



Sumário

AVISO DE LICITAÇÃO	2
TERMO DE ADJUDICAÇÃO E HOMOLOGAÇÃO	2
CONVÊNIO	3

AVISO DE LICITAÇÃO**PREFEITURA MUNICIPAL DE FORMOSA DO OESTE – PR****AVISO DE LICITAÇÃO**

PREGÃO ELETRÔNICO Nº 74/2025

PLATAFORMA – COMPRAS.GOV.BR

UASG: 987561

OBJETO: Contratação de empresa especializada para prestação de serviços de acesso à Internet e telefonia fixa digital, com instalação, configuração, manutenção e suporte técnico, para atendimento das Secretarias e Unidades da Administração Pública Municipal. **DATA DE ABERTURA:** 15/12/2025, às 08:30 horas. **VALOR MÁXIMO: R\$ 817.755,60**, (oitocentos e dezessete mil setecentos e cinquenta e cinco reais e sessenta centavos).

Os editais encontram-se disponíveis no site: www.formosadoeste.pr.gov.br, na aba Licitações. Para mais informações: Divisão de Compras, Av. Severiano Bonfim dos Santos, 111, Centro – Formosa do Oeste – PR, de Segunda a Sexta-feira. Telefone (44) 3526-8350, e-mail: licitacao@formosadoeste.pr.gov.br.

TERMO DE ADJUDICAÇÃO E HOMOLOGAÇÃO**TERMO DE ADJUDICAÇÃO E HOMOLOGAÇÃO****PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 146/2025****DISPENSA Nº 33/2025**

O Prefeito Municipal de Formosa do Oeste, Orivaldo Municelli, no uso de suas atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor, especialmente a Lei Federal nº 14.133/2021, **ADJUDICO** o objeto ao(s) vencedor(es) e **HOMOLOGO** o Processo Administrativo nº 146/2025, Dispensa nº 33/2025 à(s) seguinte(s) empresa(s), conforme segue:

FUNDAMENTO LEGAL: Lei nº 14.133/2021, Art. 75, inc. II.

OBJETO: Aquisição de mangueiras de incêndio para a Secretaria de Infraestrutura municipal.

VENCEDORES:

CVR CENTRAL ENGENHARIA LTDA	R\$ 2.038,56
TOTAL	R\$ 2.038,56

DESCRIÇÃO DOS ITENS:

ITEM	QNT.	UN.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
CVR CENTRAL ENGENHARIA LTDA					
1	6	Un	Mangueira de incêndio tipo 2 de 1.1/2" de 15 metros, fornecida na cor branca, revestida com reforço têxtil confeccionado 100% em fio poliéster, tubo interno de borracha sintética na cor preta, montada com união em latão tipo engate rápido do tipo storz	R\$ 339,76	R\$ 2.038,56

Formosa do Oeste – PR, 26 de novembro de 2025.

*(assinado digitalmente)***Orivaldo Municelli****Prefeito Municipal****CONVÊNIO**

**MUNICÍPIO DE FORMOSA DO OESTE****ESTADO DO PARANÁ**AV. SEVERIANO B. DOS SANTOS, 111 - CEP 85830-000 CNPJ: 76.208.495/0001-00 FONE/FAX 44 - 3526 - 1122
www.formosadooeste.pr.gov.br**CONVÊNIO Nº.01/2025 QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE FORMOSA DO OESTE E O CONSÓRCIO INTERGESTORES PARANÁ SAÚDE COM VISTAS A OPERACIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO SUS NO MUNICÍPIO.**

Por este instrumento, de um lado a **Prefeitura Municipal de FORMOSA DO OESTE**, pessoa jurídica de direito público, inscrito no CNPJ n.º 76.208.495/001-00, com sede à Rua SEVERIANO BONFIM DOS SANTOS nesta cidade de FORMOSA DO OESTE - Paraná, neste ato representado pelo Prefeito Municipal Sr. ORIVALDO MINICELLI, portador da cédula de identidade RG n.º 4.864.686 PR e do CPF n.º 031.177.709-09, residente e domiciliado na AVENIDA GOIANIA n.º 200, em FORMOSA DO OESTE (PR) e de outro lado o **CONSÓRCIO INTERGESTORES PARANÁ SAÚDE**, CNPJ n.º 03.273.207/0001-28, doravante simplesmente **CONSÓRCIO**, neste ato representado pelo seu Presidente **Marcelo José Bernardeli Palhares**, portador da Cédula de Identidade/RG n.º 7.789.283-4 SSP-PR, do CPF n.º 031.836.199-03, residente e domiciliado na Rua Coronel Cecílio Rocha, 702, em Jacarezinho (PR) – CEP 86400-000, com base no previsto no artigo 19º, inciso III, do estatuto do Consórcio, e nas Leis n.ºs 8.080/90 e 8.142/90, firmam o presente Convênio de acordo com os termos e condições a seguir estabelecidos:

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO - O presente Termo tem por objetivo operacionalizar ações de Assistência Farmacêutica, através da aquisição e distribuição de medicamentos essenciais, à população usuária do SUS (Sistema Único de Saúde).

