



Ministério da Saúde  
Gabinete do Ministro  
Assessoria Parlamentar

OFÍCIO Nº 4897/2021/ASPAR/GM/MS

Brasília, 03 de agosto de 2021.

A Sua Excelência o Senhor  
**LUCIANO CALDAS BIVAR**  
Deputado Federal  
Primeiro-Secretário da Mesa Diretora  
Câmara dos Deputados  
Edifício Principal, sala 27  
70160-900 Brasília - DF

**Assunto: Requerimento de Informação nº 930/2021 - Esclarecimentos sobre o pedido ao Exército para envio de cloroquina para todo o Brasil com emergência.**

Senhor Primeiro-Secretário,

Em resposta ao **Ofício 1ª Sec/RI/E/nº 365/2021**, referente ao **Requerimento de Informação nº 930, de 21 de julho de 2021**, encaminho as informações prestadas pelo corpo técnico deste Ministério.

Atenciosamente,

**MARCELO QUEIROGA**  
Ministro de Estado da Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga Lopes, Ministro de Estado da Saúde**, em 05/08/2021, às 19:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0021984510** e o código CRC **43440947**.

Assessoria Parlamentar - ASPAR

Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900  
Site - saude.gov.br



Ministério da Saúde  
Gabinete do Ministro  
Assessoria Parlamentar

## DESPACHO

ASPAR/GM/MS

Brasília, 03 de agosto de 2021.

Ao Gabinete do Ministro

**Assunto: Requerimento de Informação nº 930/2021 - Esclarecimentos sobre o pedido ao Exército para envio de cloroquina para todo o Brasil com emergência.**

1. Trata-se do Requerimento de Informação nº **930/2021** (0021630920), de autoria da **COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA E CONTROLE**, por meio do qual solicita informações, ao Ministro de Estado da Saúde, **sobre o pedido ao Exército para envio de cloroquina para todo o Brasil com emergência.**

2. Em resposta, encaminho, para ciência e atendimento à solicitação da Primeira Secretaria da Câmara dos Deputados (0021979129), o **Despacho SCTIE/GAB/SCTIE/MS** (0021870753), acompanhado da **Nota Técnica nº 372/2021-CGAFME/DAF/SCTIE/MS** (0021820432), e do **Anexo solicitação Cloroquina 150 mg** (0021821071), elaborados pela **Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde - SCTIE/MS.**

**PAULO TIAGO ALMEIDA MIRANDA**  
Chefe da Assessoria Parlamentar, substituto



Documento assinado eletronicamente por **Paulo Tiago Almeida Miranda, Chefe da Assessoria Parlamentar substituto(a)**, em 03/08/2021, às 16:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site  
[http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?)



[acao=documento conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](#), informando o código verificador **0021984050** e o código CRC **B54CD7F0**.

---

**Referência:** Processo nº 25000.106274/2021-75

SEI nº 0021984050



Ministério da Saúde  
Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde  
Gabinete

DESPACHO

SCTIE/GAB/SCTIE/MS

Brasília, 27 de julho de 2021.

Referência Sei: 0021820432.

Proveniência: Câmara dos Deputados. Comissão de Fiscalização Financeira e Controle.

**Assunto: Requerimento de Informação nº 930/2021, da Câmara dos Deputados, que solicita informações sobre o pedido ao Exército para envio de cloroquina para todo o Brasil com emergência.**

Ciente do teor da Nota Técnica nº 372/2021-CGAFME/DAF/SCTIE/MS (0021820432) elaborada no âmbito do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, que trata da análise do Requerimento de Informação nº 930/2021, o qual solicita informações sobre o pedido ao Exército para envio de cloroquina para todo o Brasil com emergência.

Restitua-se à Assessoria Parlamentar (ASPAR/GM) para análise e providências pertinentes.

HÉLIO ANGOTTI NETO

Secretário de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Hélio Angotti Neto, Secretário(a) de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde**, em 02/08/2021, às 12:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0021870753** e o código CRC **AB845A7F**.

