Kaycke Sarmento da Silva

16) E-mail do responsável pela solicitação:

daf.estrategicos@gmail.com

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(82) 9992-88108

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

Joao Kaycke Sarmento da Silva

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

daf.estrategicos@gmail.com

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(82) 9992-88108

Criação : 30/06/2020 14:08:08**Atualização :** 30/06/2020 14:08:08

24)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Sim

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Municipal de Saúde - Capital

Dados Institucionais**4) Estado:**

Piauí

5) Município:

Teresina

6) Local de entrega:

Gerencia de Assistencia Farmaceutica GEFA

7) CNPJ:

05522917000170

8) Endereço completo:

Rua Magalhaes Filho 1711 Bairro Marques Zona Norte

9) CEP:

64002-450

Informações Gerais

- 10) Solicitação:** Não
- 11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:**
0
- 12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:**
0
- 13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:**
30/06/2020
- 14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:**
4500

Dados Pessoais

- 15) Nome do responsável pela solicitação:**
Handerson Rodrigues Silva Lima
- 16) E-mail do responsável pela solicitação:**
fms.geafa@yahoo.com.br
- 17) Telefone do responsável pela solicitação:**
(86) 3215-7867

Informações Adicionais

- 18) Nome do responsável pelo recebimento:**
Handerson Rodrigues Silva Lima
- 19) E-mail do responsável pelo recebimento:**
fms.geafa@yahoo.com.br
- 20) Telefone do responsável pelo recebimento:**
(86) 3215-7867

Criação : 30/06/2020 14:40:15

Atualização : 30/06/2020 14:40:15

25)

Outros Dados

- 1) Deseja solicitar o medicamento?**
Não
- 2) Se a resposta acima for "não", apresentar justificativa:**
Na data de hoje e com o consumo médio mensal (CMM) atual, temos estoque suficiente no Estado de Santa Catarina. Porém uma nota técnica informando sobre o uso da cloroquina 150 mg foi emitida há poucos dias pela SES/SC, e espera-se que a demanda aumente bastante. Caso seja necessário, faremos contato para pedido extra. Agradecemos a colaboração.
- 3) Identificação do Preenchimento:**
Secretaria Estadual de Saúde

Dados Institucionais

4) Estado:

Santa Catarina

5) Município:

Florianópolis - Secretaria de Estado da Saúde SES/SC

6) Local de entrega:

Centro Logístico da Secretaria do Estado da Saúde SC

7) CNPJ:

80673411000187

8) Endereço completo:

Rua Judite Melo dos Santos 251 Galopes 6 a 9 Distrito Industrial São José

9) CEP:

88104-765

Informações Gerais**10) Solicitação:**

Não

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

1740

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

29540

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

30/06/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

0

Dados Pessoais**15) Nome do responsável pela solicitação:**

Fernanda Alves da Cruz

16) E-mail do responsável pela solicitação:

medcovidsc@gmail.com

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(48) 3665-4513

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

Aerton Pereira

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

aerton@saude.sc.gov.br

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(48) 3665-4428

Criação : 30/06/2020 15:16:46**Atualização :** 30/06/2020 15:16:46

26)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Sim

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Municipal de Saúde - Capital

Dados Institucionais**4) Estado:**

Mato Grosso do Sul

5) Município:

campo grande

6) Local de entrega:

rua antonio rufino de souza n50 vila nasser

7) CNPJ:

11228564000100

8) Endereço completo:

rua antonio rufino de souza n50 vila nasser

9) CEP:

79117-009

Informações Gerais**10) Solicitação:**

Não

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

10000

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

0

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

30/06/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

15000

Dados Pessoais**15) Nome do responsável pela solicitação:**

nadia bernardinis

16) E-mail do responsável pela solicitação:

caf.seadim@gmail.com

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(67) 2020-1822

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

nadia bernardinis

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

caf.seadim@gmail.com

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(67) 2020-1822

Criação : 30/06/2020 15:19:06

Atualização : 30/06/2020 15:19:06

27)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Não

2) Se a resposta acima for "não", apresentar justificativa:

Temos um estoque disponível para cobertura do mês de julho

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Estadual de Saúde

Dados Institucionais**4) Estado:**

Piauí

5) Município:

Teresina

6) Local de entrega:

Almoxarifado estadual

7) CNPJ:

06553564000138

8) Endereço completo:

Rua 19 de novembro n1865 bairro Primavera zona Norte

9) CEP:

64002-585

Informações Gerais**10) Solicitação:**

Sim

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

1400

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

18950

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

30/06/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

0

Dados Pessoais**15) Nome do responsável pela solicitação:**

Soane Kaline Moraes Chaves

16) E-mail do responsável pela solicitação:

coordenacaocesafpi@gmail.com

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(86) 9986-55965

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

RAULINO FIRMINO FERREIRA

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

caf.sesapi@hotmail.com

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(85) 9953-36700

Criação : 30/06/2020 15:45:45**Atualização :** 30/06/2020 15:45:45

28)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Sim

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Estadual de Saúde

Dados Institucionais**4) Estado:**

Rio Grande do Norte

5) Município:

Natal

6) Local de entrega:

UNICAT Unidade Central de Agentes Teraputicos

7) CNPJ:

08241754000145

8) Endereço completo:

Rua Doutor Nilo Bezerra Ramalho 1691 Morro Branco Natal RN

9) CEP:

59015-300

Informações Gerais**10) Solicitação:**

Sim

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

100630

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

630

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

30/06/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

10000

Dados Pessoais**15) Nome do responsável pela solicitação:**

Victor Hugo Batista Dantas

16) E-mail do responsável pela solicitação:

unicatpems@yahoo.cm.br

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(84) 3232-6859

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

Victor Hugo Batista Dantas

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

unicatpems@yahoo.com.br

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(84) 3232-6859

Criação : 30/06/2020 15:56:08**Atualização :** 30/06/2020 15:56:08

29)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Não

2) Se a resposta acima for "não", apresentar justificativa:

Demanda baixa dos serviços

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Estadual de Saúde

Dados Institucionais**4) Estado:**

Paraíba

5) Município:

Joao Pessoa

6) Local de entrega:

CAF SESP

7) CNPJ:

08778268000160

8) Endereço completo:

Av Capito Jose Pessoa sn Bairro Jaguaribe Joao PessoaPB

9) CEP:

58015-170

Informações Gerais**10) Solicitação:**

Sim

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

12600

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

47150

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

29/06/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

0

Dados Pessoais**15) Nome do responsável pela solicitação:**

Felipe de oliveira de Souza Santos

16) E-mail do responsável pela solicitação:

felipe.santos@ses.pb.gov.br

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(83) 9997-11577

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

Francisco Lairton Vieira

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

lairtonestrategico@gmail.com

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(83) 9991-58855

Criação : 30/06/2020 16:36:21**Atualização :** 30/06/2020 16:36:21

30)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Não

2) Se a resposta acima for "não", apresentar justificativa:

Ainda temos em estoque o medicamento

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Estadual de Saúde

Dados Institucionais

4) Estado:

Maranhão

5) Município:

São Luis

6) Local de entrega:

Central de Abastecimento Farmaceutico do Estado do Maranhao

7) CNPJ:

02973240000106

8) Endereço completo:

Estrada da Vitoria 2409 bairro Fe em Deus

9) CEP:

65037-270

Informações Gerais

10) Solicitação:

Não

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

0

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

180200

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

30/06/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

0

Dados Pessoais

15) Nome do responsável pela solicitação:

Sandro Cesar Feitosa Monteiro

16) E-mail do responsável pela solicitação:

sandrodaf@gmail.com

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(98) 9919-40373

Informações Adicionais

18) Nome do responsável pelo recebimento:

Maristela Santos Silva

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

santosmaristela42@gmail.com

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(98) 9914-11942

Criação : 30/06/2020 16:57:00

Atualização : 30/06/2020 16:57:00

31)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Não

2) Se a resposta acima for "não", apresentar justificativa:

O Estado ainda possui estoque do medicamento.

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Estadual de Saúde

Dados Institucionais**4) Estado:**

Minas Gerais

5) Município:

Belo Horizonte

6) Local de entrega:

Almoxarifado de medicamentos da SESMG

7) CNPJ:

18715516000188

8) Endereço completo:

Avenida Simao Antonio 149 bairro Cincao Contagem MG

9) CEP:

32371-160

Informações Gerais**10) Solicitação:**

Não

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

5320

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

74516

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

26/06/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

0

Dados Pessoais

15) Nome do responsável pela solicitação:

Josilene Pereira Costa

16) E-mail do responsável pela solicitação:

dmest@saude.mg.gov.br

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(31) 3915-9840

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

Carlos Paixo da Silva

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

carlos.paixao@saude.mg.gov.br

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(31) 3356-3301

Criação : 30/06/2020 17:14:50**Atualização :** 30/06/2020 17:14:50

32)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Sim

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Municipal de Saúde - Capital

Dados Institucionais**4) Estado:**

Rio Grande do Norte

5) Município:

NATAL

6) Local de entrega:

DEPARTAMENTO DE ASSISTENCIA FARMACEUTICA SMS

7) CNPJ:

24518573000170

8) Endereço completo:

RUA MARCILIO DIAS 180 IGAPO NATAL RN

9) CEP:

59104-260

Informações Gerais**10) Solicitação:**

Não

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

4100

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

23020

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

30/06/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

00

Dados Pessoais**15) Nome do responsável pela solicitação:**

GUIDO RODRIGUES FILHO

16) E-mail do responsável pela solicitação:

daf_smsnatal@hotmail.com

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(84) 3232-5665

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

GUIDO RODRIGUES FILHO

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

daf_smsnatal@hotmail.com

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(84) 3232-5665

Criação : 30/06/2020 19:04:48**Atualização :** 30/06/2020 19:04:48

33)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Não

2) Se a resposta acima for "não", apresentar justificativa:

Considerando o consumo mensal atual, o estoque no estado é suficiente

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Estadual de Saúde

Dados Institucionais**4) Estado:**

Paraná

5) Município:

Curitiba

6) Local de entrega:

Centro de Medicamentos do Paran

7) CNPJ:

76416866001200

8) Endereço completo:

Av Prefeito Lothrio Meissner 350

9) CEP:

80210-170

Informações Gerais**10) Solicitação:**

Não

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

2000

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

32000

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

30/06/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

0

Dados Pessoais**15) Nome do responsável pela solicitação:**

Priscilla Marys Limberger

16) E-mail do responsável pela solicitação:

priscillamarys@sesa.pr.gov.br

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(41) 3360-6725

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

Eliane Lemler Semicek

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

cemepar.almoxarifado@sesa.pr.gov.br

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(41) 3360-6730

Criação : 30/06/2020 21:28:03

Atualização : 30/06/2020 21:28:03

34)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Sim

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Estadual de Saúde

Dados Institucionais**4) Estado:**

Rondonia

5) Município:

PORTO VELHO

6) Local de entrega:

COORDENADORIA DE GESTAO E ASSISTENCIA FARMACEUTICA

7) CNPJ:

00733062000002

8) Endereço completo:

Rua Aparicio de Moraes4338 Industrial Porto Velho RONDONIA

9) CEP:

76821-240

Informações Gerais**10) Solicitação:**

Sim

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

64604

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

6260

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

01/07/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

60000

Dados Pessoais**15) Nome do responsável pela solicitação:**

Mara Oliveira Nery

16) E-mail do responsável pela solicitação:

cgaf.sesau.ro@gmail.com

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(69) 9215-3761

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

Raquel Jorge da Costa

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

cgaf.sesau.ro@gmail.com

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(69) 9209-3101

Criação : 01/07/2020 09:14:16

Atualização : 01/07/2020 09:14:16

35)

Outros Dados

1) Deseja solicitar o medicamento?

Sim

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Municipal de Saúde - Capital

Dados Institucionais

4) Estado:

Rondonia

5) Município:

PORTO VELHO

6) Local de entrega:

Departamento de Assistência Farmacêutica

7) CNPJ:

05903125000145

8) Endereço completo:

Rua Monteiro Lobato 5550 Bairro Eldorado

9) CEP:

76811-776

Informações Gerais

10) Solicitação:

Sim

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

31500

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

0

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

01/07/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

40000

Dados Pessoais

15) Nome do responsável pela solicitação:

MARILIA LIS OLIVEIRA

16) E-mail do responsável pela solicitação:

assessoriafarmsemusa@gmail.com

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(69) 9925-89941

Informações Adicionais

18) Nome do responsável pelo recebimento:

FABLICIA GLAUCIANE SANTOS MENEZES

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

assessoriafarmsemusa@gmail.com

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(69) 9849-39105

Criação : 01/07/2020 11:06:24

Atualização : 01/07/2020 11:06:24

36)

Outros Dados

1) Deseja solicitar o medicamento?

Sim

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Estadual de Saúde

Dados Institucionais

4) Estado:

Roraima

5) Município:

Boa Vista

6) Local de entrega:

coordenadoria geral de assistencia farmaceutica

7) CNPJ:

84013408000198

8) Endereço completo:

Av Mario Homem de Melo 4467

9) CEP:

69312-155

Informações Gerais

10) Solicitação:

Não

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

59000

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

0

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

01/07/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

200000

Dados Pessoais**15) Nome do responsável pela solicitação:**

Ianne de Moraes Ramos

16) E-mail do responsável pela solicitação:

iannemoraes@hotmail.com

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(95) 9812-18477

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

Ianne Moraes

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

iannemoraes@hotmail.com

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(95) 9812-18477

Criação : 01/07/2020 11:15:19**Atualização :** 01/07/2020 11:15:19

37)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Sim

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Municipal de Saúde - Capital

Dados Institucionais**4) Estado:**

Pernambuco

5) Município:

Recife

6) Local de entrega:

CENTRO DE DISTRIBUIO LOGSTICA DA SECRETARIA DE SADE

7) CNPJ:

41090291000133

8) Endereço completo:

AVENIDA DA RECUPERAÇÃO 7008 BAIRRO GUABIRABA

9) CEP:

52490-570

Informações Gerais

- 10) Solicitação:** Não
- 11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:**
2149
- 12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:**
7851
- 13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:**
01/07/2020
- 14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:**
1500

Dados Pessoais

- 15) Nome do responsável pela solicitação:**
Maria Nelly Sobreira de Carvalho Barreto
- 16) E-mail do responsável pela solicitação:**
politicasa@gmail.com
- 17) Telefone do responsável pela solicitação:**
(81) 3355-1164

Informações Adicionais

- 18) Nome do responsável pelo recebimento:**
João Mauricio de Almeida
- 19) E-mail do responsável pelo recebimento:**
joao.almeida@recife.pe.gov.br
- 20) Telefone do responsável pelo recebimento:**
(81) 3355-1170

Criação : 01/07/2020 15:11:54

Atualização : 01/07/2020 15:11:54

38)

Outros Dados

- 1) Deseja solicitar o medicamento?**
Não
- 2) Se a resposta acima for "não", apresentar justificativa:**
O Estado fez aquisição própria, temos estoque
- 3) Identificação do Preenchimento:**
Secretaria Estadual de Saúde

Dados Institucionais

- 4) Estado:**
Amapá

5) Município:

Macapa

6) Local de entrega:

Almoxarifado de Medicamentos AP

7) CNPJ:

23086176000103

8) Endereço completo:

Rodovia BR 156 km0 353 Bairro So Lzaro

9) CEP:

68908-575

Informações Gerais**10) Solicitação:**

Sim

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

0

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

48500

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

01/07/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

00

Dados Pessoais**15) Nome do responsável pela solicitação:**

Isabele do Nascimento Costa

16) E-mail do responsável pela solicitação:

isabele.pharma@gmail.com

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(96) 9811-00933

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

Mariani da Silva Picano

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

picancomari@gmail.com

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(96) 9918-17004

Criação : 01/07/2020 15:20:12**Atualização :** 01/07/2020 15:20:12

39)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Sim

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Estadual de Saúde

Dados Institucionais**4) Estado:**

Tocantins

5) Município:

PALMAS

6) Local de entrega:

CAF da Assistencia Farmaceutica Estadual

7) CNPJ:

25053117000164

8) Endereço completo:

104 Norte Avenida LO 04 Conj 04 Lote 46 Centro

9) CEP:

