



# Município de **CAMPO MOURÃO**

Secretaria Municipal de Saúde  
Gerência Administrativa

## DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA - DFD Nº 057/2025

| PREENCHIMENTO PELA ÁREA REQUISITANTE   |                                |
|----------------------------------------|--------------------------------|
| <b>1. ÁREA REQUISITANTE DA DEMANDA</b> |                                |
| Área requisitante                      | Gerencia Administrativa        |
| Responsável pela demanda               | Maria Lucia Bianchini da Silva |
| Cargo/função                           | <b>Administrativo</b>          |
| Email                                  | depadsaude@gmail.com           |
| Telefone                               | (44) 3518-1627                 |

  

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2. IDENTIFICAÇÃO DA DEMANDA (ART. 78 I DEC. 10.196/23)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p><b>Objeto:</b> O presente Termo tem por objetivo operacionalizar ações de Assistência Farmacêutica, por meio da aquisição e distribuição de medicamentos essenciais, à população mourãoense usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), com vigência de 01/01/2026 a 31/12/2026</p> <p><b>Valor estimado da contratação:</b> R\$ 2.100.000,00 (4 parcelas de R\$ 525.000,00) que deverão ser pagas até o dia 05 dos meses de março, junho, setembro e dezembro/2026.</p> <p><b>Quantidades e previsão de consumo:</b> Para o ano de 2026.</p> <p><b>Previsão de data em que deve ser <u>assinado</u> o instrumento contratual:</b> até 31/12/2025</p> <p><b>Vinculação com outra contratação:</b> não há.</p> <p><b>Indicação da existência de contratação anterior:</b> Termo de Convênio Nº. 001/2025 - Dispensa Presencial nº 219/2024</p> <p><b>Tipo de demanda:</b><br/>( ) Prestação de serviços<br/>( x ) Aquisição de produto/Equipamento<br/><b>(ART. 78, II, III, IV, V, VI DEC. 10.196/23)</b></p> |





# Município de **CAMPO MOURÃO**

## 3. JUSTIFICATIVA DA DEMANDA (ART. 78 II DEC. 10.196/23)

Considerando a Portaria GM/MS Nº 6.942, de 16 de junho de 2025, que dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando que o município deve aplicar contrapartida mínima municipal de R\$ 3,01 (três reais e um centavo) por habitante/ano, para financiar a aquisição de medicamentos e insumos constantes dos Anexos II e IV da Rename vigente no SUS, conforme definido nas normativas do Ministério da Saúde e pactuado nas CIBs

Considerando que o Consórcio Intergestores Paraná Saúde oferece aos municípios consorciados a opção de repasse desse recurso de contrapartida por meio da celebração de convênio, nos casos em que a aquisição pelo próprio município se torna mais onerosa.

Considerando a Lei Municipal nº 1372, de 26 de julho de 2001, que autoriza o poder executivo municipal a constituir com os demais gestores do Sistema Único de Saúde no estado do Paraná, o Consórcio Intergestores Paraná Saúde a aquisição de medicamentos e insumos necessários.

## 4. RESULTADOS A SEREM ALCANÇADOS

Estruturar a Assistência Farmacêutica no município de forma a garantir a distribuição de medicamentos essenciais, à população mourãoense usuária do Sistema Único de Saúde (SUS).

## 5. FONTES DE RECURSOS

|                                     |                                              |
|-------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>Reduzido</b>                     | 423                                          |
| <b>Nº do Programa governamental</b> | 0033 – Programa de Assistência Farmacêutica  |
| <b>Nº da Ação Orçamentária</b>      | 2254 – Manter a Assistência Farmacêutica     |
| <b>Fonte de recurso</b>             | 303 – Recursos Próprios                      |
| <b>Elemento de Despesa</b>          | 333723202 - Medicamentos para uso domiciliar |

