

Proc. Administrativo 6.304/2025

De: Cássia K. - SSAU-ADM-FIN

Para: SEFAZ-CL-COMP - Compras

Data: 09/09/2025 às 17:00:04

Setores (CC):

SEFAZ-CL-COMP

Setores envolvidos:

SSAU-ADM-FIN, SEFAZ-CL-COMP, SSAU

Req. 1782/2025 - Doação Medicamentos idoso - Agafarma do Elisandro

Número da Requisição*:

1782

Resumo do Objeto*:

Doação de medicamento para paciente idoso SEBASTIÃO MACIEL DE MORAIS

CPF: 135.207.680-20, medicamento não disponibilizado e/ou em falta na Farmácia Básica do Município

Número da Reserva de Recurso*:

7004

Fonte de Recurso*:

040 ASPs - Rec. Livre

Valor Total*:

R\$ 109,90

Requisições vinculadas à demanda*:

00

—

Cássia Franciele Kuhn

Auxiliar Administrativo

Anexos:

AUTORIZACAO_MEDICAMENTOS_Sebastiao_M_Morais.pdf

cnpj_farmacia_elisandro_2_.pdf

etp_medicao_Sebastiao.pdf

Receita_Sebastiao.pdf

Req_1782_Sebastiao.pdf

Sebastiao_M_.pdf

tr_medicao_Sebastiao.pdf

Estado do Rio Grande do Sul
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLEDADE
SECRETARIA MUNIC. DE SAÚDE
Gabinete do Secretário

FARMÁCIA AGAFARMA DO ELISANDRO

AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS POR
EMPENHO PARA PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLEDADE.

PACIENTE: SEBASTIÃO MACIEL DE MORAIS

CPF: 135.207.680-20

- **Amoxilina + clavulanato 500+125mg-----01 cx 30 comp. – R\$ 109,90**

Total: R\$ 109,90

SOLEDADE, 09 DE SETEMBRO DE 2025

CÁSSIA FRANCIELE KUHN

Nova Farma – R\$ 150,00
São João – R\$ 223,44



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO 08.175.269/0001-10 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 14/07/2006
---	---	--------------------------------

NOME EMPRESARIAL ELISANDRO BATISTA LTDA.	
---	--

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) FARMACIA VIDE BULA	PORTE ME
--	-------------

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 47.71-7-01 - Comércio varejista de produtos farmacêuticos, sem manipulação de fórmulas

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS Não informada

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 206-2 - Sociedade Empresária Limitada
--

LOGRADOURO AV JULIO DE CASTILHOS	NÚMERO 1120	COMPLEMENTO SALA 01
-------------------------------------	----------------	------------------------

CEP 99.300-000	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO SOLEDADE	UF RS
-------------------	---------------------------	-----------------------	----------

ENDEREÇO ELETRÔNICO FARMA.VIDEBULLA@HOTMAIL.COM	TELEFONE (54) 3381-3123/ (54) 3381-4920
--	--

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****
--

SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 14/07/2006
-----------------------------	--

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

SITUAÇÃO ESPECIAL *****	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****
----------------------------	------------------------------------

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 2.119, de 06 de dezembro de 2022.

Emitido no dia 09/08/2024 às 10:54:49 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1



**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº
MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS
SECRETARIA MUNICIPAL DE
OBJETO DA AQUISIÇÃO/CONTRATAÇÃO:**

ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR

I - DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE:

Doação de medicamento para paciente idoso SEBASTIÃO MACIEL DE MORAIS – CPF: 135.207.680-20, medicamento não disponibilizado e/ou em falta na Farmácia Básica do Município.

**II – ALINHAMENTO ENTRE A CONTRATAÇÃO E O PLANEJAMENTO
(PLANO DE CONTRATAÇÕES ANUAL):**

A contratação do objeto está prevista no item 16 do Plano de Contratações Anual do Município de Soledade/RS, conforme publicado no link abaixo do PNCP:

<https://pncp.gov.br/app/pca/87738530000110/2025/1>

III – DESCRIÇÃO DOS REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO:

A contratação se dará através de dispensa de licitação. Pretende-se contratar os itens descritos nesta solução com o melhor preço, com qualidade que atenda a especificação, correspondendo às necessidades da Secretaria Municipal da Saúde.

IV – ESTIMATIVA DAS QUANTIDADES:

AGAFARMA DO ELISANDRO

Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Amoxicilina + Clavulanato 500 + 125mg	01 cx 30 comp.	R\$ 109,90	R\$ 109,90

V – ALTERNATIVAS DISPONÍVEIS NO MERCADO:

Contratação de pessoa jurídica para prestação de serviço necessário.

VI – ESTIMATIVA DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

O valor estimado de contratação consiste em R\$ 109,90 com base nas pesquisas realizadas nas farmácias locais.

VII – DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO:

Doação de medicamentos para pacientes em situação de vulnerabilidade social.

VIII – PARCELAMENTO OU NÃO DA CONTRATAÇÃO:

Não haverá parcelamento, será em lote único.