77006-032

Informações Gerais**10) Solicitação:**

Não

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

6000

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

3590

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

30/06/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

20000

Dados Pessoais**15) Nome do responsável pela solicitação:**

SIMONE BARALE SOARES

16) E-mail do responsável pela solicitação:

medicamentos.estrategicos@gmail.com

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(63) 3218-1727

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

SIMONE BARALE SOARES

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

medicamentos.estrategicos@gmail.com

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(63) 3218-1727

Criação : 01/07/2020 16:15:54

Atualização : 01/07/2020 16:15:54

40)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Não

2) Se a resposta acima for "não", apresentar justificativa:

Estoque alto para recebimento! Não necessitando de nova pauta de pedido

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Estadual de Saúde

Dados Institucionais**4) Estado:**

Pernambuco

5) Município:

Recife

6) Local de entrega:

Alclog

7) CNPJ:

10572

8) Endereço completo:

No necessitando no momento

9) CEP:

50000-000

Informações Gerais**10) Solicitação:**

Sim

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

2000

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

90000

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

30/06/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

0

Dados Pessoais

15) Nome do responsável pela solicitação:

Mario Moreira

16) E-mail do responsável pela solicitação:

mmoreirasaude@gmail.com

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(81) 9927-23004

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

Mario Moreira

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

mmoreirasaude@gmail.com

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(81) 9927-23004

Criação : 01/07/2020 16:19:25**Atualização :** 01/07/2020 16:19:25

41)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Sim

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Estadual de Saúde

Dados Institucionais**4) Estado:**

Espírito Santo

5) Município:

VITORIA

6) Local de entrega:

ALMOXARIFADO DA SESA ES

7) CNPJ:

27080605000196

8) Endereço completo:

AV MARECHAL MASCARENHAS DE MORAES 2025

9) CEP:

29050-625

Informações Gerais**10) Solicitação:**

Sim

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

37000

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

34990

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

01/07/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

40000

Dados Pessoais**15) Nome do responsável pela solicitação:**

LARISSA SILVA SILVEIRA

16) E-mail do responsável pela solicitação:

LARISSASILVEIRA@SAUDE.ES.GOV.BR

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(27) 3636-8420

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

ROBERTA KAMILLA DOS SANTOS

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

GEAF.ALMOXARIFADO@SAUDE.ES.GOV.BR

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(27) 3636-8422

Criação : 01/07/2020 17:01:36**Atualização :** 01/07/2020 17:01:36

42)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Não

2) Se a resposta acima for "não", apresentar justificativa:

20.0.000057116-5 - Informamos que, com base nas evidências científicas disponíveis atualmente, o Município de Porto Alegre, por ora, não tem intenção de solicitar o envio de cloroquina para tratamento ambulatorial.

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Municipal de Saúde - Capital

Dados Institucionais**4) Estado:**

Rio Grande do Sul

5) Município:

PORTO ALEGRE

6) Local de entrega:

NDMCAF

7) CNPJ:

92963560000160

8) Endereço completo:

Rua Frederico Mentz 1315 Bairro Navegantes

9) CEP:

90240-110

Informações Gerais**10) Solicitação:**

Não

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

0

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

0

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

01/07/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

0

Dados Pessoais**15) Nome do responsável pela solicitação:**

LEONEL ALMEIDA

16) E-mail do responsável pela solicitação:

areafarmaceutica@portoalegre.rs.gov.br

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(51) 3289-2770

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

FABIANE MATTOS LEFFA

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

caf.sms@portoalegre.rs.gov.br

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(51) 3289-5779

Criação : 01/07/2020 18:17:50**Atualização :** 01/07/2020 18:17:50

43)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Sim

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Municipal de Saúde - Capital

Dados Institucionais**4) Estado:**

Amazonas

5) Município:

Manaus

6) Local de entrega:

Departamento de Logstica DELOG DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE SEMSA

7) CNPJ:

04 461 836 0001 44

8) Endereço completo:

Rua Cristina Tavares 150 Planalto

9) CEP:

69044-745

Informações Gerais**10) Solicitação:**

Não

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

14400

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

0

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

01/07/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

10000

Dados Pessoais**15) Nome do responsável pela solicitação:**

MARIA VANDA DA SILVA VIANA

16) E-mail do responsável pela solicitação:

geasf.semsa@pmm.am.gov.br

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(92) 9998-34391

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

Ricardo Militao

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

delog.semsa@pmm.am.gov.br

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(92) 9885-56073

Criação : 01/07/2020 18:50:50

Atualização : 01/07/2020 18:50:50

44)

Outros Dados

1) Deseja solicitar o medicamento?

Não

2) Se a resposta acima for "não", apresentar justificativa:

tendo em vista a diminuição da demanda no último mês

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Municipal de Saúde - Capital

Dados Institucionais

4) Estado:

Maranhão

5) Município:

São Luís

6) Local de entrega:

Almoxarifado municipal

7) CNPJ:

05760293000129

8) Endereço completo:

Avenida Engenheiro Emiliano Macieira BR 135 Km 06 Galpoes 16 17 18 Maracana

9) CEP:

65095-302

Informações Gerais

10) Solicitação:

Não

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

54

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

1034

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

02/07/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

0

Dados Pessoais

15) Nome do responsável pela solicitação:

Livia Christina Almeida da Silva

16) E-mail do responsável pela solicitação:

liviachrisalmeida@gmail.com

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(98) 9816-54475

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

Silvia Mochel

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

srmochel@yahoo.com.br

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(98) 9918-98541

Criação : 02/07/2020 10:17:34

Atualização : 02/07/2020 10:17:34

45)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Não

2) Se a resposta acima for "não", apresentar justificativa:

Possuímos um bom estoque do medicamento e sua saída para as Unidades Básicas de Saúde não são tão grandes.

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Municipal de Saúde - Capital

Dados Institucionais**4) Estado:**

Amapá

5) Município:

Macapá

6) Local de entrega:

DAFA

7) CNPJ:

18604334000130

8) Endereço completo:

Rodovia JK nmero 2731 bairro Universidade

9) CEP:

68903-197

Informações Gerais**10) Solicitação:**

Não

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

1500

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

84000

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

02/07/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

0

Dados Pessoais**15) Nome do responsável pela solicitação:**

Rassa mara

16) E-mail do responsável pela solicitação:

raissa_mara_6@hotmail.com

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(96) 9917-77728

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

Rassa mara

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

raissa_mara_6@hotmail.com

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(96) 9917-77728

Criação : 02/07/2020 10:22:12**Atualização :** 02/07/2020 10:22:12

46)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Não

2) Se a resposta acima for "não", apresentar justificativa:

Possuímos estoque e não possuímos demanda.

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Estadual de Saúde

Dados Institucionais**4) Estado:**

Bahia

5) Município:

salvador

6) Local de entrega:

nao se aplica

7) CNPJ:

nao se aplica

8) Endereço completo:

nao se aplica

9) CEP:

45000-000

Informações Gerais**10) Solicitação:**

Não

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

0

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

41000

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

30/06/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

0

Dados Pessoais**15) Nome do responsável pela solicitação:**

RENATA MUNDIM

16) E-mail do responsável pela solicitação:

renatamartins@saude.ba.gov.br

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(71) 3115-4179

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

nao se aplica

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

dasf.diretoria@saude.ba.gov.br

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(71) 3115-4179

Criação : 02/07/2020 11:11:28**Atualização :** 02/07/2020 11:11:28

47)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Não

2) Se a resposta acima for "não", apresentar justificativa:

Estado tem disponibilidade em estoque e vem nos fornecendo

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Municipal de Saúde - Capital

Dados Institucionais**4) Estado:**

Sergipe

5) Município:

ARACAJU

6) Local de entrega:

ALMOXARIFADO DA SMS ARACAJU

7) CNPJ:

11718408000120

8) Endereço completo:

AVENIDA POETA MARIO JORGE 2707 COROA DO MEIO

9) CEP:

49035-660

Informações Gerais**10) Solicitação:**

Sim

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

100

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

200

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

02/07/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

0

Dados Pessoais**15) Nome do responsável pela solicitação:**

EILA FONSECA FERREIRA

16) E-mail do responsável pela solicitação:

eila.ferreira@aracaju.se.gov.br

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(79) 9998-76735

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

EILA F FERREIRA

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

eila.ferreira@aracaju.se.gov.br

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(79) 9998-76735

Criação : 02/07/2020 11:57:06

Atualização : 02/07/2020 11:57:06

48)

Outros Dados

1) Deseja solicitar o medicamento?

Sim

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Municipal de Saúde - Capital

Dados Institucionais

4) Estado:

Santa Catarina

5) Município:

FLORIANÓPOLIS

6) Local de entrega:

CIAD BRANET FLORIANOPOLIS

7) CNPJ:

02630826000321

8) Endereço completo:

Rua Firenze Business Park 475 Bairro Pachecos Palhoa CEP 88135010 Ponto de Referencia em frente Arena R1

9) CEP:

88135-010

Informações Gerais

10) Solicitação:

Não

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

0

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

0

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

02/07/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

1200

Dados Pessoais

15) Nome do responsável pela solicitação:

ANA PAULA DA SILVA

16) E-mail do responsável pela solicitação:

assfar.pmf@gmail.com

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(48) 3239-1502

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

KAUE GONCALVES

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

farmaciafpolis@branetlogistica.com.br

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(48) 3380-7428

Criação : 02/07/2020 13:53:02**Atualização :** 02/07/2020 13:53:02

49)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Não

2) Se a resposta acima for "não", apresentar justificativa:

Foi suspenso o uso desde 20/06/2020

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Municipal de Saúde - Capital

Dados Institucionais**4) Estado:**

Paraíba

5) Município:

JOÃO PESSOA

6) Local de entrega:

CENTRAL MUNICIPAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICA

7) CNPJ:

08.806.754/0001-45

8) Endereço completo:

Rua Capitão José Rodrigues do Ó, s/n, Distrito Industrial

9) CEP:

58082-600

Informações Gerais**10) Solicitação:**

Não

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

1100

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

2000

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

02/07/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

0

Dados Pessoais**15) Nome do responsável pela solicitação:**

Luciane Costa Caldas

16) E-mail do responsável pela solicitação:

gerenciagemaf@gmail.com

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(83) 9889-90199

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

Luciane Costa Caldas

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

gerenciagemaf@gmail.com

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(83) 9889-90199

Criação : 02/07/2020 15:43:00**Atualização :** 02/07/2020 15:43:00

50)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Sim

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Estadual de Saúde

Dados Institucionais**4) Estado:**

Mato Grosso

5) Município:

Cuiabá

6) Local de entrega:

Av Gonçalo Antunes de Barros 3366 Bairro Carumbé Cuiabá MAto Grosso

7) CNPJ:

04441389000161

8) Endereço completo:

Av Goncalo Antunes de Barros 3366 Bairro Carumbe Cuiaba Mato Grosso

9) CEP:

78058-743

Informações Gerais

10) Solicitação: Sim

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

8000

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

5050

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

02/07/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

10000

Dados Pessoais

15) Nome do responsável pela solicitação:

Luiz Guilherme Ribeiro Carvalho

16) E-mail do responsável pela solicitação:

luizcarvalho@ses.mt.gov.br

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(65) 9992-54699

Informações Adicionais

18) Nome do responsável pelo recebimento:

Luiz Guilherme Ribeiro Carvalho

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

luizcarvalho@ses.mt.gov.br

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(65) 9992-54699

Criação : 02/07/2020 16:55:36

Atualização : 02/07/2020 16:55:36

51)

Outros Dados

1) Deseja solicitar o medicamento?

Não

2) Se a resposta acima for "não", apresentar justificativa:

Município ainda não institucionalizou protocolo de uso do medicamento

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Municipal de Saúde - Capital

Dados Institucionais**4) Estado:**

Minas Gerais

5) Município:

Belo Horizonte

6) Local de entrega:

Almoxarifado Central

7) CNPJ:

18715383000140

8) Endereço completo:

Rua Piraquara n325 Vila Oeste

9) CEP:

30530-580

Informações Gerais**10) Solicitação:**

Não

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

0

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

0

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

03/07/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

0

Dados Pessoais**15) Nome do responsável pela solicitação:**

Maria Tereza de Freitas Lima Araújo

16) E-mail do responsável pela solicitação:

maria.tfla@pbh.gov.br

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(31) 3246-5055

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

Tiago Avelar Angelo

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

tiago.avelar@pbh.gov.br

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(31) 3277-3639

Atualização : 03/07/2020 11:26:30

52)

Outros Dados

1) Deseja solicitar o medicamento?

Não

2) Se a resposta acima for "não", apresentar justificativa:

Baixo consumo do medicamento cloroquina 150mg comprimido nas 14 unidades hospitalares da SMS/RJ.

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Municipal de Saúde - Capital

Dados Institucionais

4) Estado:

Rio de Janeiro

5) Município:

RIO DE JANEIRO

6) Local de entrega:

Estrada dos Bandeirantes 1700 Taquara Rio de Janeiro

7) CNPJ:

042498733000148

8) Endereço completo:

Estrada dos Bandeirantes 1700 Lote 02 Galpo 01 Armazens n 109 a 119 Taquara Rio de Janeiro RJ

9) CEP:

22775-109

Informações Gerais

10) Solicitação:

Não

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

1081

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

8372

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

03/07/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

0

Dados Pessoais

15) Nome do responsável pela solicitação:

Valeria Cristina Batista Campos

16) E-mail do responsável pela solicitação:

central.naf@gmail.com

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(21) 2293-4131

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

Simone Brito

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

simonefbritto75@gmail.com

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(21) 3342-8605

Criação : 03/07/2020 12:40:26**Atualização :** 03/07/2020 12:40:26

53)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Não

2) Se a resposta acima for "não", apresentar justificativa:

Redução de consumo pelos hospitais do Estado de São Paulo.

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Estadual de Saúde

Dados Institucionais**4) Estado:**

São Paulo

5) Município:

São Paulo

6) Local de entrega:

ALMOXARIFADO CENTRAL DA SESSP

7) CNPJ:

46374500000194

8) Endereço completo:

Avenida Julia Gaioli 740 Mduo 8 Galpo T200 agua Chata Guarulhos SP CEP 07251500

9) CEP:

07251-500

Informações Gerais**10) Solicitação:**

Não

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

2400

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

293550

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

03/07/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

0

Dados Pessoais**15) Nome do responsável pela solicitação:**

Karina de Oliveira Fatel Martins

16) E-mail do responsável pela solicitação:

kofatel@saude.sp.gov.br

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(11) 3066-8385

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

Manoel Domingos Bovolenta Castro

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

mbcastro@saude.sp.gov.br

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(11) 3066-8919

Criação : 03/07/2020 13:23:45**Atualização :** 03/07/2020 13:23:45**Enviar por Email**

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

Nome:*

Texto:

Email:* **Enviar Email**

Cloroquina - Formulário P2



1)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

Jéssica Barbieri Schumacher

2) Função:

Farmacêutica

3) Endereço eletrônico (e-mail):

jessica.schumacher1@gmail.com

4) Telefone:

(55) 3267-1155

Dados do Município**5) Estado:**

Rio Grande do Sul

6) Município:

Ivorá

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

São José, número 159 (POSTO DE SAÚDE)

8) Bairro:

Centro

9) CEP:

98160-000

10) CNPJ:

92.457.175/0001-40

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Jéssica Barbieri Schumacher

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(55) 9996-73422

13) Horário de Funcionamento:

Segunda à sexta: 07:30 - 11:30 h e das 13:00- 17:00 h

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

ESF São José - Posto de Saúde

Criação : 05/08/2020 13:32:14

Atualização : 05/08/2020 13:32:14

2)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica

1) Nome do Responsável pelo preenchimento:

LAIS COGO DA SILVA

2) Função:

SECRETARIA DE SAÚDE

3) Endereço eletrônico (e-mail):

SAUDE@UNISTALDA.RS.GOV.BR

4) Telefone:

(55) 9962-38706

Dados do Município

5) Estado:

Rio Grande do Sul

6) Município:

Unistalda

Endereço para Entrega do Medicamento

7) Rua:

DESIDERIO FINAMOR, 205

8) Bairro:

CENTRO

9) CEP:

97755-000

10) CNPJ:

01.613.119/0001-00

11) Nome do responsável pelo recebimento:

LAIS COGO

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(55) 9968-25236

13) Horário de Funcionamento:

DAS 08 AS 16H

Local de dispensação

14) Local de Dispensação :

FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL

Criação : 05/08/2020 13:48:01

Atualização : 05/08/2020 13:48:01

3)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica

1) Nome do Responsável pelo preenchimento:

Franciele Vizzotto

2) Função:

Farmacêutica

3) Endereço eletrônico (e-mail):

farmacia@saojoaodopolesine.rs.gov.br

4) Telefone:

(55) 3269-1088

Dados do Município

5) Estado:

Rio Grande do Sul

6) Município:

São João do Polêsine

Endereço para Entrega do Medicamento

7) Rua:

Augusto Arnutti, 760

8) Bairro:

Centro

9) CEP:

97230-000

10) CNPJ:

94.444.247/0001-40

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Franciele Vizzotto

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(55) 3269-1088

13) Horário de Funcionamento:

07:30-11:30/ 13:00:16:50

Local de dispensação

14) Local de Dispensação :

Farmácia Municipal

Criação : 05/08/2020 13:52:16

Atualização : 05/08/2020 13:52:16

4)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica

1) Nome do Responsável pelo preenchimento:

VERONICA REBELATO TADIELO

2) Função:

ESTAGIARIA DA FARMACIA BASICA

3) Endereço eletrônico (e-mail):

veronica.rebelato@hotmail.com

4) Telefone:

(55) 9692-7959

Dados do Município

5) Estado:

Rio Grande do Sul

6) Município:

Nova Esperança do Sul

Endereço para Entrega do Medicamento

7) Rua:

RUA: Vicentina, 1467

8) Bairro:

Centro

9) CEP:

97770-000

10) CNPJ:

92.455.393/0001-46

11) Nome do responsável pelo recebimento:

ANA CLAUDIA T. SERAFINI

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(55) 3258-1567

13) Horário de Funcionamento:

08:00 as 11:30 hrs - 13:00 as 16:00 hrs

Local de dispensação

14) Local de Dispensação :

Farmácia Básica Municipal.