**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:**

gerencialogisticacema@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 saudelog

**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:**

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 :** 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 Assistencia Farmaceutica

**3) CNPJ:**

46374500026231

**4) Endereço completo:**

Av Julia Gaioli 740 Md 8 Galpão 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@sauda.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 Assistencia Farmaceutica

**3) CNPJ:**

07954571000104

**4) Endereço completo:**

Avenida Whasington 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@saudce.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@saudce.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 Júlia Gaioli 740 Módulo 8 Galpão T200 aguia 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@saudade.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@saudade.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 Médico 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 Empresario 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:**

PATRCIA 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:**

NUMEBESESDF@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 Morais 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:**

Priscila 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 Admnistracao de Estoque Almoxarifado 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@saudemg.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:**

dirtecunicatrн@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:**

gerencialogisticacema@sauda.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.estategicos@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@sauda.rs.gov.br

**13) Telefone do responsável pela solicitação:**

(61) 9822-20802

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

Maria Carmen Remia Mikoleczak

**15) E-mail do responsável pelo recebimento:**

maria-mikoleczak@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 Módulo 8 Galpão T200 Água 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@sauda.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@sauda.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 SESPB

**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: \*



**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:**

grupotecnicocem@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:**

grupotecnicocem@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 Morais 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 medicamentos

**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 23.670comprimidos 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@sauder.s.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@sauder.s.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 Saúde

**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:**

estategico.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:**

estategico.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 Farmacutico

**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 Farmacutico

**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.estategicos@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.estategicos@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 GEAFA

**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 Logstico da Secretaria do Estado da Sade SC

**7) CNPJ:**

80673411000187

**8) Endereço completo:**

Rua Judite Melo dos Santos 251 Galopes 6 a 9 Distrito Industrial Sao Jose

**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 Morais 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 SESPB

**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:**

sandroaf@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@sauda.mg.gov.br

**17) Telefone do responsável pela solicitação:**

(31) 3915-9840

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

Carlos Paixão da Silva

**19) E-mail do responsável pelo recebimento:**

carlos.paixao@sauda.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 Paraná

**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:**

assessoriafarmsemsa@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:**

assessoriafarmsemsusa@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 DISTRIBUIÇÃO LOGÍSTICA DA SECRETARIA DE SAÚDE

**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:**

politicasaf@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 KAMILA 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:**

deleg.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 nº 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:**

elia.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:**

elia.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 Palhoça 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 Goncalo Antunes de Barros 3366 Bairro Carumbe Cuiaba 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

**Criação :** 03/07/2020 11:26:30

**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:**

simonefbrito75@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 Módulo 8 Galpão 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):**

sauda@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):**

sauda@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, n608.

**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:**

Secretaria Adjunta da Saúde e Assistência Social

**3) Endereço eletrônico (e-mail):**

sauda@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 Scremen

**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 Brasilia

**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 Básica 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):**

roseclerpolezacinico@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):**

CATIPIOVESAN@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 NOVEMBRO

**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 Vunjão

**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):**

joaozinhoreserva1808@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 Morales 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:**

Trianon

**9) CEP:**

85012-110

**10) CNPJ:**

76.178.037/0001-76

**11) Nome do responsável pelo recebimento:**

Edemur Morales 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 N° 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:**

GOIÂNIA, 590

**8) Bairro:**

BOTAFOGO

**9) CEP:**

95700-586

**10) CNPJ:**

87.849.923/0001-09

**11) Nome do responsável pelo recebimento:**

CAMILA MESQUITA WALLAUE

**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@vicosa.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@lucasdoroverde.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 N°651 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 Ap<sup>a</sup> 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 ÁS 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 ás 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@itanhangua.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 ÁS 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 Marquiroeto

**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/sexta

#### **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:**

Secretaria 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:**

Farmaceutica

**3) Endereço eletrônico (e-mail):**

esthephanny@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:**

Estefania 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 Valdiz 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@saudelondrina.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 ás 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:**

Secretaria 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):**

sauda@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 EUGÉNIO 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 ás 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:**

Secretaria Municipal de Saúde

**3) Endereço eletrônico (e-mail):**

coaf.vitoriadaconquista@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:**

Secretaria Municipal de Saúde

**3) Endereço eletrônico (e-mail):**

sauda@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 ÁS 11:30 DAS 13:30 ÁS 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@salete.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:**

Lúcina 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 envie 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?**

Sim**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:*	<input type="text"/>	Texto:	<input type="text"/>
Email:*	<input type="text"/>		