CLÁUSULA SEGUNDA: DO COMPROMISSO DAS PARTES - Comprometem-se os signatários:

I – PREFEITURA MUNICIPAL:

- a) repassar ao Consórcio, recursos financeiros no valor de R\$120.000,00 em quatro parcelas de R\$ 30.000,00, as quais deverão ser depositadas em conta corrente específica do Banco do Brasil, até o dia 05 dos meses de dezembro/2025, março, junho e setembro/2026, conforme plano de aplicação em anexo;
- b) estruturar a Assistência Farmacêutica no município;
- c) garantir que a dispensação Farmacêutica seja realizada sob responsabilidade técnica do Profissional Farmacêutico;
- d) manter dados consistentes sobre o consumo de medicamentos e demanda (atendida e não atendida) de cada produto;
- e) efetuar a programação de medicamentos utilizando-se do perfil epidemiológico, consumo histórico e oferta de serviços;
- f) quantificar os medicamentos definindo um ponto de reposição, considerando o Consumo Médio Mensal e o tempo médio para aquisição/ressuprimento;

Assinado por 3 pessoas: ROSILENE ALVES GALANE, ORIVALDO MINICELLI e ALINE DO AMARAL GARCIA HERNANDES
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://formosadooeste.1doc.com.br/verificacao/3F2A-BD70-28D6-49AC> e informe o código 3F2A-BD70-28D6-49AC

Assinado por 1 pessoa: DENIS FERREIRA DA SILVA COSTA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://formosadooeste.1doc.com.br/verificacao/BD84-CBF0-BE56-21E6> e informe o código BD84-CBF0-BE56-21E6





MUNICÍPIO DE FORMOSA DO OESTE

ESTADO DO PARANÁ

AV. SEVERIANO B. DOS SANTOS, 111 - CEP 85830-000 CNPJ: 76.208.495/0001-00 FONE /FAX 44 - 3526 -1122
www.formosadooeste.pr.gov.br

g) monitorar a qualidade dos medicamentos recebidos, subsidiando a Diretoria do Consórcio, para que esta reavalie os requisitos de qualidade para aquisição e proceda a validação de fornecedores;

h) receber, armazenar e distribuir, adequadamente os medicamentos;

i) organizar a distribuição dos medicamentos, exclusivamente na rede SUS, garantindo prescrição e utilização adequada dos mesmos;

j) promover o uso racional dos medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;

k) disponibilizar e capacitar os recursos humanos em saúde, necessários a uma Assistência Farmacêutica de qualidade.

II - AO CONSÓRCIO:

a) seguir o elenco proposto na pactuação aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite e Conselho Estadual de Saúde, integrantes da Relação de Medicamentos Essenciais para a Atenção Básica e constantes do Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica;

b) adquirir os medicamentos de acordo com a programação do município, elaborada com o recurso financeiro disponível, conforme plano de aplicação em anexo;

c) incentivar os municípios a participarem da formulação da Política de Assistência Farmacêutica do Estado e a organizarem sua estrutura no município;

d) manter um sistema de comunicação com os municípios, para que esses obtenham informações atualizadas das programações, aquisições e movimentação financeira de seus recursos;

e) manter o cronograma de programação e aquisição, tentando evitar a descontinuidade no fornecimento;

f) efetuar as aquisições de medicamentos dentro de requisitos técnicos, legais e de qualidade, estabelecidos para esses produtos;

g) monitorar as entregas dos produtos até o seu destino final, intermediando possíveis transtornos durante seu percurso;

h) intermediar junto ao Fornecedor, a substituição dos produtos, quando comprovado desvio da qualidade originada no processo de fabricação ou transporte.