Criação : 05/08/2020 14:10:12

Atualização : 05/08/2020 14:10:12

5)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica

1) Nome do Responsável pelo preenchimento:

MARCIO JOSE NASCIMENTO DE OLIVEIRA

2) Função:

CHEFE DA UNIDADE DE SAUDE

3) Endereço eletrônico (e-mail):

saude@quevedos.rs.gov.br

4) Telefone:

(55) 3279-1099

Dados do Município

5) Estado:

Rio Grande do Sul

6) Município:

Quevedos

Endereço para Entrega do Medicamento

7) Rua:

RUA HUMAITA

8) Bairro:

CENTRO

9) CEP:

98140-000

10) CNPJ:

94.444.122/0001-10

11) Nome do responsável pelo recebimento:

JOSENIR BULE MURARO

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(55) 3279-1099

13) Horário de Funcionamento:

08:00 AS 12:00, 13:30 AS 17:00

Local de dispensação

14) Local de Dispensação :

MEDICAMENTO SERÁ DISPENSADO NA FARMÁCIA BÁSICA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Criação : 05/08/2020 14:30:41

Atualização : 05/08/2020 14:30:41

6)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica

1) Nome do Responsável pelo preenchimento:

ANDREIA DOS SANTOS LANÇANOVA

2) Função:

SECRETÁRIA MUNICIPAL DA SAÚDE

3) Endereço eletrônico (e-mail):

andreialancanova@gmail.com

4) Telefone:

(55) 9972-98818

Dados do Município

5) Estado:

Rio Grande do Sul

6) Município:

Cacequi

Endereço para Entrega do Medicamento

7) Rua:

bento gonçalves

8) Bairro:

centro

9) CEP:

97450-000

10) CNPJ:

88.604.897/0001-03

11) Nome do responsável pelo recebimento:

ANDREIA

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(55) 9972-98818

13) Horário de Funcionamento:

8 AS 12 E DAS 13 AS 17

Local de dispensação

14) Local de Dispensação :

FÁRMACIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Criação : 05/08/2020 15:28:45

Atualização : 05/08/2020 15:28:45

7)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica

1) Nome do Responsável pelo preenchimento:

LUIZ SKINOVSKY

2) Função:

SECRETÁRIO

3) Endereço eletrônico (e-mail):

saude@silveiramartins.rs.gov.br

4) Telefone:

(55) 3224-4841

Dados do Município

5) Estado:

Rio Grande do Sul

6) Município:

Silveira Martins

Endereço para Entrega do Medicamento

7) Rua:

AV SIQUEIRA COUTO 227

8) Bairro:

CENTRO

9) CEP:

97195-000

10) CNPJ:

92.457.217/0001-43

11) Nome do responsável pelo recebimento:

SUELEN PAETZOLD ORLANDO - FARMACÊUTICA

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(55) 3224-1122

13) Horário de Funcionamento:

24HS (FARMÁCIA DAS 08 ÀS 12HS)

Local de dispensação

14) Local de Dispensação :

HOSPITAL MADRE IMILDA

Criação : 05/08/2020 15:46:22

Atualização : 05/08/2020 15:46:22

8)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica

1) Nome do Responsável pelo preenchimento:

RENI TATIANE ILHA BRUNING

2) Função:

FARMACÊUTICA

3) Endereço eletrônico (e-mail):

FARMACIA@TOROPI.RS.GOV.BR

4) Telefone:

(55) 3276-7060

Dados do Município

5) Estado:

Rio Grande do Sul

6) Município:

Toropi

Endereço para Entrega do Medicamento

7) Rua:

22 DE OUTUBRO,479

8) Bairro:

CENTRO

9) CEP:

97418-000

10) CNPJ:

01.539.271/0001-82

11) Nome do responsável pelo recebimento:

RENI TATIANE ILHA BRUNING

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(55) 9812-91990

13) Horário de Funcionamento:

08:00 AS 12:00 E DAS 13:00 AS 17:00HS

Local de dispensação

14) Local de Dispensação :

FARMÁCIA BASICA DO MUNICIPIO DE TOROPI

Criação : 05/08/2020 15:53:15**Atualização :** 05/08/2020 15:53:15

9)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

Eleni Cizonia Oliveira Dalla Nora

2) Função:

Secretaria da Saude e Assistencia Social

3) Endereço eletrônico (e-mail):

saudenp@novapalma.rs.gov.br

4) Telefone:

(55) 3266-1166

Dados do Município**5) Estado:**

Rio Grande do Sul

6) Município:

Nova Palma

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

Raimundo Alessio 451

8) Bairro:

Centro

9) CEP:

97250-000

10) CNPJ:

12.240.183/0001-00

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Marielissa Almeida Arnutti

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(55) 3266-1028

13) Horário de Funcionamento:

7h e 30 min as 11h 30 min - 13h as 17h

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

Unidade Básica de Saúde - Farmacia Municipal

Criação : 05/08/2020 16:37:36

Atualização : 05/08/2020 16:37:36

10)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica

1) Nome do Responsável pelo preenchimento:

MAIARA DE MORAES MAIER

2) Função:

ENFERMEIRA

3) Endereço eletrônico (e-mail):

maiarammm@yahoo.com.br

4) Telefone:

(55) 9997-08789

Dados do Município

5) Estado:

Rio Grande do Sul

6) Município:

Paraíso do Sul

Endereço para Entrega do Medicamento

7) Rua:

avenida afonso penna

8) Bairro:

centro

9) CEP:

96530-000

11) Nome do responsável pelo recebimento:

MAIARA DE MORAES MAIER

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(55) 9997-08789

Local de dispensação

14) Local de Dispensação :

FARMACIA BASICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Criação : 05/08/2020 18:12:20

Atualização : 05/08/2020 18:12:20

11)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica

1) Nome do Responsável pelo preenchimento:

João Fernando Correa Martins

2) Função:

Setor Administrativo

3) Endereço eletrônico (e-mail):

saudesfa@yahoo.com.br

4) Telefone:

(55) 3252-1344

Dados do Município

5) Estado:

Rio Grande do Sul

6) Município:

São Francisco de Assis

Endereço para Entrega do Medicamento

7) Rua:

Rua João Moreira, 1598

8) Bairro:

Centro

9) CEP:

97610-000

10) CNPJ:

87.896.882/0001-01

11) Nome do responsável pelo recebimento:

João Fernando Correa Martins

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(55) 9997-53319

13) Horário de Funcionamento:

08:00 as 14:00 horas

Local de dispensação

14) Local de Dispensação :

Será dispensado na Farmácia Básica Municipal.
Rua Borges de Medeiros, nº608.

Criação : 05/08/2020 19:46:40

Atualização : 05/08/2020 19:46:40

12)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica

1) Nome do Responsável pelo preenchimento:

Karine da Silva Greff

2) Função:

Secretária Adjunta da Saúde e Assistência Social

3) Endereço eletrônico (e-mail):

saude@formigueiro.rs.gov.br

4) Telefone:

(55) 3236-1578

Dados do Município

5) Estado:

Rio Grande do Sul

6) Município:

Formigueiro

Endereço para Entrega do Medicamento

7) Rua:

Rua vereador Adelino Cardoso, 150

8) Bairro:

centro

9) CEP:

97210-000

10) CNPJ:

12.033.362/0001-68

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Roberta Aozani Scremin

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(55) 9993-44617

13) Horário de Funcionamento:

24 hs

Local de dispensação

14) Local de Dispensação :

Hospital Municipal

Criação : 06/08/2020 09:22:14

Atualização : 06/08/2020 09:22:14

13)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica

1) Nome do Responsável pelo preenchimento:

Lucieli Flores de Siqueira

2) Função:

Farmacêutica

3) Endereço eletrônico (e-mail):

farmacia@agudo.rs.gov.br

4) Telefone:

(55) 3265-3317

Dados do Município

5) Estado:

Rio Grande do Sul

6) Município:

Agudo

Endereço para Entrega do Medicamento

7) Rua:

Ramiro Barcelos, 250

8) Bairro:

centro

9) CEP:

96540-000

10) CNPJ:

87.531.976/0001-79

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Lucieli Flores de Siqueira

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(55) 3265-3317

13) Horário de Funcionamento:

07:30 h às 11:30 h e 13:00 h às 17:00 h

Local de dispensação

14) Local de Dispensação :

Hospital Agudo.

Observação**16) Observação :**

O medicamento será recebido pela farmácia municipal e será enviado para o Hospital Agudo onde será devidamente dispensado.

Criação : 06/08/2020 14:21:09

Atualização : 06/08/2020 14:21:09

14)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

Patricia Bernardi Sassi

2) Função:

Coordenadora Assistencia Farmaceutica

3) Endereço eletrônico (e-mail):

assistenciafarmaceutica@smsbrusque.sc.gov.br

4) Telefone:

(47) 3255-6871

Dados do Município**5) Estado:**

Santa Catarina

6) Município:

Brusque

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

Benjamim Beber, 755

8) Bairro:

Nova Brasília

9) CEP:

88352-563

10) CNPJ:

11.188.015/0001-41

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Tereza Busnardo

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(47) 3351-2853

13) Horário de Funcionamento:

8 as 12 e 13 as 17

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

Centro de Triagem de Sintomáticos Respiratórios
Rua Gentil Batisti Archer, sn
Centro 2
CEP 88353-172

Observação**16) Observação :**

Local de Entrega:
Almoxarifado da Saude - Benjamim Beber, 755 - Nova Brasília

Criação : 06/08/2020 16:00:52

Atualização : 06/08/2020 16:00:52

15)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

Rafael Scheibel de Andrade

2) Função:

Diretor de Gabinete do Prefeito de Brusque-SC

3) Endereço eletrônico (e-mail):

rafael.gabinete@brusque.sc.gov.br

4) Telefone:

(47) 3251-1833

Dados do Município**5) Estado:**

Santa Catarina

6) Município:

Brusque

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

RUA PREFEITO GERMANO SCHAEFFER, 66

8) Bairro:

CENTRO 1

9) CEP:

88350-160

10) CNPJ:

11.188.015/0001-41

11) Nome do responsável pelo recebimento:

PATRICIA BERNARDI SASSI

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(47) 9960-96191

13) Horário de Funcionamento:

08:00 H ÀS 12:00 H E DAS 13:00 H ÀS 17:00 H

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

R. Pref. Germano Schaeffer, 66 - Centro 1, Brusque - SC, 88350-160
POLICLÍNICA CENTRAL
SEDE DA SECRETARIA DE SAÚDE DE BRUSQUE - SC

Observação**16) Observação :**

(47) 9913-59669 - LUIZ FANTINI - CONTATO SECUNDÁRIO
47 3255-6800 - TELEFONE DA SECRETARIA DE SAÚDE
47 3255-1833 - TELEFONE DA PREFEITURA DE BRUSQUE

Criação : 06/08/2020 19:43:18

Atualização : 06/08/2020 19:43:18

16)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

VIVIANE DRESCHER SOMAVILLA

2) Função:

FARMACÊUTICA

3) Endereço eletrônico (e-mail):

farmacia@pinhalgrande.rs.gov.br

4) Telefone:

(55) 3278-1135

Dados do Município**5) Estado:**

Rio Grande do Sul

6) Município:

Pinhal Grande

Endereço para Entrega do Medicamento

7) Rua:

AVENIDA INTEGRAÇÃO, 2691

8) Bairro:

INTEGRAÇÃO

9) CEP:

98150-000

10) CNPJ:

13.094.599/0001-11

11) Nome do responsável pelo recebimento:

VIVIANE DRESCHER SOMAVILLA

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(55) 9998-18850

13) Horário de Funcionamento:

9:00 AS 11:30 - 13:30 AS 17:30

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL - CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE.

Criação : 07/08/2020 09:26:13**Atualização :** 07/08/2020 09:26:13

17)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

Alline Souza Augusto Figueiredo

2) Função:

Farmacêutica

3) Endereço eletrônico (e-mail):

farmacia@ascurra.sc.gov.br

4) Telefone:

(47) 9910-40693

Dados do Município**5) Estado:**

Santa Catarina

6) Município:

Ascurra

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

de Lurdes, Nº 47

8) Bairro:

Tamanduá

9) CEP:

89138-000

10) CNPJ:

11.241.709/0001-03

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Alline Souza Augusto Figueiredo

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(47) 3308-3750

13) Horário de Funcionamento:

08:00 as 12:00 - 13:00 as 17:00

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

ESF Armando Zonta - Rua de Lurdes, Nº 47, Tamanduá, 89138-000 - Ascurra

Criação : 07/08/2020 13:28:49**Atualização :** 07/08/2020 13:28:49

18)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

Rubia G. Rachadel da Silva

2) Função:

Farmacêutica

3) Endereço eletrônico (e-mail):

farmaciaapiuna@yahoo.com

4) Telefone:

(47) 3353-2511

Dados do Município**5) Estado:**

Santa Catarina

6) Município:

Apiúna

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

Avenida Florianopolis, n 107

8) Bairro:

Centro

9) CEP:

89135-000

10) CNPJ:

11.195.905/0001-80

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Lilian Maria Vilain Oliveira

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(47) 3353-2511

13) Horário de Funcionamento:

08:00hs as 12:00hs / 13:00hs as 17:00hs

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

Farmácia de Atenção Basica da UBS - Centro

Farmacia de Atenção Básica da UBS - Subida

Observação**16) Observação :**

Estou de acordo em receber a medicação cloroquina 150mg.

Criação : 07/08/2020 13:39:53

Atualização : 07/08/2020 13:39:53

19)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

Carolina Bonotto Crestani

2) Função:

Farmacêutica

3) Endereço eletrônico (e-mail):

carol-bc@hotmail.com

4) Telefone:

(55) 9962-73235

Dados do Município

5) Estado:

Rio Grande do Sul

6) Município:

Mata

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

Rua General Osório, 208

8) Bairro:

Centro

9) CEP:

97410-000

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Edite

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(55) 9992-50115

13) Horário de Funcionamento:

Seg a sexta - parte da tarde

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

A dispensação ocorrerá conforme demanda dos pacientes, pela farmacêutica na Farmácia Hospitalar do referido Hospital.