 **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,

  
Kerrys Costa Ruas  
Secretário Municipal de Saúde  
Presidente do COE Saúde COVID-19



**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**

**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 Cabrália	118
Itabela	99
Belmonte	86
Itapebi	84
Guaratinga	59
Itagimirim	06
<b>TOTAL</b>	<b>1.691</b>

**FONTE:** Consolidado do Boletim Epidemiológico dos municípios da microrregião de Porto Seguro, 30 de junho de 2020.





**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**



**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 extrema 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



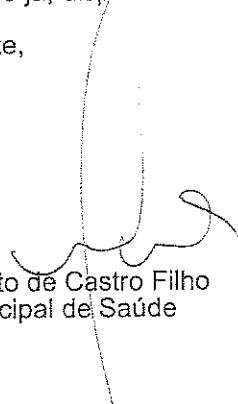
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE  
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

OFÍCIO N. 5.768/SUPES/SESAU/2

Campo Grande, 06 de julho de 2020.

Certos de contarmos com a colaboração de V. Ex. <sup>a</sup>, 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](mailto: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 Döhler, 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 Saguaçu - CEP 89221-005 - Joinville - SC - [www.joinville.sc.gov.br](http://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 ciadfpolisbranetlogistica.com.br Horario de entrega Segunda quintafeira 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:*	<input type="text"/>	Texto:	<input type="text"/>
Email:*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	





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<sup>a</sup>, 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](mailto:gabp@pmfs.ba.gov.br)

Site: [www.feiradesantana.ba.gov.br](http://www.feiradesantana.ba.gov.br)

Diário Oficial: [www.diariooficial.feiradesantana.ba.gov.br](http://www.diariooficial.feiradesantana.ba.gov.br)



PREFEITURA MUNICIPAL  
DE FEIRA DE SANTANA

## MINISTRO DA SAUDE

---

**De:** Gabinete do Prefeito - Departamento de Publicações  
<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](mailto:gabpublicacoes@pmfs.ba.gov.br)  
Site: [www.feiradesantana.ba.gov.br](http://www.feiradesantana.ba.gov.br)  
Diário Oficial: [www.diariooficial.feiradesantana.ba.gov.br](http://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 (dezessete 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 RICAS*  
Secretario de Salud Méjico  
Decreto n° 9540/18

Itabela	1.000 comp
Itapebi	1.000 comp
Itagimirim	1.000 comp
Jequié	3.000 comp
Jitaúna	3.000 comp
<b>TOTAL</b>	<b>17.000 comp</b>

**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**  
**Fone: (73) 3288-3449 / Fax: (73) 3268-5818**

  
Kely Costa  
Secretário de Saúde Interino  
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,

  
Kerrys Costa Ruas  
Secretário Municipal de Saúde  
Presidente do COE Saúde COVID-19  
Kerrys Costa Ruas  
Secretário de Saúde Itaímo  
Decreto n.º 9540/18



**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**

**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 FLORIANPOLIS Rua Firenze Business Park 475 Bairro Pachecos Palhoça CEP 88135010 Ponto de Referencia em frente Arena R1 Fone 48 33807428 e 33807429 Email ciadfpolisbranetlogisticacombr Horario 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



## Ministério da Saúde

Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde  
Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos  
Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica e Medicamentos Estratégicos

### NOTA TÉCNICA Nº 372/2021-CGAFME/DAF/SCTIE/MS

#### 1. ASSUNTO

1.1. Requerimento de Informação nº 930/2021, da Câmara dos Deputados, que solicita informações sobre o pedido ao Exército para envio de cloroquina para todo o Brasil com emergência.

#### 2. ANÁLISE

2.1. Trata-se de resposta ao Despacho GAB/SCTIE (0021647646) que encaminha o Requerimento de Informação nº 930/2021 (0021630920), de autoria do Deputado Federal Leo de Brito, que por meio desses documentos, solicita informações sobre o pedido ao Exército para envio de cloroquina para todo o Brasil com emergência.

2.2. Segue abaixo o questionamento enviado pelo Deputado Federal Leo de Brito o qual cabe à Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica e Medicamentos Estratégicos (CGAFME/DAF) se manifestar:

i) ao Ministério da Saúde sobre o pedido ao Exército para envio de cloroquina para todo o Brasil com emergência.

