



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ VALE RIO PRETO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**FARMÁCIA MUNICIPAL**



**Ilustríssimo Senhor,**

Considerando que esta farmácia faz a dispensação de medicamentos aos pacientes judiciais.

Considerando que a falta destes medicamentos pode acarretar em sanções judiciais.

Considerando que o medicamento está inserido em pregões, sem data para sua finalização.

Considerando que o medicamento é fornecido para pacientes da HOME CARE.

Considerando o estoque zerado do medicamento.

Venho pelo presente, solicitar a aquisição dos medicamentos e insumos em anexo para atender aos pacientes judiciais por um período estimado de 06 meses.





**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  
9892A85AF87D494DB40E7C23886D2CE9

### **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/9892A85AF87D494DB40E7C23886D2CE9>