Criação : 07/08/2020 14:16:13**Atualização :** 07/08/2020 14:16:13

20)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

Carolina Bonotto Crestani

2) Função:

Farmacêutica

3) Endereço eletrônico (e-mail):

carol-bc@hotmail.com

4) Telefone:

(55) 9962-73235

Dados do Município**5) Estado:**

Rio Grande do Sul

6) Município:

Mata

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

Rua General Osório, 208

8) Bairro:

Centro

9) CEP:

97410-000

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Edite

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(55) 9992-50115

13) Horário de Funcionamento:

Seg a sexta - parte da tarde

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

A dispensação ocorrerá conforme demanda dos pacientes, pela farmacêutica na Farmácia Hospitalar do referido Hospital.

Observação**16) Observação :**

CNPJ: 901404680001/74

Criação : 07/08/2020 14:18:14

Atualização : 07/08/2020 14:18:14

21)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

Rosecler Poleza Cirico

2) Função:

secretaria de saude

3) Endereço eletrônico (e-mail):

roseclerpolezacirico@hotmail.com

4) Telefone:

(47) 9995-8909

Dados do Município**5) Estado:**

Santa Catarina

6) Município:

Taió

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

coronel federsen

8) Bairro:

seminario

9) CEP:

89190-000

10) CNPJ:

11.433.441/0001-01

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Rosecler Poleza Cirico

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(47) 9995-88909

13) Horário de Funcionamento:

7.30 as 11.30 hs das 13.30 hs as 17.30 hs

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

SECRETARIA DE SAÚDE,.....Farmácia municipal.

Criação : 07/08/2020 14:31:47**Atualização :** 07/08/2020 14:31:47

22)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

CATIA PIOVESAN

2) Função:

FARMACEUTICA

3) Endereço eletrônico (e-mail):

CATIAPIOVESAN@YAHOO.COM.BR

4) Telefone:

(55) 3263-2572

Dados do Município**5) Estado:**

Rio Grande do Sul

6) Município:

Faxinal do Soturno

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

30 DE NOVENBRO

8) Bairro:

CENTRO

9) CEP:

97220-000

10) CNPJ:

88.488.341/0001-07

11) Nome do responsável pelo recebimento:

CATIA PIOVESAN OU MAILINE GERK

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(55) 3263-2572

13) Horário de Funcionamento:

DAS 07:30 AS 11:30 E DAS 13 AS 17HS

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE-FARMÁCIA MUNICIPAL

Criação : 07/08/2020 14:39:40**Atualização :** 07/08/2020 14:39:40

23)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

JANINE PETRUTES PALAGAR

2) Função:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO FIDÉLIS

3) Endereço eletrônico (e-mail):

sussf@gmail.com

4) Telefone:

(22) 9978-17704

Dados do Município**5) Estado:**

Rio de Janeiro

6) Município:

São Fidélis

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

DO SACRAMENTO, 291

8) Bairro:

CENTRO

9) CEP:

28400-000

10) CNPJ:

11.835.031/0001-89

11) Nome do responsável pelo recebimento:

ABDALLAH MORAMAD SLABY JUNIOR

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(22) 9994-95175

13) Horário de Funcionamento:

08H ÀS 17H

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

FARMÁCIA BÁSICA DO MUNICÍPIO, LOCALIZADA NO CENTRO DA CIDADE.

Criação : 10/08/2020 10:32:08**Atualização :** 10/08/2020 10:32:08**Enviar por Email**

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

Nome:*

Texto:

Email:*

**Enviar Email**

Cloroquina - Formulário



1)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

Rudney Rodrigue Vunção

2) Função:

Coordenador da Assistência Farmacêutica

3) Endereço eletrônico (e-mail):

farmaciacentral@novamutum.mt.gov.br

4) Telefone:

(65) 9960-78568

Dados do Município**5) Estado:**

Mato Grosso

6) Município:

Nova Mutum

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

Avenida das Seriemas, 1502 W

8) Bairro:

Bela Vista

9) CEP:

78450-000

10) CNPJ:

24.772.162/0001-06

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Elton Brayan de Sousa Soares

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(66) 9995-35623

13) Horário de Funcionamento:

07:00 às 11:00hs e das 13:00 às 17:00hs

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Observação**16) Observação :**

5.000 unidades.

Criação : 27/07/2020 11:37:32

Atualização : 27/07/2020 11:37:32

2)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica

1) Nome do Responsável pelo preenchimento:

Gilmar Cabral de Oliveira

2) Função:

Diretor Do Departamento De Saúde

3) Endereço eletrônico (e-mail):

saude@novalacerda.mt.gov.br

4) Telefone:

(65) 3259-4000

Dados do Município

5) Estado:

Mato Grosso

6) Município:

Nova Lacerda

Endereço para Entrega do Medicamento

7) Rua:

AV 16 DE JULHO

8) Bairro:

CENTRO

9) CEP:

78243-000

10) CNPJ:

01.614.519/0001-22

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Gilmar Cabral de Oliveira

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(65) 3259-4000

13) Horário de Funcionamento:

07:00-11:00 - 13:00-17:00

Declaração

15) De acordo com o recebimento?

Sim

Observação

16) Observação :

Se possível enviar um quantitativo maior da medicação, pois o mesmo será utilizado para tratamento precoce da infecção e outros casos em que o medico achar necessário. Desde já agradeço!! Obrigado!!!

Criação : 27/07/2020 11:44:35

Atualização : 27/07/2020 11:45:16

3)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica

1) Nome do Responsável pelo preenchimento:

João Paulo Filho

2) Função:

Farmacêutico

3) Endereço eletrônico (e-mail):

joaozinhoserva1808@gmail.com

4) Telefone:

(65) 9998-38044

Dados do Município

5) Estado:

Mato Grosso

6) Município:

Reserva do Cabaçal

Endereço para Entrega do Medicamento

7) Rua:

Av: José Leonidio Cesareo S/N

8) Bairro:

Jardim Atlanta

9) CEP:

78265-000

10) CNPJ:

01.367.788/0001-31

11) Nome do responsável pelo recebimento:

João Paulo Filho

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(65) 9998-38044

13) Horário de Funcionamento:

07:00 as 13:00

Declaração

15) De acordo com o recebimento?

Sim

Observação**16) Observação :**

fora desse horario me ligue que vou receber o medicamento.

Criação : 27/07/2020 12:44:53

Atualização : 27/07/2020 12:44:53

4)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

DIOVANA GODINHO

2) Função:

FARMACÊUTICA

3) Endereço eletrônico (e-mail):

farmacia@urubici.sc.gov.br

4) Telefone:

(49) 3278-5691

Dados do Município**5) Estado:**

Santa Catarina

6) Município:

Urubici

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

RUA CELESTE FRANCISCO GHIZONI

8) Bairro:

TRAÇADO

9) CEP:

88650-000

10) CNPJ:

12.488.175/0001-79

11) Nome do responsável pelo recebimento:

DIOVANA GODINHO

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(49) 3278-5691

13) Horário de Funcionamento:

08:00 AS 12:00 - 13:30 AS 17:00

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Observação**16) Observação :**

AGUARDAMOS RECEBIMENTO O MAIS BREVE POSSÍVEL

Criação : 27/07/2020 13:45:11

Atualização : 27/07/2020 13:45:11

5)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

Edemur Moralles Filho

2) Função:

Chefe Divisão Assistência Farmacêutica

3) Endereço eletrônico (e-mail):

edemurmf@htomail.com

4) Telefone:

(42) 3621-3702

Dados do Município**5) Estado:**

Paraná

6) Município:

Guarapuava

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

Av das Dálias, 200

8) Bairro:

Trígonon

9) CEP:

85012-110

10) CNPJ:

76.178.037/0001-76

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Edemur Moralles Filho

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(42) 9911-59128

13) Horário de Funcionamento:

08h às 12h

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Observação**16) Observação :**

Local para entrega do medicamento é anexo à sede da Secretaria Municipal de Saúde.

Criação : 27/07/2020 13:50:20**Atualização :** 27/07/2020 13:50:20

6)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

CRISOMAR VIEIRA DE CARVALHO

2) Função:

SECRETARIO MUNICIPAL DE SAUDE

3) Endereço eletrônico (e-mail):

secretariadesaude@feliznatal.mt.gov.br

4) Telefone:

(66) 9962-82281

Dados do Município**5) Estado:**

Mato Grosso

6) Município:

Feliz Natal

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

Avenida Dante Martins de Oliveira Nº 301 E

8) Bairro:

Centro

9) CEP:

78885-000

10) CNPJ:

01.614.088/0001-02

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Crisomar Vieira de Carvalho

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(66) 9962-82281

13) Horário de Funcionamento:

07:00 as 11:00 e das 13:00 as 17:00

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Observação**16) Observação :**

Declaro que estou de acordo com o recebimento do medicamento (Cloroquina) no quantitativo a ser disponibilizado pelo Ministério da Saúde e que o mesmo será utilizado no tratamento da COVID-19 conforme preconizado nas "ORIENTAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA MANUSEIO MEDICAMENTOSO PRECOCE DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DA COVID-19".

Criação : 27/07/2020 14:13:10**Atualização :** 27/07/2020 14:13:10

7)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

FABIANA FERREIRA

2) Função:

SECRETÁRIA DE SAÚDE

3) Endereço eletrônico (e-mail):

sms@curvelandia.mt.gov.br

4) Telefone:

(65) 3273-1205

Dados do Município**5) Estado:**

Mato Grosso

6) Município:

Curvelândia

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

AV BRASIL - S/N

8) Bairro:

CENTRO

9) CEP:

78237-000

10) CNPJ:

11.708.596/0001-03

11) Nome do responsável pelo recebimento:

MARLI SANCHEZ DA SILVA

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(65) 3273-1205

13) Horário de Funcionamento:

07:00 - 11:00 E DAS 13:00 - 17:00

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Observação**16) Observação :**

Sem observações

Criação : 27/07/2020 14:26:49**Atualização :** 27/07/2020 14:26:49

8)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

ANGELA RAMOS PEREIRA

2) Função:

ENFERMEIRA COORDENADORA ATENÇÃO BÁSICA

3) Endereço eletrônico (e-mail):

SAUDE@CLAUDIA.MT.GOV.BR

4) Telefone:

(66) 3546-1449

Dados do Município**5) Estado:**

Mato Grosso

6) Município:

Cláudia

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

AV MARECHAL CANDIDO RONDON

8) Bairro:

CENTRO

9) CEP:

78540-000

10) CNPJ:

01.310.499/0001-04

11) Nome do responsável pelo recebimento:

VITOR OSAKU

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(66) 9996-62586

13) Horário de Funcionamento:

07 AS 11 HS E DAS 13 AS 17 HS

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Observação**16) Observação :**

NÃ HA NECESSIDADE

Criação : 27/07/2020 14:52:17**Atualização :** 27/07/2020 14:52:17

9)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

VERONICA MALDONADO VIEIRA

2) Função:

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

3) Endereço eletrônico (e-mail):

saudelambari@hotmail.com

4) Telefone:

(65) 9960-84454

Dados do Município**5) Estado:**

Mato Grosso

6) Município:

Lambari D'Oeste

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

Rua 06 de setembro

8) Bairro:

Centro

9) CEP:

78278-000

10) CNPJ:

13.887.705/0001-14

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Denis Herbert de Andrade

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(65) 9992-91784

13) Horário de Funcionamento:

07h às 11 e das 13h às 17h

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Observação**16) Observação :**

O endereço de entrega possui funcionamento 24h, contudo poderá ser entregue ao profissional plantonistas em horários que o Farmacêutico Denis Herbert de Andrade não estiver em atendimento na unidade.

Criação : 27/07/2020 15:03:28**Atualização :** 27/07/2020 15:03:28

10)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

MARCO ANTONIO EBERT

2) Função:

COORDENADOR MEDICO

3) Endereço eletrônico (e-mail):

coordenacao.medica@bentogoncalves.rs.gov.br

4) Telefone:

(54) 3055-7332

Dados do Município**5) Estado:**

Rio Grande do Sul

6) Município:

Bento Gonçalves

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

GOIANIA, 590

8) Bairro:

BOTAFOGO

9) CEP:

95700-586

10) CNPJ:

87.849.923/0001-09

11) Nome do responsável pelo recebimento:

CAMILA MESQUITA WALLAUER

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(54) 3055-7262

13) Horário de Funcionamento:

7:30 11:00 AS 13:00 17:00

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Observação**16) Observação :**

FICAMOS À DISPOSIÇÃO.

COORDENAÇÃO MÉDICA- SMS

Criação : 27/07/2020 15:04:00**Atualização :** 27/07/2020 15:04:00

11)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

ERICA BETANIA COCENZO OLIONI

2) Função:

FARMACÊUTICA

3) Endereço eletrônico (e-mail):

indiavai@hotmail.com

4) Telefone:

(65) 9998-61466

Dados do Município**5) Estado:**

Mato Grosso

6) Município:

Indiavaí

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

avenida jaime campos

8) Bairro:

centro

9) CEP:

78295-000

10) CNPJ:

03.239.027/0001-20

11) Nome do responsável pelo recebimento:

ERICA BETANIA COSENZO OLIONI

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(65) 9998-61466

13) Horário de Funcionamento:

7:00-11:00/ 13:00-17:00 HRS

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Observação**16) Observação :**

AGUARDAMOS

Criação : 27/07/2020 15:14:37

Atualização : 27/07/2020 15:14:37

12)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

ELIEZEL LUIZ RAMOS URUGUAY

2) Função:

FARMACEUTICO

3) Endereço eletrônico (e-mail):

farmaciatrivelato@hotmail.com

4) Telefone:

(65) 3529-6246

Dados do Município**5) Estado:**

Mato Grosso

6) Município:

Santa Rita do Trivelato

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

RUA DA ARARA

8) Bairro:

CENTRO

9) CEP:

78453-000

10) CNPJ:

04.205.596/0001-17

11) Nome do responsável pelo recebimento:

ELIEZEL LUIZ RAMOS URUGUAY

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(65) 3529-6246

13) Horário de Funcionamento:

07 AS 11 E 13 AS 17

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Observação**16) Observação :**

FARMACIA MUNICIPAL

Criação : 27/07/2020 15:19:06**Atualização :** 27/07/2020 15:19:06

13)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

monica aline kerber neis

2) Função:

secretaria da saude

3) Endereço eletrônico (e-mail):

saude@brochier.rs.gov.br

4) Telefone:

(51) 3697-1496

Dados do Município**5) Estado:**

Rio Grande do Sul

6) Município:

Brochier

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

RICARDO HARTMANN, 116

8) Bairro:

CENTRO

9) CEP:

95790-000

10) CNPJ:

91.693.309/0001-60

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Deisi Grunvald

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(51) 3697-3073

13) Horário de Funcionamento:

8 as 17

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

posto de dispensação de medicamentos da secretaria de saude de brochier

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Observação**16) Observação :**

não ha

Criação : 27/07/2020 15:24:59**Atualização :** 27/07/2020 15:24:59

14)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

MARCOS ALEXANDRE DE FREITAS VIEIRA

2) Função:

FARMACEUTICO COORDENADOR

3) Endereço eletrônico (e-mail):

farmacia@vicoso.mg.gov.br

4) Telefone:

(31) 3891-2732

Dados do Município**5) Estado:**

Minas Gerais

6) Município:

Viçosa

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

rua maria geralda paranhos

8) Bairro:

centro

9) CEP:

36570-131

10) CNPJ:

18.132.449/0001-79

11) Nome do responsável pelo recebimento:

marcos alexandre de freitas vieira

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(31) 9961-10626

13) Horário de Funcionamento:

07:00 as 17:00

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

OS MEDICAMENTOS SERAO DISPENSADOS EM NOSSA UNIDADES DE FARMACIA DE MINAS

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Criação : 27/07/2020 15:32:06

Atualização : 27/07/2020 15:32:06

15)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

Stella Xavier Setter

2) Função:

Farmacêutica generalista

3) Endereço eletrônico (e-mail):

stella_setter@hotmail.com

4) Telefone:

(66) 9966-39585

Dados do Município**5) Estado:**

Mato Grosso

6) Município:

Nova Ubiratã

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

Rua Rene Murad, 141

8) Bairro:

Centro

9) CEP:

78888-800

10) CNPJ:

01.614.521/0001-00

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Stella Xavier Setter

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(66) 9966-39585

13) Horário de Funcionamento:

7h as 11h e das 13h as 17h

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

Farmácia Básica Municipal

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Observação**16) Observação :**

Desde já agradeço!!!

