



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO VALE DO RIO PRETO**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FARMÁCIA MUNICIPAL**

**REQUERENTE: AIANE TEIXEIRA DE PAULA**

**PROCESSO JUDICIAL: 0000851-68.2021.8.19.0076**

**PROCESSO ADM 16047/2023**

Considerando a decisão judicial recebida, em face do paciente **AIANE TEIXEIRA DE PAULA**.

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

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

Informo que o medicamento não tem registro de preços, e será acrescentado e novo pedido de registro de preços

**O MEDICAMENTO DEVERÁ SER FORNECIDO EM SUA TOTALIDADE**

Item	Medicamento	Quantidade p 6 meses
01	DAPAGLIFLOZINA 10 MG + METFORMINA 1000 MG	360 COMP





**MUNICIPIO SÃO JOSE DO VALE DO RIO PRETO**  
RUA PROFESSORA MARIA EMÍLIA ESTEVES, Nº 691 - CENTRO  
SJVRP/RJ - CEP: 25780-000  
FONE (24) 2224-7404



CÓDIGO DE ACESSO  
1DB55BCE394347D1A531E945E7A9C27C

### **VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS**

Este documento foi assinado digitalmente/eletronicamente pelos seguintes signatários nas datas indicadas

Para verificar a validade das assinaturas acesse o link abaixo

<https://sjvriopreto.flowdocs.com.br/public/assinaturas/1DB55BCE394347D1A531E945E7A9C27C>