IX – RESULTADOS PRETENDIDOS:

A proposta para compra do medicamento se deve pela necessidade do início imediato do tratamento

X – PROVIDÊNCIAS PRÉVIAS A EXECUÇÃO DO CONTRATO:

Não há necessidades de providências prévias a execução do contrato.

XI – CONTRATAÇÃO LIGADA OU NÃO À OUTRA CONTRATAÇÃO:

Não possui vínculo ou necessidade de outra contratação.

XII – POSSÍVEIS IMPACTOS AMBIENTAIS:

O descarte inadequado de medicamentos libera resíduos químicos no esgoto, contaminando água, meio ambiente e saúde, já que esses poluentes não são removidos pelos sistemas de filtragem.

XIII – DECLARAÇÃO DE VIABILIDADE:

Declara-se viável a aquisição, com o maior desconto, de medicamentos para doação imediata a pacientes de baixa renda em situação de urgência, atendendo aos critérios ambientais, técnicos e econômicos.

Identificação do solicitante

Nome completo: Cássia Franciele Kuhn

Cargo: Auxiliar Administrativo

Secretaria: Saúde

Local e data: Soledade, 09 de Setembro de 2025.



ESF IPIRANGA SOLEDADE
RUA BENJAMIN CONSTANT, 67, CENTRO, SOLEDADE

Emisso por ELIZIANE ALVES FIGUEIREDO em 09/09/2025 15:16 BRT | null vnuil - CELK SISTEMAS LTDA

Receituário

1º via

Dados do Paciente

Nome: SEBASTIAO MACIEL DE MORAIS (34414)

Nome Social:

CNS: 700009568388804

CPF: 135.207.680-20

Idade: 74 Anos e 5 Meses

Endereço: AVENIDA ESPUMOSO, 426, IPIRANGA, SOLEDADE - RS

Nome da Mãe: EZALTINA MACIEL DE MORAIS



0002681447

- Validade: 19/09/2025

AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTÁSSIO 500 MG + 125 MG COMPRIMIDO - ORAL - Tomar 1
COMPRIMIDO(S) de 8/8 hora(s) - 30 COMPRIMIDO(S)

Eliziane Alves Figueiredo
CRM: 57690

ELIZIANE ALVES FIGUEIREDO

CRM: 57690

Válido por 30 dias a partir da data da emissão.

Data: 09/09/2025



ESF IPIRANGA SOLEDADE
RUA BENJAMIN CONSTANT, 67, CENTRO, SOLEDADE

Emisso por ELIZIANE ALVES FIGUEIREDO em 09/09/2025 15:16 BRT | null vnuil - CELK SISTEMAS LTDA

Receituário

2º via

Dados do Paciente

Nome: SEBASTIAO MACIEL DE MORAIS (34414)

Nome Social:

CNS: 700009568388804

CPF: 135.207.680-20

Idade: 74 Anos e 5 Meses

Endereço: AVENIDA ESPUMOSO, 426, IPIRANGA, SOLEDADE - RS

Nome da Mãe: EZALTINA MACIEL DE MORAIS



0002681447

- Validade: 19/09/2025

AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTÁSSIO 500 MG + 125 MG COMPRIMIDO - ORAL - Tomar 1
COMPRIMIDO(S) de 8/8 hora(s) - 30 COMPRIMIDO(S)

Eliziane Alves Figueiredo
CRM: 57690

ELIZIANE ALVES FIGUEIREDO

CRM: 57690

Válido por 30 dias a partir da data da emissão.

Data: 09/09/2025

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLEDADE
AV. JÚLIO DE CASTILHOS, 898, CENTRO
Fone: (54) 3381-9000
SITE: www.soledade.rs.gov.br

Requisição de Necessidades Nº 1782/2025.

Órgão e Unid	Fonte de Recurso	Nome fonte do Recurso	Proj/ Ativ	Cód Desp.	Cód. Categ. Econ.
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE -	1500	Recursos não Vinculados de Impostos	150	10863	339032020000

Objeto: Doação de medicamento para paciente idoso SEBASTIÃO MACIEL DE MORAIS CPF: 135.207.680-20, medicamento não disponibilizado e/ou em falta na Farmácia Básica do Município. .

Item	Cód	Descrição	Und	Qunt.	VI Unit.R\$	VI Total R\$
1	51384	Amoxilina 500mg+Clavulanato Potássio 12mg - comp.. cx 30 comp.	und	1	109,90	109,90

Total Geral dos Itens.: R\$ 109,90

DESPACHO E ASSINATURA DO SECRETÁRIO DA PASTA Declaro serem verdadeiras as informações contidas nesta solicitação. _____ ASSINATURA DO SECRETÁRIO	DESPACHO DO ORDENADOR DE DESPESA. () AUTORIZO A DESPESA () NÃO AUTORIZO A DESPESA () Autorizo a Inexigibilidade. () Autorizo a Dispensa. () Autorizo a Abertura de Processo. SOLEDADE, 09/09/2025. _____ ORDENADOR DE DESPESAS
---	--

RESERVA: () HÁ DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA - () NÃO HÁ DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Cassia Franciele Kuhn

Contabilidade/Contador (A)