Criação : 27/07/2020 15:35:52**Atualização :** 27/07/2020 15:35:52

16)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica

1) Nome do Responsável pelo preenchimento:

CRISTINA HEMIELEVSKI DE SOUZA

2) Função:

FARMACÊUTICA

3) Endereço eletrônico (e-mail):

farmacia@lucasdorioverde.mt.gov.br

4) Telefone:

(65) 3548-2504

Dados do Município**5) Estado:**

Mato Grosso

6) Município:

Lucas do Rio Verde

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

Catuípe 1276-E

8) Bairro:

Cidade Nova

9) CEP:

78455-000

10) CNPJ:

24.772.246/0001-40

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Cristina Hemielevski de Souza

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(65) 9548-2579

13) Horário de Funcionamento:

07:00 às 11:00, das 13:00 às 17:00

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

Farmácia Central Lucas do Rio Verde e Farmácia Satélite I Amb. Centro Especialidades

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Criação : 27/07/2020 15:47:22**Atualização :** 27/07/2020 15:47:22

17)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

Maxsuel monaski

2) Função:

secretario de saúde

3) Endereço eletrônico (e-mail):

saude@mirassoldoeste.mt.gov.br

4) Telefone:

(65) 3241-1012

Dados do Município**5) Estado:**

Mato Grosso

6) Município:

Mirassol d'Oeste

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

RUA ANTONIO TAVARES N 3272

8) Bairro:

CENTRO

9) CEP:

78280-000

10) CNPJ:

03.755.477/0001-75

11) Nome do responsável pelo recebimento:

LEONICE PILAR

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(65) 9991-16009

13) Horário de Funcionamento:

7 AS 11 DAS 13 AS 17

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

FARMÁCIA BÁSICA

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Observação**16) Observação :**

TELEFONE DO SECRETARIO DE SAUDE MAXSUEL MONASKI 65 9 96329069
DPTO ADM 65 9 99934460 ANA PAULA

Criação : 27/07/2020 15:53:18

Atualização : 27/07/2020 15:53:18

18)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica

1) Nome do Responsável pelo preenchimento:

Mauto Teixeira Espindola

2) Função:

Coordenador Municipal de Saude

3) Endereço eletrônico (e-mail):

profmautoespindola@hotmail.com

4) Telefone:

(65) 9961-82159

Dados do Município

5) Estado:

Mato Grosso

6) Município:

Salto do Céu

Endereço para Entrega do Medicamento

7) Rua:

MATO GROSSO SN

8) Bairro:

CENTRO

9) CEP:

78270-000

10) CNPJ:

14.014.083/0001-82

11) Nome do responsável pelo recebimento:

MAUTO TEIXEIRA ESPINDOLA

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(65) 9961-82159

13) Horário de Funcionamento:

07:00 AS 11:00 13:00 AS 17:00

Local de dispensação

14) Local de Dispensação :

FARMACIA BASICA MUNICIPAL DE SALTO DO CEU

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Criação : 27/07/2020 15:57:16**Atualização :** 27/07/2020 15:57:16

19)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

Gisely Aparecida Medeiros de Lima

2) Função:

Farmacêutica do município

3) Endereço eletrônico (e-mail):

fac.ara@hotmail.com

4) Telefone:

(65) 3261-1952

Dados do Município**5) Estado:**

Mato Grosso

6) Município:

Araputanga

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

Arthur Francisco Xavier 651

8) Bairro:

Centro

9) CEP:

78260-000

10) CNPJ:

15.023.914/0001-45

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Gisely Aparecida Medeiros de Lima

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(65) 9969-12098

13) Horário de Funcionamento:

7:00 as 11:00 e 13:00 as 17:00

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

Farmácia Pública de Araputanga, que se localiza na área interna da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Araputanga. Rua Arthur Francisco Xavier Nº651 Centro

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Observação**16) Observação :**

Gostaria de saber se poderemos fazer nova solicitação caso continuemos com numero crescente de casos positivos.
Grata
Gisely Apª M. de Lima CRF-1716

Criação : 27/07/2020 16:14:04

Atualização : 27/07/2020 16:14:04

20)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

MARCO ANTONIO NORBERTO FELIE

2) Função:

SECRETARIO MUNICIPAL DE SAUDE

3) Endereço eletrônico (e-mail):

secmarcofelipe@gmail.com

4) Telefone:

(66) 9608-2022

Dados do Município**5) Estado:**

Mato Grosso

6) Município:

Tapurah

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

AMAZONAS 327

8) Bairro:

centro

9) CEP:

78573-000

10) CNPJ:

24.772.253/0001-41

11) Nome do responsável pelo recebimento:

MARCO ANTONIO NORBERTO FELIPE

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(66) 9608-2022

13) Horário de Funcionamento:

07:00 AS 17:00

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**FARMÁCIA MUNICIPAL CNES 9107851
HOSPITAL MUNICIPAL CNES 2398400**Declaração****15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Criação : 27/07/2020 16:14:50**Atualização :** 27/07/2020 16:14:50

21)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

HERCULIS ALBERTINI VENTURELLI

2) Função:

COORDENADOR DE SAÚDE

3) Endereço eletrônico (e-mail):

herculis_albertini@hotmail.com

4) Telefone:

(65) 9961-51567

Dados do Município**5) Estado:**

Mato Grosso

6) Município:

Porto Esperidião

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

Av 13 de Maio, S/N

8) Bairro:

Centro

9) CEP:

78240-000

10) CNPJ:

03.238.904/0001-48

11) Nome do responsável pelo recebimento:

HERCULIS ALBERTINI VENTURELLI

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(65) 9961-51567

13) Horário de Funcionamento:

07:00 AS 11:00 e 13:00 AS 17:00

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

FARMÁCIA MUNICIPAL DR ADRIANO ALVES ZUNTINI

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Criação : 27/07/2020 16:20:09

Atualização : 27/07/2020 16:20:09

22)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

JESSICA CAVALCANTE DE SOUZA

2) Função:

FARMACEUTICA

3) Endereço eletrônico (e-mail):

jessyakavalkante@hotmail.com

4) Telefone:

(62) 9854-17853

Dados do Município**5) Estado:**

Goiás

6) Município:

Porangatu

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

AVENIDA RUI BARBOSA S/N

8) Bairro:

SETOR SANTA LUZIA

9) CEP:

76550-000

10) CNPJ:

11.113.201/0001-11

11) Nome do responsável pelo recebimento:

JESSICA CAVALCANTE DE SOUZA

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(62) 9854-17853

13) Horário de Funcionamento:

08:00 ÀS 17:00

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**O MEDICAMENTO REQUERIDO SERÁ DISPENSADO NO HCAMP
HOSPITAL DE CAMPANHA DA COVID 19 UNIDADE PORANGATU-GO**Declaração****15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Criação : 27/07/2020 17:32:01**Atualização :** 27/07/2020 17:32:01

23)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

HUGO CUNHA SOUSA

2) Função:

SECRETARIO MUNICIPAL DE SAUDE

3) Endereço eletrônico (e-mail):

hcsfarma@gmail.com

4) Telefone:

(77) 9811-81113

Dados do Município**5) Estado:**

Bahia

6) Município:

Itapetinga

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

PRAÇA DAIRY VALLEY, 11. SEGUNDO ANDAR.

8) Bairro:

CENTRO

9) CEP:

45700-000

10) CNPJ:

11.068.339/0001-46

11) Nome do responsável pelo recebimento:

HUGO CUNHA SOUSA

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(77) 9811-81113

13) Horário de Funcionamento:

08:00 AS 12:00. 14:00 AS 17:00

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

AMBULATÓRIO. AV POMPÍLIO ESPINHEIRA, 322. CENTRO. ITAPETINGA - BA.
UNIDADE RETAGUARDA PARA COVID-19. TV 24, S/N. BAIRRO 12 DE DEZEMBRO. ITAPETINGA-BA

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Observação**16) Observação :**

AMBULATÓRIO MÉDICO. MONTADO EM ESTRUTURA CONVENCIONAL. CONTA COM DOIS CONSULTÓRIOS PARA ATENDIMENTO DE PACIENTES NOS PRIMEIROS DIAS DOS SINTOMAS. SERÁ FORNECIDA JUNTAMENTE COM IVERMECTINA, AZITROMICINA, COMPLEXO VITAMÍNICO (QUELATO DE ZINCO, VITAMINA C, VITAMINA D). UNIDADE RETAGUARDA MONTADA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE. CONTA COM 20 LEITOS PARA PACIENTES LEVES E MODERADOS.

Criação : 27/07/2020 17:38:49

Atualização : 27/07/2020 17:38:49

24)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

silvana amria de souza

2) Função:

secretária municipal de saúde

3) Endereço eletrônico (e-mail):

gab.smscac@gmail.com

4) Telefone:

(65) 3223-1908

Dados do Município

5) Estado:

Mato Grosso

6) Município:

Cáceres

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

avenida getulio vargas

8) Bairro:

centro operacional de cáceres -COC ao lado da policia federal

9) CEP:

78200-000

10) CNPJ:

03.214.145/0001-83

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Farmacêutica Flavia Ojeda

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(65) 9934-73163

13) Horário de Funcionamento:

07:30 às 17:30

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

Centro Referencial de Saúde -Postão

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Criação : 27/07/2020 18:39:31**Atualização :** 27/07/2020 18:39:31

25)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

Elisa Maria Diniz

2) Função:

Secretaria de Saúde

3) Endereço eletrônico (e-mail):

sec.saude@itanhanga.mt.gov.br

4) Telefone:

(66) 9846-71196

Dados do Município**5) Estado:**

Mato Grosso

6) Município:

Itanhangá

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

Avenida Santa Catarina

8) Bairro:

Centro

9) CEP:

78579-000

10) CNPJ:

07.209.225/0001-00

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Elisa Maria Diniz

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(66) 9846-71196

13) Horário de Funcionamento:

07:00 as 11:00 e 13:00 as 17:00

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

será dispensado nos PSFs e Centro Integrado de Saúde somente por prescrição médica

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Criação : 27/07/2020 19:11:50**Atualização :** 27/07/2020 19:11:50

26)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

ARLETE MARA DINIZ PINTO

2) Função:

DIRETORA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

3) Endereço eletrônico (e-mail):

sms@riogrande.rs.gov.br

4) Telefone:

(53) 3237-4209

Dados do Município**5) Estado:**

Rio Grande do Sul

6) Município:

Rio Grande

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

ALMIRANTE BARROSO Nº 083

8) Bairro:

CENTRO

9) CEP:

96201-001

10) CNPJ:

88.566.872/0001-62

11) Nome do responsável pelo recebimento:

CLAUDIA ELIS BARTOLO

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(53) 3233-8492

13) Horário de Funcionamento:

DAS 08:00H ÀS 17:00H

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

FARMÁCIAS MUNICIPAIS

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Criação : 27/07/2020 20:38:29

Atualização : 27/07/2020 20:38:29

27)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

Luciana Serafim da Silva

2) Função:

Farmacêutica

3) Endereço eletrônico (e-mail):

smsjaurumt@hotmail.com

4) Telefone:

(65) 3244-1691

Dados do Município**5) Estado:**

Mato Grosso

6) Município:

Jauru

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

Rua Marechal Deodoro, 804

8) Bairro:

centro

9) CEP:

78255-000

10) CNPJ:

14.168.593/0001-04

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Luciana Serafim da Silva

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(65) 9993-88821

13) Horário de Funcionamento:

das 07:00 as 17:00

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

Farmácia Municipal

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Criação : 27/07/2020 22:18:10

Atualização : 27/07/2020 22:18:10

28)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

JOSE WALTER MARQUES FARIA

2) Função:

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAUDE

3) Endereço eletrônico (e-mail):

smsluz2020@gmail.com

4) Telefone:

(61) 9559-1951

Dados do Município

5) Estado:

Goiás

6) Município:

Luziânia

Endereço para Entrega do Medicamento

7) Rua:

Prof. Artur Roriz , s/n

8) Bairro:

setor aeroporto

9) CEP:

72800-400

10) CNPJ:

07.556.717/0001-63

11) Nome do responsável pelo recebimento:

JOSE WALTER MARQUES FARIA

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(61) 9559-1951

13) Horário de Funcionamento:

08:00 AS 11:30 E 14:00 AS 17:00

Local de dispensação

14) Local de Dispensação :

PRONTO SOCORRO COVID - HOSPITAL REGIONAL DO JARDIM DO INGÁ

Declaração

15) De acordo com o recebimento?

Sim

Criação : 28/07/2020 08:04:48

Atualização : 28/07/2020 08:04:48

29)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica

1) Nome do Responsável pelo preenchimento:

LISIANE VIEIRA PALUDETTI

2) Função:

Farmaceutica

3) Endereço eletrônico (e-mail):

smsgloriadoeste@hotmail.com

4) Telefone:

(65) 9998-39700

Dados do Município**5) Estado:**

Mato Grosso

6) Município:

Glória D'Oeste

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

Jose Marquioreto

8) Bairro:

Jose Bejo

9) CEP:

78293-000

10) CNPJ:

14.320.209/0001-47

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Daiane da Silva Teodoro

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(65) 9992-92966

13) Horário de Funcionamento:

07:00 as 17:00

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

PSF I

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Criação : 28/07/2020 08:30:14

Atualização : 28/07/2020 08:30:14

30)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

GIULIANO REZENDE OLIVEIRA

2) Função:

FARMACÊUTICO

3) Endereço eletrônico (e-mail):

GIUREZENDEOLIVEIRA@HOTMAIL.COM

4) Telefone:

(65) 9843-51502

Dados do Município**5) Estado:**

Mato Grosso

6) Município:

Figueirópolis D'Oeste

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

RUA ALAGOAS

8) Bairro:

CENTRO

9) CEP:

78290-000

10) CNPJ:

01.367.762/0001-93

11) Nome do responsável pelo recebimento:

GIULIANO REZENDE OLIVEIRA

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(65) 9843-51502

13) Horário de Funcionamento:

07:00 - 11:00 - 13:00 - 17:00

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

FARMÁCIA BÁSICA DO MUNICÍPIO FIGUEIRÓPOLIS D'OESTE - MT

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Observação**16) Observação :**

medicamentos será somente entregue com a presença do Farmacêutico Responsável.

Criação : 28/07/2020 08:54:37

Atualização : 28/07/2020 08:54:37

31)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica

1) Nome do Responsável pelo preenchimento:

luciene lopes de souza

2) Função:

gerente da atenção básica (Enfermeira)

3) Endereço eletrônico (e-mail):

lucyene_souza@outlook.com

4) Telefone:

(66) 3542-1056

Dados do Município

5) Estado:

Mato Grosso

6) Município:

Rondolândia

Endereço para Entrega do Medicamento

7) Rua:

rua rio madeirinha

8) Bairro:

centro

9) CEP:

78338-000

10) CNPJ:

13.150.233/0001-12

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Marcelo

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(66) 9840-98468

13) Horário de Funcionamento:

07:00 as 11:00 13:00 as 17:00 seg/segunda

Local de dispensação

14) Local de Dispensação :

Farmácia municipal.

Declaração

15) De acordo com o recebimento?

Sim

Criação : 28/07/2020 09:05:10**Atualização :** 28/07/2020 09:05:10

32)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

Márcia Ebbing Eckert

2) Função:

Secretária da Saúde

3) Endereço eletrônico (e-mail):

maebbing@hotmail.com

4) Telefone:

(51) 9925-80030

Dados do Município**5) Estado:**

Rio Grande do Sul

6) Município:

Salvador do Sul

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

Av. Duque de Caxias,03

8) Bairro:

Centro

9) CEP:

95750-000

10) CNPJ:

11.856.303/0001-27

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Márcia Ebbing Eckert

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(51) 9925-80030

13) Horário de Funcionamento:

8h às 12h / 13h às 17h

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

Farmácia da Unidade Básica de Saúde

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Criação : 28/07/2020 09:07:41

Atualização : 28/07/2020 09:07:41

33)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

Gisele Adriana Schneider

2) Função:

Agente Administrativo Auxiliar

3) Endereço eletrônico (e-mail):

saude@marata.rs.gov.br

4) Telefone:

(51) 3614-4151

Dados do Município**5) Estado:**

Rio Grande do Sul

6) Município:

Maratá

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

Rua Theodoro Schrammel

8) Bairro:

Centro

9) CEP:

95793-000

10) CNPJ:

93.235.943/0001-84

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Lais Flores Severo Guthoft

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(51) 9969-40190

13) Horário de Funcionamento:

08:00-11:30 e 12:00-17:00

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

Farmácia Centro Municipal de Saúde.