CLÁUSULA TERCEIRA: DOS RECURSOS - O valor referente ao recurso financeiro destinado à execução do presente convênio correrão à conta da Dotação Orçamentária nº 10.303.1300.042, elemento de despesa: 2917Fonte: 303

CLÁUSULA QUARTA: DO ACOMPANHAMENTO - O acompanhamento do presente convênio será realizado a cada período vigência, com base em avaliações do cumprimento de seu objeto.

Assinado por 3 pessoas: ROSILENE ALVES GALANE, ORIVALDO MUNICELLI e ALINE DO AMARAL GARCIA HERNANDES
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://formosadooeste.1doc.com.br/verificacao/3F2A-BD70-26D6-49AC> e informe o código 3F2A-BD70-26D6-49AC

Assinado por 1 pessoa: DENIS FERREIRA DA SILVA COSTA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://formosadooeste.1doc.com.br/verificacao/BD84-CBFO-BE56-21E6> e informe o código BD84-CBFO-BE56-21E6




MUNICÍPIO DE FORMOSA DO OESTE
ESTADO DO PARANÁ

 AV. SEVERIANO B. DOS SANTOS, 111 - CEP 85830-000 CNPJ: 76.208.495/0001-00 FONE /FAX 44 - 3526 -1122
www.formosadooeste.pr.gov.br

CLÁUSULA QUINTA: DA DENÚNCIA E RESCISÃO – O presente termo de convênio poderá ser rescindido sem comunicação prévia, caso ocorra descumprimento das obrigações ora estipuladas, sujeitando-se a parte inadimplente a eventuais perdas e danos, respondendo ainda por todo e qualquer ônus decorrente de procedimentos judiciais que se fizerem necessários podendo, entretanto, ser resolvido por mútuo consenso, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias.

CLÁUSULA SEXTA – Ficam sem efeito quaisquer disposições estabelecidas em convênios ou consequentes termos aditivos, anteriores ao presente, que contrariem direta ou indiretamente o disposto nas cláusulas deste Instrumento.

CLAUSULA SÉTIMA: DA VIGÊNCIA - Este Termo de Convênio entrará em vigor a partir da data de sua assinatura e terá vigência até 30 de setembro de 2026.

CLÁUSULA OITAVA: DAS ALTERAÇÕES - Quaisquer alterações dos termos e condições do presente convênio deverão ser objeto de termos aditivos firmados a qualquer tempo e farão parte integrante, para todos os efeitos e direitos.

CLÁUSULA NONA: DO FORO - As partes elegem o Foro da Comarca de Curitiba para dirimir as dúvidas fundadas neste Instrumento e que não puderem ser resolvidas de comum acordo. E assim por estarem de pleno acordo e ajustados depois de lido e achado conforme, o presente Instrumento vai, a seguir, assinado em 03 (três) vias pelos representantes dos respectivos signatários na presença de 02 (duas) testemunhas abaixo firmadas, para publicação e execução.

Formosa do Oeste , 30 de Outubro de 2025

Orivaldo Municelli

Prefeito Municipal

 CARLOS ROBERTO KALCKMANN
 Assinado de forma digital por CARLOS ROBERTO KALCKMANN
 SETTI:8764922596
 8
 Dados: 2025.11.26 15:27:49 -03'00'

 Presidente do Conselho
 Deliberativo do CONSÓRCIO

TESTEMUNHAS:

 1 – Aline do Amaral Garcia Hernandes
 Secretária de Saúde
 Portaria nº 04/2025

 2 – Rosilene Alves Galane
 Farmacêutica
 Crf: 17.954

 Assinado por 3 pessoas: ROSILENE ALVES GALANE, ORIVALDO MUNICELLI e ALINE DO AMARAL GARCIA HERNANDES
 Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://formosadooeste.1doc.com.br/verificacao/3F2A-BD70-28D6-49AC> e informe o código 3F2A-BD70-28D6-49AC

 Assinado por 1 pessoa: DENIS FERREIRA DA SILVA COSTA
 Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://formosadooeste.1doc.com.br/verificacao/BD84-CBF0-BE56-21E6> e informe o código BD84-CBF0-BE56-21E6



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: BD84-CBF0-BE56-21E6

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



DENIS FERREIRA DA SILVA COSTA (CPF 030.XXX.XXX-42) em 26/11/2025 17:27:43 GMT-03:00

Papel: Parte

Emitido por: Autoridade Certificadora SERPRORFBv5 << AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4 << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5 (Assinatura ICP-Brasil)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://formosadooeste.1doc.com.br/verificacao/BD84-CBF0-BE56-21E6>