



MUNICÍPIO DE PLANALTO

CNPJ: 76.460.526/0001-16

Fone: (46) 3555-8100 - Fax: (46) 3555-8101

E-mail: planalto@planalto.pr.gov.br

Praça São Francisco de Assis, 1583
85750-000 PLANALTO - PARANÁ

LEI Nº. 2852 DE 20 DE DEZEMBRO DE 2024

Autoriza o Poder Executivo Municipal a firmar Convênio com o **CONSÓRCIO INTERGESTORES PARANÁ SAÚDE** e dá outras providências.

A Câmara Municipal de Vereadores de Planalto Estado do Paraná aprovou e eu, Luiz Carlos Boni, Prefeito Municipal, sanciono a seguinte

Lei:

Art.1º Fica o Poder Executivo Municipal, gestor municipal do Sistema Único de Saúde – SUS, autorizado a firmar Convênio com o CONSÓRCIO INTERGESTORES PARANÁ SAÚDE, objetivando a operacionalização das ações de assistência farmacêutica, através da aquisição de medicamentos essenciais à população usuária do SUS, no valor de R\$ 440.000,00 (quatrocentos e quarenta mil reais).

§ 1º O valor anual do convênio será repassado em quatro parcelas de R\$ 110.000,00 (cento e dez mil reais) nos meses de março, junho, setembro e dezembro do ano de 2025.

Art. 2º Os recursos municipais para pagamento dos valores previstos no convênio advirão do orçamento geral do município na dotação, elemento e fonte próprios.

Art. 3º Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Gabinete do Prefeito Municipal de Planalto, Estado do Paraná aos vinte dias do mês de dezembro do ano de dois mil e vinte e quatro.

Luiz C. Boni

LUIZ CARLOS BONI

Prefeito Municipal



MUNICÍPIO DE PLANALTO

CNPJ: 76.460.526/0001-16

Fone: (46) 3555-8100 - Fax: (46) 3555-8101

E-mail: planalto@planalto.pr.gov.br

Praça São Francisco de Assis, 1583

85750-000 PLANALTO - PARANÁ

ANEXO ÚNICO

Minuta de Convênio

CONVÊNIO Nº...../2024 QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE..... 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.....**, pessoa jurídica de direito público, inscrito no CNPJ n.º....., com sede à Ruanesta cidade de - Paraná, neste ato representado pelo Prefeito Municipal Sr., portador da cédula de identidade RG n.º..... PR e do CPF n.º....., residente e domiciliado em, e de outro lado o **CONSÓRCIO INTERGESTORES PARANÁ SAÚDE**, CNPJ nº 03.273.207/0001-28, doravante simplesmente **CONSÓRCIO**, neste ato representado pelo seu Presidente **Aquiles Takeda Filho**, portador da Cédula de Identidade/RG nº 8598364-4 SESP-PR, do CPF nº 065.015.569-61, residente e domiciliado na Rua Padre Josefinos, 426, em Marilândia do Sul (PR) – CEP 86825-000, com base no previsto no artigo 19º, inciso III, do estatuto do Consórcio, e nas Leis nºs 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\$..... em quatro parcelas de R\$, as quais deverão ser depositadas em conta corrente específica do Banco do Brasil, até o dia 05 dos meses de Março, Junho, Setembro e Dezembro/2025, 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;

30/01



MUNICÍPIO DE PLANALTO

CNPJ: 76.460.526/0001-16

Fone: (46) 3555-8100 - Fax: (46) 3555-8101

E-mail: planalto@planalto.pr.gov.br

Praça São Francisco de Assis, 1583
85750-000 PLANALTO - PARANA

- f) quantificar os medicamentos definindo um ponto de reposição, considerando o Consumo Médio Mensal e o tempo médio para aquisição/ressuprimento;
- 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.

30ni



MUNICÍPIO DE PLANALTO

CNPJ: 76.460.526/0001-16

Fone: (46) 3555-8100 - Fax: (46) 3555-8101

E-mail: planalto@planalto.pr.gov.br

Praça São Francisco de Assis, 1583
85750-000 PLANALTO - PARANÁ

CLÁUSULA TERCEIRA: DOS RECURSOS - O valor referente ao recurso financeiro destinado à execução do presente convênio correrão à conta da Dotação Orçamentária n.º....., elemento de despesa -, Fonte:

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

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 31 de dezembro de 2025.

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.

-----, ----- de ----- de 2024

Prefeito Municipal

Presidente do Conselho
Deliberativo do CONSÓRCIO

TESTEMUNHAS:

1 – Nome, cargo e CPF:

.....

2 – Nome, cargo e CPF:

.....

30ni