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Criação : 28/07/2020 09:09:08

Atualização : 28/07/2020 09:09:08

34)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

Cristiano Matos

2) Função:

Assessor da Secretaria de Saúde

3) Endereço eletrônico (e-mail):

gsmsjequie@gmail.com

4) Telefone:

(71) 9937-47916

Dados do Município**5) Estado:**

Bahia

6) Município:

Jequié

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

Rua Valdelino Barreto, S/N

8) Bairro:

Centro

9) CEP:

45200-590

10) CNPJ:

09.436.466/0001-09

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Cristiano Matos

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(71) 9937-47916

13) Horário de Funcionamento:

08:00 as 17:00

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

Centro de Triagem e Atendimento Covid, Unidades de Atendimento Especializado.

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Observação**16) Observação :**

O endereço de entrega refere a Secretaria Municipal de Saúde.

Criação : 28/07/2020 09:43:09

Atualização : 28/07/2020 09:43:09

35)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

Estephania Martins Silva

2) Função:

Farmacêutica

3) Endereço eletrônico (e-mail):

esthephannya@hotmail.com

4) Telefone:

(65) 9943-9285

Dados do Município**5) Estado:**

Mato Grosso

6) Município:

Vila Bela da Santíssima Trindade

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

travessa do palacio

8) Bairro:

centro

9) CEP:

78245-000

10) CNPJ:

11.540.349/0001-32

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Estephania Martins Silva

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(65) 9943-9285

13) Horário de Funcionamento:

07:00 as 11:00 e 13:00 as 17:00

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

Farmácia Central.

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Observação**16) Observação :**

Faz se necessário esta ajuda , devido ao o município de Vila Bela da Santíssima Trindade estar com classificação ALTA em números de casos de covid-19

Criação : 28/07/2020 10:42:37

Atualização : 28/07/2020 10:42:37

36)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

Débora Luiza Fernandes Santos

2) Função:

Coordenadora da CAF

3) Endereço eletrônico (e-mail):

debora_lfernandess@hotmail.com

4) Telefone:

(82) 9992-22964

Dados do Município**5) Estado:**

Alagoas

6) Município:

Arapiraca

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

Maria Menila Vieira, 159

8) Bairro:

Centro

9) CEP:

57250-000

10) CNPJ:

19.296.278/0001-86

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Débora Luiza Fernandes Santos

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(82) 3275-1114

13) Horário de Funcionamento:

07:30 as 12:00 e das 13:00 as 16:00 horas

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

Polo de Atendimento Regional da COVID-19

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Criação : 28/07/2020 11:58:34

Atualização : 28/07/2020 11:58:34

37)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

Fabio Henrique Carraro

2) Função:

Farmacêutico

3) Endereço eletrônico (e-mail):

fcarraro86@hotmail.com

4) Telefone:

(65) 9992-59522

Dados do Município**5) Estado:**

Mato Grosso

6) Município:

Comodoro

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

Av. Prefeito Valdez Mazutti

8) Bairro:

Centro

9) CEP:

78310-000

10) CNPJ:

01.367.853/0001-29

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Fabio Henrique Carraro

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(65) 3283-2402

13) Horário de Funcionamento:

07:00 as 13:00

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

Farmácia Básica Municipal

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Observação**16) Observação :**

Gostaria de aproveitar a oportunidade para solicitar não mais que 1200 comprimidos.

Criação : 28/07/2020 12:02:26

Atualização : 28/07/2020 12:02:26

38)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

Daniele Cavalheiro de Oliveria Zampar

2) Função:

Farmacêutica

3) Endereço eletrônico (e-mail):

daniele.zampar@saude.londrina.pr.gov.br

4) Telefone:

(43) 3372-9414

Dados do Município**5) Estado:**

Paraná

6) Município:

Londrina

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

Rua Amapá

8) Bairro:

Flipin

9) CEP:

86026-440

10) CNPJ:

11.323.261/0001-69

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Carolina Monteiro Laba Vasquez

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(43) 3372-9462

13) Horário de Funcionamento:

07 às 17:00

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

UPA Sabará - Av Arthur Tomas, 2390 Londrina PR

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Criação : 28/07/2020 12:04:59

Atualização : 28/07/2020 12:04:59

39)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

Rayane Alves Pereira

2) Função:

Secretária de Saúde

3) Endereço eletrônico (e-mail):

saudevsd@gmail.com

4) Telefone:

(65) 9997-44957

Dados do Município**5) Estado:**

Mato Grosso

6) Município:

Vale de São Domingos

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

maria do carmo

8) Bairro:

Centro

9) CEP:

78253-000

10) CNPJ:

04.215.993/0001-70

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Rayane Alves Pereira

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(65) 9997-44947

13) Horário de Funcionamento:

07 as 11

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

Farmácia Municipal

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Criação : 28/07/2020 13:08:56**Atualização :** 28/07/2020 13:08:56

40)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

Vanessa Kerber

2) Função:

Farmacêutica

3) Endereço eletrônico (e-mail):

vanessa.kerber@montenegro.rs.gov.br

4) Telefone:

(51) 3632-5578

Dados do Município**5) Estado:**

Rio Grande do Sul

6) Município:

Montenegro

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

Rua Campos Neto 177

8) Bairro:

Timbaúva

9) CEP:

95780-000

10) CNPJ:

90.895.905/0001-60

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Vanessa Kerber

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(51) 3632-5578

13) Horário de Funcionamento:

08:00 às 17:00

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

Farmácia Básica Municipal da SMS

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Criação : 28/07/2020 13:51:20**Atualização :** 28/07/2020 13:51:20

41)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

THAIS EMANUELLY RIBEIRO DOS SANTOS

2) Função:

ENFERMEIRA

3) Endereço eletrônico (e-mail):

saude@avelinopolis.go.gov.br

4) Telefone:

(64) 3555-1227

Dados do Município**5) Estado:**

Goiás

6) Município:

Avelinópolis

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

Avenida Anicuns

8) Bairro:

Centro

9) CEP:

74395-000

10) CNPJ:

01.215.839/0001-00

11) Nome do responsável pelo recebimento:

THAIS EMANUELLY RIBEIRO DOS SANTOS

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(62) 8591-5031

13) Horário de Funcionamento:

07:00 AS 17:00

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE E HOSPITAL MUNICIPAL

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Criação : 28/07/2020 14:09:30**Atualização :** 28/07/2020 14:09:30

42)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

Vanessa Rodrigues de Carvalho

2) Função:

Farmacêutica

3) Endereço eletrônico (e-mail):

vanessarc87@gmail.com

4) Telefone:

(62) 9858-16375

Dados do Município**5) Estado:**

Goiás

6) Município:

Trindade

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

Avenida Marinho de Melo Filho nº 41 QD 23 LT15

8) Bairro:

Setor Cristina II

9) CEP:

75389-123

10) CNPJ:

01.217.538/0001-15

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Izabella Fernandes Paes

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(62) 9857-87374

13) Horário de Funcionamento:

08:00-12:00 e 13:00-17:00

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**Hospital de campanha Cristina 24h
(Hcamp Cristina)**Declaração****15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Criação : 28/07/2020 15:20:54

Atualização : 28/07/2020 15:20:54

43)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

RUTÍLIO EUGÊNIO CAVALCANTI NETO

2) Função:

GESTOR MUNICIPAL

3) Endereço eletrônico (e-mail):

saude@urucuia.mg.gov.br

4) Telefone:

(38) 3634-9099

Dados do Município**5) Estado:**

Minas Gerais

6) Município:

Urucuia

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

Av. Américo Martins nº 23

8) Bairro:

Centro

9) CEP:

38649-000

10) CNPJ:

25.223.850/0001-80

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Grasiela Bessa Marques de Barros

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(38) 9993-00850

13) Horário de Funcionamento:

7:00 às 17:00

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

Farmácia Básica Municipal Localizada á Avenida Américo Martins nº 55 Bairro Centro

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Criação : 28/07/2020 15:31:56**Atualização :** 28/07/2020 15:31:56

44)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica

1) Nome do Responsável pelo preenchimento:

Ramona Cerqueira

2) Função:

Secretária Municipal de Saúde

3) Endereço eletrônico (e-mail):

coaf.vitoriaconquista@gmail.com

4) Telefone:

(77) 3429-7408

Dados do Município**5) Estado:**

Bahia

6) Município:

Vitória da Conquista

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

AV FELIPINAS, 269

8) Bairro:

Jurema

9) CEP:

45023-320

10) CNPJ:

34.308.797/0001-00

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Naira Ribeiro (responsável pela CAF)

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(77) 3422-8260

13) Horário de Funcionamento:

8:00 ÀS 12 E DE 14 AS 17H

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

CENTRO DE ATENCAO MUNICIPAL CORONAVIRUS COVID 19, CNES 0127833. Sob responsabilidade do Farmacêutico Felipe Bittencout e Gerald Saraiva de Sordi

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Criação : 28/07/2020 16:32:53**Atualização :** 28/07/2020 16:32:53

45)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

Talita Maria Bengozi Gozi

2) Função:

enfermeira

3) Endereço eletrônico (e-mail):

planeja.saude@cambe.pr.gov.br

4) Telefone:

(43) 3174-0222

Dados do Município**5) Estado:**

Paraná

6) Município:

Cambé

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

Av. Inglaterra 1144

8) Bairro:

Centro

9) CEP:

86181-000

10) CNPJ:

09.406.126/0001-35

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Dayse Grades

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(43) 3174-0243

13) Horário de Funcionamento:

8 - 17h

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

Farmácia Municipal - Av. Inglaterra 1144

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Observação

16) Observação :

--

Criação : 28/07/2020 17:50:46**Atualização :** 28/07/2020 17:50:46

46)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

DIÓGENES MARCONDES

2) Função:

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

3) Endereço eletrônico (e-mail):

saudevarzeagrande@gmail.com

4) Telefone:

(65) 9920-22040

Dados do Município**5) Estado:**

Mato Grosso

6) Município:

Várzea Grande

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

AVENIDA DA FEB

8) Bairro:

PONTE NOVA

9) CEP:

78115-904

10) CNPJ:

11.364.895/0001-60

11) Nome do responsável pelo recebimento:

ANDREIA REGINA VRECH COELHO

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(65) 9967-5831

13) Horário de Funcionamento:

07H AS 17H

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

UPA IPASE, UPA CRISTO REI, PRONTO SOCORRO

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Criação : 28/07/2020 20:08:34**Atualização** : 28/07/2020 20:08:34

47)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

Lucilene Roveda

2) Função:

Secretária Municipal de Saúde

3) Endereço eletrônico (e-mail):

saude@capeladesantana.rs.gov.br

4) Telefone:

(51) 3698-1155

Dados do Município**5) Estado:**

Rio Grande do Sul

6) Município:

Capela de Santana

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

Avenida Coronel Orestes Lucas, 2335

8) Bairro:

Vila Nova

9) CEP:

95745-000

10) CNPJ:

92.122.720/0001-48

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Lucilene Roveda

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(51) 3698-1155

13) Horário de Funcionamento:

07:30 às 13:30

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

Farmácia Municipal

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Criação : 29/07/2020 07:48:57

Atualização : 29/07/2020 07:48:57

48)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

Christiane Ramos e Ramos

2) Função:

Farmacêutica

3) Endereço eletrônico (e-mail):

israelelaura2009@hotmail.com

4) Telefone:

(34) 9881-04382

Dados do Município**5) Estado:**

Minas Gerais

6) Município:

Douradoquara

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

Travessa Assunção, 65

8) Bairro:

Centro

9) CEP:

38530-000

10) CNPJ:

18.158.261/0001-08

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Christiane Ramos e Ramos

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(34) 9881-04382

13) Horário de Funcionamento:

08 às 16

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

Farmácia de Todos de Douradoquara

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Observação**16) Observação :**

Horário de almoço das 11:00 às 13:00

Criação : 29/07/2020 10:33:11**Atualização :** 29/07/2020 10:33:11

49)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

DANIELLE REGINA TEBALDI RODRIGUES

2) Função:

FARMACEUTICA

3) Endereço eletrônico (e-mail):

dani_tebaldi@hotmail.com

4) Telefone:

(66) 9812-33460

Dados do Município**5) Estado:**

Mato Grosso

6) Município:

Nova Maringá

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

rua getulio vargas

8) Bairro:

jardim america

9) CEP:

78445-000

10) CNPJ:

37.464.831/0001-24

11) Nome do responsável pelo recebimento:

DANIELLE REGINA TEBALDI RODRIGUES

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(66) 9812-33460

13) Horário de Funcionamento:

7 AS 13hs

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

Farmacia municipal de nova maringa-mt

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Observação**16) Observação :**

n/c

Criação : 29/07/2020 11:33:05

Atualização : 29/07/2020 11:33:05

50)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

Ana Lucia Ribeiro Walker

2) Função:

Assistente Social

3) Endereço eletrônico (e-mail):

aninha_cba@hotmail.com

4) Telefone:

(66) 3562-1259

Dados do Município**5) Estado:**

Mato Grosso

6) Município:

Santa Carmem

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

rua Raposo Tavares

8) Bairro:

centro

9) CEP:

78545-000

10) CNPJ:

13.022.743/0001-04

11) Nome do responsável pelo recebimento:

ANA LUCIA RIBEIRO WALKER

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(66) 3562-1259

13) Horário de Funcionamento:

07:00 AS 11:00 E 13:00 AS 17:00

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

FARMACIA MUNICIPAL

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Criação : 29/07/2020 12:03:59

Atualização : 29/07/2020 12:03:59

51)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

Léia Costa Menezes Leite

2) Função:

Secretaria Municipal de Saúde

3) Endereço eletrônico (e-mail):

saude@riachinho.mg.gov.br

4) Telefone:

(38) 9967-9850

Dados do Município**5) Estado:**

Minas Gerais

6) Município:

Riachinho

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

Rodovia Garapuava KM 72

8) Bairro:

Rodovia

9) CEP:

38640-000

10) CNPJ:

25.222.118/0001-95

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Léia Costa Menezes Leite

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(38) 9967-9850

13) Horário de Funcionamento:

07:00 às 11:00 hs e 13:00 às 17:00hs

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

Nas Unidades Básicas de Saúde, por profissionais médicos das ESF e também no Centro de atendimento para Enfrentamento da COVID-19, sempre com prescrição médica.

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Observação**16) Observação :**

e-mail: saude@riachinho.mg.gov.br
leiacostamenezesleite@gmail.com

Criação : 29/07/2020 12:28:41

Atualização : 29/07/2020 12:28:41

52)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

SHEILA GEHLEN DE CARVALHO

2) Função:

AGENTE ADMINISTRATIVO

3) Endereço eletrônico (e-mail):

saude1@harmonia.rs.gov.br

4) Telefone:

(51) 9583-1636

Dados do Município

5) Estado:

Rio Grande do Sul

6) Município:

Harmonia

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

25 DE JULHO NÚMERO 970

8) Bairro:

CENTRO

9) CEP:

95785-000

10) CNPJ:

91.693.283/0001-50

11) Nome do responsável pelo recebimento:

JOSÉ ROBERTO ROSA DOS SANTOS

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(51) 9994-1982

13) Horário de Funcionamento:

08:00 ÀS 11:30 DAS 13:30 ÀS 20:00

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

NA USR (UNIDADE DE SINTOMAS RESPIRATÓRIOS) QUE FICA ANEXA AO CENTRO DE SAÚDE DE HARMONIA.