2.3. O Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF), que integra a Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE) do Ministério da Saúde (MS), desde o início da pandemia no Brasil tem atuado, no âmbito de suas competências, para reduzir a mortalidade causada pelo novo coronavírus. Essa atuação tem ocorrido por meio de ações direcionadas primordialmente ao suprimento de medicamentos e de insumos estratégicos para a Assistência Farmacêutica.

2.4. Essas ações têm sido desenvolvidas através da contínua aplicação dos recursos na Assistência Farmacêutica, visando contribuir para o fortalecimento do SUS. No âmbito do DAF/SCTIE, os medicamentos e insumos são ofertados por meio do Programa Farmácia Popular e dos componentes, os quais são: Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

2.5. Dessa forma, o DAF/SCTIE tem sido um departamento estratégico e atuante nas ações desenvolvidas para o enfrentamento da pandemia no Brasil, em cooperação permanente com a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS),

com a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES/MS), com o Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência (DAHU/SAES/MS), com o Departamento de Logística em Saúde (DLOG/SE/MS), com a Secretaria Executiva (SE/MS), com a Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA/MS) e com a Diretoria de Integridade (DINTEG/MS).

2.6. Dentre os medicamentos adquiridos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde, informa-se, que o medicamento Cloroquina 150mg é ofertado na rede do Sistema Único de Saúde por meio do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) para o Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária (PNCM) junto à Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Este componente se destina à garantia do acesso a medicamentos e insumos para o controle de doenças e agravos específicos com potencial impacto endêmico, muitas vezes relacionadas a situações de vulnerabilidade social e pobreza. O rol de medicamentos deste Componente consta no ANEXO II da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

2.7. Nesse sentido, **informamos que não houve envio, por parte do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS), de nenhuma solicitação ao Ministério da Defesa para produção de Cloroquina.**

2.8. Esclarecemos que o Laboratório Químico e Farmacêutico do Exército (LQFEX) colocou à disposição, para distribuição às Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde, o medicamento Cloroquina 150mg.

2.9. A aquisição e distribuição do medicamento Cloroquina 150mg, historicamente vem sendo realizada por este Ministério da Saúde para atendimento ao Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária (PNCM). Com o advento da pandemia, esse medicamento passou a ser distribuído também no contexto da COVID-19. A distribuição para os Estados e Distrito Federal teve início em 27/03/2020, baseadas nas primeiras Notas Informativas divulgadas pelo Ministério da Saúde, para uso compassivo, a critério médico, no atendimento de formas graves, em pacientes hospitalizados. As três primeiras distribuições foram feitas com base no número de casos de COVID-19, registrados no Boletim do Ministério da Saúde, e se considerou à época que 20% dos casos se agravariam.

2.10. Dessa forma, com a elevação do número de casos de COVID-19, o estoque do Ministério da Saúde foi rapidamente distribuído. Nesse cenário, diante da necessidade de se manter estoque para atendimento ao Programa de Malária e, insuficiência de estoque para atendimento a todas as solicitações dos entes federados, o Laboratório Químico e Farmacêutico do Exército (LQFEX) disponibilizou a Cloroquina 150mg para distribuição ao Sistema Único de Saúde. As entregas do medicamento pelo LQFEX ocorreram diretamente às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, totalizando 2.463.200 comprimidos de Cloroquina 150mg.

2.11. As distribuições realizadas pelo Laboratório Químico e Farmacêutico do Exército ocorreram no período de 13/04/2020 à 10/08/2020, por meio de 06 pautas de Cloroquina 150mg, conforme detalhado no Quadro abaixo:

<b>PAUTAS DE CLOROQUINA 150MG PARA COVID-19 EM 2020</b>	
<b>Emissão da Pauta</b>	<b>LQFEX</b>
13/04/2020	830.000

28/04/2020	170.000
13/07/2020	924.700
23/07/2020	56.500
03/08/2020	443.500
10/08/2020	38.500
<b>Total</b>	<b>2.463.200</b>

Fonte: CGAFME/DAF/SCTIE/MS

2.12. A primeira pauta de distribuição realizada pelo LQFEX foi elaborada no dia 13/04/2020, e o quantitativo de 830.000 comprimidos, baseado no número de casos notificados no último boletim oficial do Ministério da Saúde (12/04/2020), subtraídos os casos notificados no boletim oficial do Ministério da Saúde em 25/03/2020, quando então o Ministério da Saúde realizou a primeira distribuição com estoque próprio. Alguns estados, embora apresentassem baixo número de casos notificados até o momento, receberam no mínimo 5.000 comprimidos do medicamento, diante das dificuldades logísticas naquele momento, especialmente no transporte aéreo. Foram eles: AC, AL, MS, PB, PI, RO, RR, SE e TO.