Setor de Compras/Licitações

Assinado por 2 pessoas: CÁSSIA FRANCIELE KUHN e EDINARA FRANÇA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://soledade.1doc.com.br/verificacao/AB51-D7B4-8FBC-75A4>



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES
SECRETARIA NACIONAL DE TRANSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO / DRIVER LICENSE / PERMISO DE CONDUCCION

2 e 1 NOME E SOBRENOME
SEBASTIAO MACIEL DE MORAIS

3 DATA, LOCAL E UF DE NASCIMENTO
08/04/1951 SOLEDADE/RS

4a DATA EMISSÃO
09/02/2024

4b VALIDADE
09/02/2027

ACC **D**

4c DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
1009436575 SSP RS

4d CRF
135.207.680-20

5 Nº REGISTRO
00561500302

6 CRT-HAB
B

NACIONALIDADE
BRASILEIRO

FILIAÇÃO
NICOLAU DOS SANTOS MORAIS
EZALTINA MACIEL MORAIS

7 ASSINATURA DO PORTADOR

8 ACC **A**
A1
B
B1
C
C1

9 09/02/2027

10

11

12

13 OBSERVAÇÕES
A

14 LOCAL
PORTO ALEGRE, RS

15 ASSINATURA DO EMISSOR
71827020735
RS282787119

RIO GRANDE DO SUL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
2780722708

PROIBIDO PRAF. E TIF. CAR.
2780722708

**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº
MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS
SECRETARIA MUNICIPAL DE
OBJETO DA AQUISIÇÃO/CONTRATAÇÃO:**

TERMO DE REFERÊNCIA

I – DEFINIÇÃO DO OBJETO:

Doação de medicamento para paciente idoso SEBASTIÃO MACIEL DE MORAIS – CPF: 135.207.680-20, medicamento não disponibilizado e/ou em falta na Farmácia Básica do Município.

FARMÁCIA AGAFARMA DO ELISANDRO

Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Amoxilina + Clavulanato 500 + 125mg	01 cx 30 comp.	R\$ 109,90	R\$ 109,90

TOTAL: R\$ 109,90

Prazo de garantia da contratação: imediato

Prazo de entrega da contratação: imediato

Prazo de correção da contratação, em caso de alguma desconformidade:

II – FUNDAMENTAÇÃO DA CONTRATAÇÃO:

Doação de medicamentos para paciente SEBASTIÃO MACIEL DE MORAIS, medicamentos em falta e/ou não disponibilizados na Farmácia Básica do Município.

III – DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO:

Opta-se pela compra direta de medicamentos como solução imediata mais eficaz, com avaliações periódicas do fornecedor para ajustes que garantam a melhoria contínua da eficiência e qualidade do fornecimento.

IV – REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO:

A contratação se dará através de dispensa de licitação. Pretende-se contratar os itens descritos nesta solução com o melhor preço, com qualidade que atenda a especificação, correspondendo às necessidades da Secretaria Municipal da Saúde.

V – MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO:

Prazo de Entrega

O item deverá ser entregue imediatamente após o recebimento da ordem de fornecimento.

Acondicionamento e Transporte

Os medicamentos devem ser acondicionados e transportados conforme as especificações do fabricante, protegidos contra poeira e variações de temperatura. Para produtos termolábeis, a embalagem e os controles ambientais devem assegurar a manutenção da cadeia de frio e a integridade dos insumos durante todo o transporte.

VI – MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO:

Obrigações da Contratada

- Atender às solicitações de fornecimento com eficiência e manter todas as habilitações e qualificações exigidas.
- Responder pela boa execução, pela integridade dos produtos e por eventuais danos físicos ou materiais causados à Administração ou a terceiros.
- Arcar com todas as despesas e encargos decorrentes da contratação (previdenciários, fiscais, trabalhistas, civis, emolumentos, etc.).

Obrigações da Contratante

- Comunicar ocorrências relativas aos itens entregues e rejeitar produtos em desacordo com as especificações.
 - Efetuar os pagamentos conforme o estipulado e acompanhar a qualidade e quantidade do fornecimento, registrando falhas e exigindo correções.
-

VII – FORMA DE PAGAMENTO:

Conforme cronograma físico/financeiro.

VIII – FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR:

Contratação por dispensa conforme orçamento de menor valor.

IX – VALOR DA CONTRATAÇÃO:

LB MEDICAMENTOS

Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Amoxilina + Clavulanato 500 + 125mg	01 cx 30 comp.	R\$ 109,90	R\$ 109,90

TOTAL: R\$ 284,00

X – DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

Identificação do solicitante

Nome completo: Cássia Franciele Kuhn

Cargo: Auxiliar Administrativo

Secretaria: Saúde

Local e data: Soledade, 09 de Setembro de 2025



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: AB51-D7B4-8FBC-75A4

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



CÁSSIA FRANCIELE KUHN (CPF 023.XXX.XXX-84) em 09/09/2025 17:02:02 GMT-03:00

Papel: Parte

Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)



EDINARA FRANÇA (CPF 027.XXX.XXX-08) em 10/09/2025 08:27:52 GMT-03:00

Papel: Parte

Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

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

<https://soledade.1doc.com.br/verificacao/AB51-D7B4-8FBC-75A4>