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Criação : 29/07/2020 12:48:38**Atualização :** 29/07/2020 12:48:38

53)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

FRANCISCO XAVIER DIAS NETO

2) Função:

COORDENADOR DE GESTÃO E PLANEJAMENTO

3) Endereço eletrônico (e-mail):

smsanicuns@gmail.com

4) Telefone:

(62) 9814-37786

Dados do Município**5) Estado:**

Goiás

6) Município:

Anicuns

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

RUA MAL FLORIANO PEIXOTO ESQUINA COM JOSÉ BENEDITO

8) Bairro:

CENTRO

9) CEP:

76160-000

10) CNPJ:

03.587.269/0001-04

11) Nome do responsável pelo recebimento:

DANUSA SILVA MENDANHA

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(64) 9200-6754

13) Horário de Funcionamento:

07:00 ÀS 19:00 hs

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

CENTRO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE E ENFRENTAMENTO DA COVID 19 (CEAPEC)

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Criação : 29/07/2020 14:09:03**Atualização :** 29/07/2020 14:09:03

54)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

SOLANGE APARECIDA BITENCOURT SCHLICHTING

2) Função:

PREFEITA MUNICIPAL

3) Endereço eletrônico (e-mail):

chica@saletе.sc.gov.br

4) Telefone:

(47) 3563-0266

Dados do Município**5) Estado:**

Santa Catarina

6) Município:

Salete

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

DO SANTUÁRIO, 162

8) Bairro:

CENTRO

9) CEP:

89196-000

10) CNPJ:

83.102.723/0001-29

11) Nome do responsável pelo recebimento:

SOLANGE APARECIDA BITENCOURT SCHLICHTING

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(47) 3563-0266

13) Horário de Funcionamento:

8:00 ÀS 12:00 E DAS 13:30 AS 17:00

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

FARMACIA PÚBLICA MUNICIPAL

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Criação : 29/07/2020 17:00:55

Atualização : 29/07/2020 17:00:55

55)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

Lucinéia Largura Vendramini

2) Função:

Coordenadora da Política Municipal de Medicamentos e Assistência Farmacêutica

3) Endereço eletrônico (e-mail):

coordenacaomedicamentos@blumenau.sc.gov.br

4) Telefone:

(47) 3381-6023

Dados do Município**5) Estado:**

Santa Catarina

6) Município:

Blumenau

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

Rua Dr Pedro Zimmermann, nº 3965

8) Bairro:

Bairro Itoupava Central

9) CEP:

89066-100

10) CNPJ:

07.821.223/0001-69

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Daniela Sackl

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(47) 3338-2575

13) Horário de Funcionamento:

De 8h a 11h30min e das 13h30min a 16h30min

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

Policlínica de Especialidades Lindolf Bell

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Observação**16) Observação :**

Preenchi o formulário e enviei dia 28/07 as 11:40, aproximadamente.
Favor agendar horário de entrega pelo e-mail sincros.agenda@sincros.com.br ou pelo telefone 47 3338-2575

Criação : 30/07/2020 16:04:14

Atualização : 30/07/2020 16:04:14

56)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica**1) Nome do Responsável pelo preenchimento:**

Débora Luiza Fernandes Santos

2) Função:

Coordenadora da CAF

3) Endereço eletrônico (e-mail):

debora_lfernandess@hotmail.com

4) Telefone:

(82) 9992-22964

Dados do Município**5) Estado:**

Alagoas

6) Município:

Campo Alegre

Endereço para Entrega do Medicamento**7) Rua:**

Maria Menila Vieira, 159

8) Bairro:

Centro

9) CEP:

57250-000

10) CNPJ:

19.296.278/0001-86

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Débora Luiza Fernandes Santos

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(82) 9992-22964

13) Horário de Funcionamento:

7:30 as 12:00 e 13:00 as 16:00

Local de dispensação**14) Local de Dispensação :**

Polo de Atendimento Regional a Covid-19

Declaração**15) De acordo com o recebimento?**

Sim

Criação : 30/07/2020 21:47:03

Atualização : 30/07/2020 21:47:03

57)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica

1) Nome do Responsável pelo preenchimento:

Frederico do Couto Drumond

2) Função:

Coordenador

3) Endereço eletrônico (e-mail):

gabinetesmsmoc@yahoo.com.br

4) Telefone:

(38) 2211-4342

Dados do Município

5) Estado:

Minas Gerais

6) Município:

Montes Claros

Endereço para Entrega do Medicamento

7) Rua:

av carlos ferrante, 797

8) Bairro:

edgar pereira

9) CEP:

39400-177

10) CNPJ:

22.678.874/0001-35

11) Nome do responsável pelo recebimento:

Delio Americo Mendes Campo Fino

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(38) 2211-4265

13) Horário de Funcionamento:

07:00 as 11:00 e 13:00 as 16:00

Local de dispensação

14) Local de Dispensação :

Farmácias básicas da rede

Declaração

15) De acordo com o recebimento?

Sim

Criação : 31/07/2020 16:02:12

Atualização : 31/07/2020 16:02:12

58)

Bloco de Identificação - Área Técnica Assistência Farmacêutica

1) Nome do Responsável pelo preenchimento:

JULIANO PASSINI

2) Função:

CHEFE DE GABINETE

3) Endereço eletrônico (e-mail):

naasomlr@novohamburgo.rs.gov.br

4) Telefone:

(51) 9973-19402

Dados do Município

5) Estado:

Rio Grande do Sul

6) Município:

Novo Hamburgo

Endereço para Entrega do Medicamento

7) Rua:

General Osorio, 868

8) Bairro:

Hamburgo Velho

9) CEP:

93510-160

10) CNPJ:

88.254.875/0001-60

11) Nome do responsável pelo recebimento:

JAQUELINE BEATRIS MARTINS

12) Telefone do responsável pelo recebimento:

(51) 9920-78246

13) Horário de Funcionamento:

8h ÀS 17h

Local de dispensação

14) Local de Dispensação :

FARMÁCIA COMUNITÁRIA DO MUNICÍPIO, BEM COMO EM UNIDADES DE SAÚDE

Declaração

15) De acordo com o recebimento?

Criação : 03/08/2020 15:39:08**Atualização :** 03/08/2020 15:39:08**Enviar por Email**

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

Nome:*

Texto:

Email:*

**Enviar Email**

Porto Seguro, 01 de julho de 2020.

Ofício GAB/SMS nº. 482/2020

Exmo.
Sr. Jair Messias Bolsonaro
Presidente da República do Brasil

C/C: Elcio Franco
Secretário Executivo do Ministério da Saúde

Ref.: solicitação de medicações para instituição do Protocolo de Tratamento precoce do COVID-19, para o município de Porto Seguro e região.

Excelentíssimo Presidente,

Considerando o atual cenário da infecção pelo SARS-CoV-2 no município de Porto Seguro, atualizado em 30 de junho do corrente ano, o qual demonstra o número de casos confirmados pela infecção por SARS-CoV-2, acumulando um total de 549 casos, destes 313 pacientes em isolamento domiciliar e respiratório, 218 pacientes recuperados, 09 pacientes internado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e 06 óbitos; 507 pessoas notificadas como Síndrome Gripal, que são considerados casos suspeitos de infecção pelo COVID-19, com sintomatologia sugestiva, porém não estão nos critérios de coleta estabelecidos pela SESAB; 120 casos aguardando a liberação do resultado do exame RT-PCR;

Considerando o cenário epidemiológico de aumento da infecção pelo SARS-Cov-2 dos oito municípios da microrregião de Porto Seguro (Belmonte, Eunápolis, Guaratinga, Itagimirim, Itabela, Itapebi, Porto Seguro e Santa Cruz Cabrália), conforme tabela em anexo, cujo contingente populacional de aproximadamente 381.727 mil habitantes (IBGE, 2019), demonstrando preocupação das autoridades sanitárias local, já que o Hospital Regional Deputado Luís Eduardo Magalhães é a referência hospitalar para essa microrregião, com a capacidade técnica de apenas 10 leitos de UTI. Ressalto que o atual número de leitos de UTI para a microrregião é de 0,02 leitos de UTI SUS/1.000 habitantes, sendo que a média estabelecida pelo Ministério da Saúde é de 2,0 a 3,0 leitos de UTI/1.000 habitantes;



Fundo Municipal de Saúde de Porto Seguro – SMS
Rua da Vala, s/n – Centro, Porto Seguro – BAHIA
CEP: 45810-000 CNPJ: 08.257.417/0001-46
Fone: (73) 3288-3449 / Fax: (73) 3268-5818

Considerando a Nota Técnica Nº 02 de 18 de maio de 2020, em anexo, que orienta sobre proposta de tratamento farmacológico para casos suspeitos, leves, moderados e graves para pacientes suspeitos da infecção pelo SARS-CoV-2, agente etiológico da COVID-19, aprovada pelo Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública – COE COVID-19 – Porto Seguro;

Com isso, o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública – COE Saúde Porto Seguro – COVID-19, solicita a parceria quanto a liberação em caráter de urgência, das medicações listadas abaixo para utilização no município de Porto Seguro e região, com a finalidade de fornecer o tratamento precoce para o COVID-19 na Atenção Primária à Saúde e em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde, e minimizar a morbimortalidade dessa doença.

Tabela 2 – Quantidade de medicamentos para atender os oito municípios da microrregião de Porto Seguro – Bahia, de casos suspeitos e confirmados de COVID-19.

MEDICAÇÃO	QUANTIDADE (unidade)
Hidroxicloroquina de 400mg	40.000
Zinco de 100mg	120.000
Ivermectina 6 mg	30.000
Vitamina D – 50.000 UI	40.000

Assim sendo, essa gestão reafirma seu compromisso sanitário com a garantia do Direito à Saúde, com foco nos princípios doutrinantes do SUS e do acesso equânime, integral e, em tempo oportuno.

Ademais, coloco-nos à disposição para qualquer esclarecimento ou dúvida, agradecendo vossa parceria e articulação junto ao município de Porto Seguro e região.

Atenciosamente,



Kerry Costa Ruas
Secretário Municipal de Saúde
Presidente do COE Saúde COVID-19



Tabela 1- Total de Casos confirmados de COVID-19, na microrregião de Porto Seguro – Bahia, até 30 de junho de 2020.

MUNICÍPIO	TOTAL DE CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19
Eunápolis	690
Porto Seguro	549
Santa Cruz Cabralia	118
Itabela	99
Belmonte	86
Itapebi	84
Guaratinga	59
Itagimirim	06
TOTAL	1.691

FONTE: Consolidado do Boletim Epidemiológicos dos municípios da microrregião de Porto Seguro, 30 de junho de 2020.





**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

OFÍCIO N. 5.768/SUPES/SESAU

Campo Grande, 06 de julho de 2020.

Excelentíssimo Senhor:

CUMPRIMENTO cordialmente pela oportunidade e agradeço desde já pelos esforços despendidos no combate ao COVID-19 em nosso país.

CONSIDERANDO que vivemos em momento complicado em nosso País, e no mundo, no enfrentamento a pandemia do novo coronavírus (COVID-19), sobrecarregando o nosso Sistema de Saúde Pública, com necessidade de quantitativos de insumos e medicamentos cada vez maiores.

CONSIDERANDO que a Lei Nacional do SUS estabelece no Art. 16, inciso XIII, que compete à direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

CONSIDERANDO a declaração pública de pandemia em relação ao novo coronavírus (COVID-19) pela Organização Mundial da Saúde - OMS, de 11 de março de 2020, assim como a Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional da OMS, de 30 de janeiro de 2020;

Nesse sentido solicitamos o apoio no fornecimento de medicamentos que serão de externa importância no enfrentamento dessa pandemia, com o objetivo de salvar inúmeras vidas. Para tanto, solicitamos o apoio no fornecimento de:

- 120.000 comprimidos de Hidroxicloroquina 400mg
- 420.000 comprimidos de Sulfato de Zinco 110mg
- 180.000 comprimidos Ivermectina 6mg
- 20.000 comprimidos de Vitamina D3 50.000 UI
- 100.000 comprimidos de Azitromicina 500mg.

Exmo Sr. Eduardo Pazuello
Ministro Interino - Ministério da Saúde do Brasil
- Brasília-DF

RUA BAHIA, 280 - CENTRO - CEP: 79002530 - Fone: (67)3314-3000 - E-mail: ouvidoria@sesau.capital.ms.gov.br



6a5c399b81add3dbf57db9b28042bbe7738fd794




**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

OFÍCIO N. 5.768/SUPES/SESAU/2

Campo Grande, 06 de julho de 2020.

Certos de contarmos com a colaboração de V. Ex. ^a, antecipadamente agradecemos, colocando-nos à disposição para qualquer esclarecimento que se fizer necessário, pelo que, desde já, disponibilizamos os contatos telefônicos (67) 2020-1822.

Atenciosamente,



José Mauro Pinto de Castro Filho
Secretário Municipal de Saúde

Exmo Sr. Eduardo Pazuello
Ministro Interino - Ministério da Saúde do Brasil
- Brasília-DF

RUA BAHIA, 280 - CENTRO - CEP: 79002530 - Fone: (67)3314-3000 - E-mail: ouvidoria@sesau.capital.ms.gov.br



6a5c399b81add3dbf57db9b28042bbe7738fd794

MINISTRO DA SAUDE

De: Gabinete SESAU <sesaucampogrande@gmail.com>
Enviado em: segunda-feira, 6 de julho de 2020 15:43
Para: MINISTRO DA SAUDE
Assunto: Ofício n. 5768/SUPES/SESAU
Anexos: Of n. 5768 SUPES de 06 de julho 2020.pdf

Bom dia,

Encaminhamos, em anexo, o Ofício n. 5768/SUPES/SESAU solicitação de medicamentos.

Favor confirmar o recebimento do mesmo.

Informamos, ainda, que o original será enviado via malote pelo Ministério da Saúde em Campo Grande/MS.

Atenciosamente,

Juliana Rodrigues



Assessoria de Gabinete

Secretaria Municipal de Saúde
Campo Grande - MS
Contato: 2020-1677



Prefeitura de Joinville

OFÍCIO SEI Nº 6659193/2020 - SEGOV.NAD

Joinville, 09 de julho de 2020.

Senhor Ministro,
Senhor Deputado Federal,

Cumprimentando-os cordialmente solicitamos suas atenções ao pleito de Joinville, maior cidade do Estado de Santa Catarina, com uma população de, aproximadamente, 600 mil habitantes.

No último dia 20 de março, por meio do Decreto nº 37.630, foi declarado situação de emergência no Município de Joinville para o enfrentamento da pandemia decorrente do Coronavírus.

Desde então Joinville praticou o isolamento, cumprindo o decreto estadual, e passou a testar seu público prioritário seguindo a estratégia TESTAR, ISOLAR E MONITORAR. O trabalho é feito com a testagem em casos suspeitos, grupos de risco e público prioritário, com isolamento compulsório dos casos positivos para evitar contaminações.

Este trabalho criterioso, na utilização dos testes, já identificou e afastou aproximadamente 663 dos nossos profissionais de saúde.

Além disso, já foram testadas mais de 2.200 pessoas acima de 60 anos, a fim de monitorar e cuidar desse público que é grupo de risco. Neste sentido Joinville foi pioneira em isolar o grupo de risco, (Decreto nº 38520, de 23 de junho de 2020), porém necessitamos testá-los consistentemente.

De modo geral, o município já realizou mais de 20.000 testes em sua população e pretende continuar nessa estratégia.

Considerando as orientações do Ministério da Saúde adotaremos, a partir da próxima semana, o protocolo clínico de tratamento precoce com cloroquina e outros medicamentos e, para que tenhamos êxito, é importante descobrir a doença logo no início do seu estágio;

Considerando que iniciamos, no mês de abril/2020, um processo de compra do medicamento "Hidroxicloroquina", porém o processo foi encerrado por falta de fornecedor;

Solicitamos a doação de **20.000 unidades de Cloroquina 150 mg (comprimido)**, para mantermos o planejamento de nossas ações e garantirmos, a partir do diagnóstico precoce, o tratamento adequado e o isolamento seletivo dos contaminados, evitando fechamentos desnecessários das atividades da nossa cidade.

Respeitosamente,

Jean Rodrigues da Silva,
Secretário da Saúde.

Udo Döhler,
Prefeito.

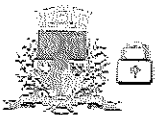
Aos Senhores

Eduardo Pazuello
Ministro da Saúde - interino
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Térreo
70058-900
Brasília - DF

Luiz Armando Schroeder Reis
Deputado Federal
Gabinete 268 - Anexo III - Câmara dos Deputados
Praça dos Três Poderes
70160-900
Brasília - DF



Documento assinado eletronicamente por **Jean Rodrigues da Silva, Secretário (a)**, em 09/07/2020, às 10:13, conforme a Medida Provisória nº 2.200-2, de 24/08/2001, Decreto Federal nº 8.539, de 08/10/2015 e o Decreto Municipal nº 21.863, de 30/01/2014.



