LEI N° 3.524, DE 04 DE OUTUBRO DE 2019

Autoriza o Poder Executivo Municipal a firmar Convênio com o Consórcio Intergestores Paraná Saúde e dispõe sobre os recursos orçamentários e financeiros destinados para o Convênio.

A **CÂMARA MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA**, Estado do Paraná, aprovou, e eu, Prefeito, sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica o Poder Executivo Municipal, Gestor Municipal do Sistema Único de Saúde – SUS, autorizado a firmar Convênio, conforme minuta constante no anexo a presente Lei, 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, de acordo com os recursos previstos no Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual correspondente a cada exercício financeiro.

Art. 2º Os recursos para pagamento dos valores previstos no convênio advirão do orçamento geral do município nas fontes de recursos 303 e 000.

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

Prefeitura do Município de Araucária, 04 de outubro de 2019.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM 04/10/2019 10:25 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE HTTPS://C.ATENDE.NET/P6D979CA0E7E52.
POR MUNICÍPIO DE ARAUCARIA:76105535000190 - (807.211.089-49) EM 04/10/2019 10:25

HISSAM HUSSEIN DEHAINI
Prefeito de Araucária

Processo nº 3656/2019

ANEXO DA LEI N° 3.524, DE 04 DE OUTUBRO DE 2019

MINUTA DE CONVÊNIO

CONVÊNIO Nº...../2019 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 CGC/MF n.º.....,com sede à Rua .....nesta 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 **Luiz Claudio Costa,** portador da Cédula de Identidade/RG nº 1.004.706-4 SESP-PR, do CPF nº 185.717.199-34, residente e domiciliado na Rua Euzébio Pereira dos Anjos, 144**,** em Balsa Nova (PR) – CEP 83650-000, 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$..... em quatro parcelas de R$ ....., sendo que as mesmas deverão ser depositadas em conta corrente específica do Banco do Brasil, até o dia 05 dos meses de Fevereiro Maio, Agosto e Novembro/2019, 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;

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM 04/10/2019 10:25 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE HTTPS://C.ATENDE.NET/P6D979CA0E7E52.
POR MUNICÍPIO DE ARAUCARIA:76105535000190 - (807.211.089-49) EM 04/10/2019 10:25

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 n.º....., elemento de despesa - ....., Fonte: .....

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM 04/10/2019 10:25 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE HTTPS://C.ATENDE.NET/P6D979CA0E7E52.
POR MUNICÍPIO DE ARAUCARIA:76105635000190 - (807.211.089-49) EM 04/10/2019 10:25

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 de 1 (um) ano, podendo ser prorrogado através de Termo Aditivo.

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 20__

Prefeito Municipal

Presidente do Conselho Deliberativo do CONSÓRCIO

TESTEMUNHAS:

1 -.....

2 -.....

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 04/10/2019 10:25 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE HTTPS://C.ATENDE.NET/P6D979CA0E7E52.
POR MUNICÍPIO DE ARAUCARIA:76105535000190 - (807.211.089-49) EM 04/10/2019 10:25