



CONSÓRCIO PÚBLICO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE E SERVIÇOS DO VALE EUROPEU

AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO Nº 001745/2026

LICITAÇÃO COMPARTILHADA

Ente da Federação: PREFEITURA MUNICIPAL DE POMERODE
Órgão Gerenciador: CONSÓRCIO PÚBLICO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE E SERVIÇOS DO VALE EUROPEU - CISAMVE
Órgão Participante: SECRETARIA DE SAÚDE - POMERODE
Processo Administrativo Licitatório: 000074/2025 | Edital: 0013/2025
Ata de Registro de Preços/Alterações: ARP26CIS000017 | MOP26CIS005245 | Vigência: 19/03/2027
Instrumento de Contrato: Substituído
Solicitação de Fornecimento: 0111/2026, efetuada em 09/10/2026 por MARCELO CLEYTON DE CASTRO

Dados para Faturamento

Nome: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE POMERODE CNPJ: 11.436.910/0001-38
Endereço: RUA HERMANN WEEGE, 677 - CENTRO Telefone: (47) 3387-7600
Cidade: POMERODE (SC) CEP: 89.107-000 Email: saude@pomerode.sc.gov.br
Email XML: saude@pomerode.sc.gov.br
Observação: ENTREGAS : RUA HERMANN WEEGE 677 - POLICLÍNICA HORÁRIOS DAS 07:00 AS 12:00 E DAS 13:00 AS 17:00 HORAS. FUNDOS – FARMÁCIA

Dados para Entrega (Verificar condições de entrega na Ata de Registro de Preços)

Local Entrega: SAUDE POMERODE Telefone: (47) 3380-2520
Endereço: RUA HERMANN WEEGE Nº 677 - CENTRO
Cidade: POMERODE (SC) CEP: 89.107-000
Horário de Atendimento: 07:00 ÀS 12:00 E DAS 13:00 ÀS 17:00

Dados do Fornecedor

Nome: INOVAMED HOSPITALAR LTDA Telefone: (54) 2106-7930
Endereço: RUA DOUTOR JOAO CARUSO, Nº 2115 Banco: BANCO DO BRASIL
Cidade: ERECHIM-RS - CEP: 99.706-250 Agência: 132-5
Cnpj: 12.889.035/0001-02 Inscrição: 039/0157570 Conta Corrente: 161027-9 | INOVAMED HOSPITALAR LTDA.
Email: contratos@inovamedhospitalar.com; sabrine.k@inovamedhospitalar.com; pregao@inovamedhospitalar.com; pregoes@inovamedhospitalar.com; inovamed@inovamedhospitalar.com; pedro.o@inovamedhospitalar.com Pix:
Domicílio Eletrônico: licitacao01@inovamed-rs.com.br

Regularidade Fiscal	Número	Emissão	Validade	Situação
Prova de regularidade com a Fazenda Federal e Seguridade Social	115A.0D3D.1BDE.C447	22/09/2026	21/03/2027	Comprovada
Prova de regularidade com a Fazenda Estadual	115A.0D3D.1BDE.C447	22/09/2026	23/01/2027	Comprovada
Prova de regularidade com a Fazenda Municipal	212889035000102	05/08/2026	03/11/2026	Comprovada
Prova de Regularidade do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS)	2026101408241782275081	14/10/2026	12/11/2026	Comprovada
Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho	56586657/2026	22/06/2026	19/12/2026	Comprovada
Ausência de Sanções no CEIS/CNEP	sn	06/08/2026	06/12/2026	Comprovada

Dados Complementares

Objeto: MEDICAMENTOS, CORRELATOS E SUPLEMENTOS COM FINALIDADE TERAPÊUTICA
Chave TCE: 12A7338BC505FB939711F2715C28D46CE31E1C5A
Destinação: ATENDIMENTO A PACIENTES DAS FARMÁCIAS BÁSICAS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
Fonte de Recurso ou Dotação:
Observação: ENTREGAS : RUA HERMANN WEEGE 677 - POLICLÍNICA HORÁRIOS DAS 07:00 AS 12:00 E DAS 13:00 AS 17:00 HORAS. FUNDOS – FARMÁCIA
Entrega: ATÉ 15 (QUINZE) DIAS APÓS A AUTORIZAÇÃO DE AF Recebida pelo Fornecedor: 21/10/2026 Prazo Entrega: 05/11/2026
Pagamento: ATÉ 30 (TRINTA) DIAS APÓS A DATA DE Empenho(s)/Valor(es): 4494/R\$5.379,30
RECEBIMENTO DEFINITIVO DOS ITENS

Prazo de Vigência:

- O prazo de vigência para a execução desta Autorização de Fornecimento - AF é idêntico ao prazo de entrega do produto.
- O prazo de vigência do contrato será automaticamente prorrogado quando seu objeto não for concluído no prazo de entrega do produto.
- a) O prazo de vigência do contrato não se confunde com o prazo de entrega do produto objeto desta AF, e a aceitação de recebimento posterior do(s) item(ns) não se configura como novo prazo de entrega do produto.
- b) Caso a entrega deixar de ser cumprida ou ocorrer fora do prazo previsto em decorrência de culpa do contratado, ele será constituído em mora, sendo-lhe aplicáveis as respectivas sanções administrativas, e o Órgão Gerenciador poderá optar pela extinção do contrato e, nesse caso, adotar as medidas admitidas em lei para a continuidade da execução contratual.



CONSÓRCIO PÚBLICO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE E SERVIÇOS DO VALE EUROPEU

Relação de Itens Autorizados

Item	Quant	Unidade	Especificação	Marca	Preço Unit.	Preço Total
27	45.000,00	COMPRIMIDO	ENALAPRIL MALEATO 10 MG, (BR0267651) COMPRIMIDO, EMBALAGEM COM NO MÁXIMO 600 COMPRIMIDOS.	CIMED - CIMED	0,0299	1.345,50
28	30.000,00	COMPRIMIDO	ENALAPRIL MALEATO, 20 MG, (BR0267652) COMPRIMIDO, EMBALAGEM COM NO MÁXIMO 600 COMPRIMIDOS.	CIMED - CIMED	0,0450	1.350,00
50	42.000,00	COMPRIMIDO	OMEPRAZOL 20 MG, (BR0267712) CÁPSULA OU COMPRIMIDO, EM EMBALAGEM PRIMÁRIA BLISTER E EMBALAGEM SECUNDÁRIA COM NO MÁXIMO 600 UNIDADES.	CIMED - CIMED	0,0639	2.683,80
Valor Total:						5.379,30

AMANDA FRITZ LIEVORE SAMPAIO
Responsável pela Autorização
Efetuada em 21/10/2026
Enviada para o Fornecedor em 21/10/2026

No fornecimento e no recebimento dos itens desta Autorização de Fornecimento devem ser observadas rigorosamente as especificações, marcas/modelos e valores. Excepcionais alterações deverão ser previamente autorizadas pelo Órgão Gerenciador (CISAMVE).