Documento assinado eletronicamente por **Udo Dohler, Prefeito**, em 09/07/2020, às 10:28, conforme a Medida Provisória nº 2.200-2, de 24/08/2001, Decreto Federal nº 8.539, de 08/10/2015 e o Decreto Municipal nº 21.863, de 30/01/2014.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <https://portalsei.joinville.sc.gov.br/> informando o código verificador **6659193** e o código CRC **9E2B72DB**.

Avenida Hermann August Lepper, 10 - Bairro Saguau - CEP 89221-005 - Joinville - SC -
www.joinville.sc.gov.br

20.0.094558-3

6659193v4

GABINETE DO MINISTRO

Assunto:

ENC: Ofício Secretaria da Saúde Joinville - Solicitação de cloroquina

Anexos:

Oficio_6659193.html

-----Mensagem original-----

De: PMJ/ses.daf@joinville.sc.gov.br <ses.daf@joinville.sc.gov.br> Enviada em: quinta-feira, 9 de julho de 2020 10:37
Para: CHEFIA DE GABINETE DO MINISTRO DA SAUDE <chefia.gm@saude.gov.br>; dep.coronelarmando@camara.leg.br; emanoele@joinville.sc.gov.br
Assunto: Ofício Secretaria da Saúde Joinville - Solicitação de cloroquina

Prezados,

Encaminhamos anexo o OFÍCIO SEI Nº 6659193/2020 - SEGOV.NAD, referente ao medicamento Cloroquina para o Município de Joinville.

Aguardo confirmação de recebimento.

Atenciosamente,

Emanoele Besen

Coordenadora de Apoio Administrativo

Diretoria Administrativa e Financeira

Secretaria da Saúde

Tel. (47) 3481-5112

IMPORTANTE: FORAM IDENTIFICADOS LINKS NESTA MENSAGEM PARA ACESSO A SITES EXTERNOS, CUJA SEGURANÇA NÃO PÔDE SER VERIFICADA.

É DE FUNDAMENTAL IMPORTÂNCIA COMPORTAR-SE DE MANEIRA SEGURA EM NOSSA REDE, NÃO ABRINDO ANEXOS E LINKS DESCONHECIDOS, AINDA QUE SUPOSTAMENTE ENVIADOS POR PESSOAS CONHECIDAS.

LEMBRANDO QUE INSTITUIÇÕES FINANCEIRAS, DO PODER JUDICIÁRIO, SERVIÇO DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO, NÃO ENVIAM E-MAILS COM AVISOS DE DÉBITOS, PROCESSOS E RECADASTRAMENTOS.

EM CASO DE DÚVIDA, CONTATE A CENTRAL DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO.

ADMINISTRAÇÃO DA REDE MSNET



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde

OFÍCIO Nº 740/2020/GBSES

Cuiabá-MT, 21 de julho de 2020.

**ILMO. GENERAL
EDUARDO PAZUELLO**
Ministro da Saúde
Ministério da Saúde
Brasília/DF

Excelentíssimo Ministro,

Cumprimentando cordialmente, ao tempo em que agradeço penhoradamente o apoio que o Ministério da Saúde tem prestado à pasta da Saúde.

Notadamente vosso apoio tem sido oportuno e valioso para o atendimento à saúde.

Considerando o atual momento em que o Brasil se encontra devido o Coronavírus (COVID-19);

Considerando a LEI Nº 13.979, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2020 - DOU DE 7.2.2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019;

Considerando que o Estado de Mato Grosso a transmissão encontra-se acelerada com classificação de Risco Alto;

Venho por meio desta solicitar o atendimento de **80.000 (oitenta mil) Unidades de CLOROQUINA**, para atender no Estado de Mato Grosso através da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso**.

Na oportunidade nossos respeitosos agradecimentos e compreensão com a situação que estamos enfrentando em nosso Estado.

Cordialmente,

GILBERTO GOMES DE FIGUEIREDO
Secretário de Estado de Saúde

Formulário para disponibilização de Cloroquina



Outros Dados

1) Deseja solicitar o medicamento?

Sim

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Municipal de Saúde - Capital

Dados Institucionais

4) Estado:

Santa Catarina

5) Município:

FLORIANÓPOLIS

6) Local de entrega:

CIAD BRANET FLORIANOPOLIS

7) CNPJ:

02630826000321

8) Endereço completo:

BRANET CIAD FLORIANPOLIS Rua Firenze Business Park 475 Bairro Pachecos Palhoa CEP 88135010 Ponto de Referencia em frente Arena R1 Fone 48 33807428 e 33807429 Email ciadfpolisbranetlogisticacombr Horrio de entrega Segunda quinta-feira 08 hs s 12 hs e das 13 hs s 16 hs

9) CEP:

88135-010

Informações Gerais

10) Solicitação:

Sim

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

1200

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

0

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

31/07/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

30000

Dados Pessoais

15) Nome do responsável pela solicitação:

ANA PAULA DA SILVA

16) E-mail do responsável pela solicitação:

assfar.pmf@gmail.com

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(48) 3239-1502

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

KAUE GONCALVES

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

farmaciafpolis@branetlogistica.com.br

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(48) 3380-7428

Criação : 31/07/2020 17:43:37**Atualização :** 31/07/2020 17:43:37**Enviar por Email**

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

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE
FEIRA DE SANTANA

Feira de Santana, 08 de Julho de 2020.

Ofício Nº 080/2020

Excelentíssimo Senhor
EDUARDO PAZUELO
Ministro da Saúde
Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G
Brasília – DF CEP.: 70.058-900

Assunto: Solicita o medicamento
HIDROXICLOROQUINA 400mg.

Senhor Ministro,

Ao cumprimentá-lo cordialmente, e considerando a necessidade de adoção de medidas emergenciais para conter a expansão da Pandemia do Coronavírus (COVID-19);

Considerando-se que o município de Feira de Santana se situa no maior e mais importante entroncamento rodoviário do Norte e Nordeste do País, motivo pelo qual é crescente o fluxo de pessoas de várias partes, que transitam, e muitas delas resolvem fixar residência;

Considerando-se que Feira de Santana é a segunda cidade do Estado da Bahia, e possui uma população de quase 650 mil habitantes;

Considerando-se que o Município, no momento presente, possui 4.399 (quatro mil, trezentos e noventa e nove) casos confirmados da Covid-19;

Considerando-se que o Município tem a pretensão de iniciar o tratamento precoce com Hidroxicloroquina 400mg, com a perspectiva de manter assim os casos devidamente monitorados e acompanhados,

Por todas essas razões, vimos solicitar o quantitativo de 100.000 (cem mil) comprimidos para atender a esse protocolo.

Na certeza de contarmos com o decisivo apoio de V. Ex^a, antecipamos agradecimentos e firmamos

Atenciosamente.


COLBERT MARTINS DA SILVA FILHO
PREFEITO MUNICIPAL

GABINETE DO PREFEITO

Av. Senhor dos Passos, 980 – Centro - CEP: 44.002-024

Feira de Santana – Bahia – Tel: (75) 3602. 4510

Email: gabp@pmfs.ba.gov.br

Site: www.feiradesantana.ba.gov.br

Diário Oficial: www.diariooficial.feiradesantana.ba.gov.br



PREFEITURA MUNICIPAL
DE FEIRA DE SANTANA

MINISTRO DA SAUDE

De: Gabinete do Prefeito - Departamento de Publicacoes
<gabpublicacoes@pmfs.ba.gov.br>
Enviado em: quinta-feira, 9 de julho de 2020 15:18
Para: MINISTRO DA SAUDE
Assunto: Ofício Nº 080/2020
Anexos: Ofico 080-2020.pdf

De ordem do Excelentíssimo Senhor Prefeito, Colbert Martins da Silva Filho, estamos enviando em anexo Ofício Nº 080/2020.

Simone Savegnago

Deptº de Publicações

Gabinete do Prefeito

Av. Senhor dos Passos, 980 - Centro - Feira de Santana - Bahia

CEP: 44.002-024 – Tel: (75) 3602.4531 – 3602.4529

Email: gabpublicacoes@pmfs.ba.gov.br

Site: www.feiradesantana.ba.gov.br

Diário Oficial: www.diariooficial.feiradesantana.ba.gov.br



PREFEITURA MUNICIPAL
DE FEIRA DE SANTANA

IMPORTANTE: FORAM IDENTIFICADOS LINKS NESTA MENSAGEM PARA ACESSO A SITES EXTERNOS, CUJA SEGURANÇA NÃO PÔDE SER VERIFICADA. É DE FUNDAMENTAL IMPORTÂNCIA COMPORTAR-SE DE MANEIRA SEGURA EM NOSSA REDE, NÃO ABRINDO ANEXOS E LINKS DESCONHECIDOS, AINDA QUE SUPOSTAMENTE ENVIADOS POR PESSOAS CONHECIDAS. LEMBRANDO QUE INSTITUIÇÕES FINANCEIRAS, DO PODER JUDICIÁRIO, SERVIÇO DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO, NÃO ENVIAM E-MAILS COM AVISOS DE DÉBITOS, PROCESSOS E RECADASTRAMENTOS.

EM CASO DE DÚVIDA, CONTATE A CENTRAL DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO.

ADMINISTRAÇÃO DA REDE MSNET

Porto Seguro, 30 de julho de 2020.

Ofício GAB/SMS nº. 567/2020

Exmo.
Sr. Jair Messias Bolsonaro
Presidente da República do Brasil

C/C: Tenente Coronel Jorge Luiz Kormann
Ministro da Saúde do Brasil

Ref.: Solicitação de medicações para instituição do Protocolo de Tratamento precoce do COVID-19, para o município de Porto Seguro e região.

Excelentíssimo Presidente,

Considerando que o cenário da infecção pelo SARS-CoV-2 no município de Porto Seguro, atualizado em 29 de julho do corrente ano, demonstra ainda um número expressivo de casos confirmados pela infecção por SARS-CoV-2, acumulando um total de 1.567 casos, destes 233 pacientes em isolamento domiciliar e respiratório, 1.291 pacientes recuperados, 21 pacientes internado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)/leitos clínicos e 22 óbitos; 1.401 pessoas notificadas como Síndrome Gripal, e 57 casos aguardando a liberação do resultado do exame RT-PCR;

Considerando o cenário epidemiológico de aumento da infecção pelo SARS-Cov-2 nos municípios da microrregião de Porto Seguro e em todo o Estado da Bahia e que, da medicação encaminhada a este município, 40.000 (quarenta mil) comprimidos, foram cedidos 17.000 (dezesete mil) comprimidos, sendo:

Tabela 1- Total de comprimidos de cloroquina cedidos para municípios da microrregião de Porto Seguro e outros municípios da Bahia, até 30 de julho de 2020.

MUNICÍPIO	UNIDADE
Camamu	3.000 comp
Eunápolis	5.000 comp



Fundo Municipal de Saúde de Porto Seguro – SMS
Rua da Vala, s/n – Centro, Porto Seguro – BAHIA
CEP: 45810-000 CNPJ: 08.257.417/0001-46
Fone: (73) 3288-3449 / Fax: (73) 3268-5818

Kerry's Costa
Secretário de Saúde Interno
Decreto nº. 9540/18

Itabela	1.000 comp
Itapebi	1.000 comp
Itagimirim	1.000 comp
Jequié	3.000 comp
Jitaúna	3.000 comp
TOTAL	17.000 comp

FONTE: Termo de entrega de medicamento, CAF, 07/2020.

Considerando a Nota Técnica Nº 02 de 18 de maio de 2020, que orienta sobre proposta de tratamento farmacológico para casos suspeitos, leves, moderados e graves para pacientes suspeitos da infecção pelo SARS-CoV-2, agente etiológico da COVID-19, aprovada pelo Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública – COE COVID-19 – Porto Seguro;

Com isso, o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública – COE Saúde Porto Seguro – COVID-19, solicita a parceria quanto a liberação em caráter de urgência, das medicações listadas abaixo para utilização no município de Porto Seguro e região, com a finalidade de fornecer o tratamento precoce para o COVID-19 na Atenção Primária à Saúde e em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde, e minimizar a morbimortalidade dessa doença.

Tabela 2 – Quantidade de medicamentos para atender os oito municípios da microrregião de Porto Seguro – Bahia, de casos suspeitos e confirmados de COVID-19.

MEDICAÇÃO	QUANTIDADE (unidade)
Hidroxicloroquina de 400mg	40.000
Vitamina D – 50.000 UI	40.000
Azitromicina 500mg	50.000



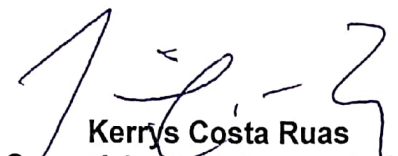
Fundo Municipal de Saúde de Porto Seguro – SMS
Rua da Vala, s/n – Centro, Porto Seguro – BAHIA
CEP: 45810-000 CNPJ: 08.257.417/0001-46
Fono: (73) 3288-3449 / Fax: (73) 3268-5818


Kenys Costa Dias
Secretário de Saúde Interno
Decreto nº 9540/18

Assim sendo, essa gestão reafirma seu compromisso sanitário com a garantia do Direito à Saúde, com foco nos princípios doutrinantes do SUS e do acesso equânime, integral e, em tempo oportuno.

Ademais, coloco-nos à disposição para qualquer esclarecimento ou dúvida, agradecendo vossa parceria e articulação junto ao município de Porto Seguro e região.

Atenciosamente,


Kerry's Costa Ruas
Secretário Municipal de Saúde
Presidente do COE Saúde COVID-19

Kerry's Costa Ruas
Secretário de Saúde Interno
Decreto nº 9540/18



Formulário para disponibilização de Cloroquina



1)

Outros Dados

1) Deseja solicitar o medicamento?

Sim

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Municipal de Saúde - Capital

Dados Institucionais

4) Estado:

Paraná

5) Município:

Curitiba

6) Local de entrega:

Rua Joao Bettega 3350 Bairro Cidade Industrial de Curitiba

7) CNPJ:

13792329000184

8) Endereço completo:

Rua Joao Bettega 3350 Bairro Cidade Industrial de Curitiba

9) CEP:

81350-000

Informações Gerais

10) Solicitação:

Não

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

1176

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

564

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

31/07/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

3000

Dados Pessoais

15) Nome do responsável pela solicitação:

Agda de Jesus Silva Moreira

16) E-mail do responsável pela solicitação:

agmoreira@sms.curitiba.pr.gov.br

17) Telefone do responsável pela solicitação:

(41) 3350-9471

Informações Adicionais**18) Nome do responsável pelo recebimento:**

Claudia Alzira Forjan Araujo

19) E-mail do responsável pelo recebimento:

claraujo@sms.curitiba.pr.gov.br

20) Telefone do responsável pelo recebimento:

(41) 3314-5084

Criação : 31/07/2020 11:32:15**Atualização :** 31/07/2020 11:32:15

2)

Outros Dados**1) Deseja solicitar o medicamento?**

Sim

3) Identificação do Preenchimento:

Secretaria Municipal de Saúde - Capital

Dados Institucionais**4) Estado:**

Santa Catarina

5) Município:

FLORIANÓPOLIS

6) Local de entrega:

CIAD BRANET FLORIANOPOLIS

7) CNPJ:

02630826000321

8) Endereço completo:

BRANET CIAD FLORIANOPOLIS Rua Firenze Business Park 475 Bairro Pachecos Palhoa CEP 88135010 Ponto de Referencia em frente Arena R1 Fone 48 33807428 e 33807429 Email ciadfpolisbrantlogisticacombr Horrio de entrega Segunda quinta-feira 08 hs s 12 hs e das 13 hs s 16 hs

9) CEP:

88135-010

Informações Gerais**10) Solicitação:**

Sim

11) Consumo (número de comprimidos) no último mês:

1200

12) Posição de estoque (número de comprimidos) no almoxarifado do Estado/Município:

0

13) Posição de estoque (data da verificação) no almoxarifado do Estado/Município:

31/07/2020

14) Informar o quantitativo (número de comprimidos) a receber:

30000