2.13. Em relação à segunda pauta de distribuição realizada pelo LQFEX, no quantitativo total de 170.000 comprimidos de Cloroquina 150mg, foi elaborada no dia 28/04/2020 para atendimento aos estados da Região Norte do país, exceto Pará e Tocantins, também baseado no número de casos notificados no último boletim oficial do Ministério da Saúde.

2.14. Em 20/05/2020, foi publicada pelo Ministério da Saúde o documento intitulado "Orientações para Manuseio Medicamentoso Precoce de Pacientes com Diagnóstico da COVID-19", aonde foi dada continuidade no atendimento das demandas frente as solicitações de Cloroquina 150mg ao Ministério da Saúde. Nesse contexto, considerando a necessidade de se reservar estoque para o abastecimento do programa de malária, e com a finalidade de racionalizar a distribuição do medicamento, o DAF/SCTIE apresentou ao Comitê de Operações de Emergência (COE COVID-19) a situação de estoque. O intuito foi a discussão de critérios na definição do quantitativo a ser distribuído. A partir de então, foram utilizados os critérios apresentados e deliberados no COE COVID-19, com participação de Conass e Conasems, para a distribuição da Cloroquina.

2.15. A partir da terceira distribuição feita pelo LQFEX, as pautas foram elaboradas de acordo com as solicitações enviadas pelas Secretarias de Saúde (dos Estados, Municípios e Distrito Federal), por meio de formulários eletrônicos (FormSUS), ofícios e e-mails, cujos registros se encontram em anexo (0021821071). A aplicação de formulários eletrônicos foi realizada visando a consulta quanto ao estoque e interesse (dos estados e capitais estaduais) no recebimento e remanejamentos do medicamento. Importante citar que as solicitações recebidas das localidades eram avaliadas e validadas pelo COE COVID-19, para posterior autorização do quantitativo a ser enviado.

2.16. Em síntese, todas as pautas de distribuição de Cloroquina 150mg realizadas pelo Laboratório Químico e Farmacêutico do Exército (LQFEX) foram emitidas **entre 13/04/2020 e 10/08/2020 e totalizaram 2.463.200 comprimidos de Cloroquina 150mg**. A partir de setembro de 2020, registrou-se queda no número de casos de COVID-19 no país, de forma que também houve forte redução de solicitações de Cloroquina/Hidroxicloroquina pelos entes federados. Desde então, as poucas solicitações foram atendidas com o

fornecimento de Hidroxicloroquina 200mg, recebida por meio da doação do Governo Norte Americano, e não mais com a Cloroquina 150mg.

### 3. CONCLUSÃO

3.1. Sendo o que cabe a esta Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica e Medicamentos Estratégicos (CGAFME/DAF), **encaminha-se ao Gabinete/DAF/SCTIE** para conhecimento e, após concordância da manifestação por este Departamento, sugere-se o encaminhamento ao GAB/SCTIE.

Atenciosamente,

SIDNEY RICHARDSON DE ARAÚJO COSTA RORIZ  
Coordenador-Geral

De acordo.

SANDRA DE CASTRO BARROS  
Diretora



Documento assinado eletronicamente por **Sidney Richardson de Araújo Costa Roriz, Coordenador(a)-Geral de Assistência Farmacêutica e Medicamentos Estratégicos**, em 23/07/2021, às 17:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sandra de Castro Barros, Diretor(a) do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos**, em 27/07/2021, às 13:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0021820432** e o código CRC **FA9CA4C5**.

---

**Referência:** Processo nº 25000.106274/2021-75

SEI nº 0021820432

Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica e Medicamentos Estratégicos - CGAFME  
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900  
Site - saude.gov.br