



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAÍSO DO SUL

EDITAL DE DISPENSA PRESENCIAL Nº. 927/2025
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº. 972/2025
COM BASE NO ART. Nº 75, INCISO II da Lei 14.133/2021

O **MUNICÍPIO DE PARAÍSO DO SUL**, Estado do Rio Grande do Sul, Pessoa Jurídica de Direito Público Interno, com sede administrativa na Rua Max Retzlaff, n.º 150, Bairro Centro, CEP 96.530-000, nesta cidade, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 92.000.207/0001-84, por intermédio do Setor de Licitação, torna público que, realizará Dispensa de Licitação, com critério de julgamento **MENOR PREÇO POR ITEM**, nos termos Artigo nº 75, inciso II da Lei 14.133/2021, e as exigências estabelecidas neste Edital, conforme os critérios e procedimentos a seguir definidos, objetivando obter a melhor proposta, observadas as datas e horários discriminados a seguir:

DATA PARA INÍCIO DA APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA E DOCUMENTAÇÃO:

Dia 23/07/2025, às 09h00.

DATA LIMITE PARA APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA E DOCUMENTAÇÃO:

Dia 29/07/2025, às 09h00.

REFERÊNCIA DE HORÁRIO: Horário de Brasília – DF.

ENDEREÇO ELETRÔNICO PARA ENVIO DA PROPOSTA E DOCUMENTAÇÃO:

Endereço Eletrônico: compras@paraísodosul.rs.gov.br

Endereço Físico: Setor de Compras e Licitações, Secretaria de Administração, na sede da Prefeitura Municipal de Paraíso do Sul – RS.

LINK DO EDITAL: <https://www.paraísodosul.rs.gov.br/contratacao> (Contratação Direta)

1. DO OBJETO

1.1 Constitui objeto deste processo a **Contratação de empresa(s) para Compra Emergencial de Medicamentos para atender as demandas da Farmácia Básica do Município de Paraíso do Sul – RS**. Conforme Documento de Formalização de Demanda – DFD, em anexo.

Item	Descrição	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
01	ACICLOVIR 200MG COMPRIMIDO	500	R\$ 0,216	R\$ 108,00
02	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100MG COMPRIMIDO	10000	R\$ 0,025	R\$ 250,00
03	ÁCIDO FÓLICO 5MG COMPRIMIDO	500	R\$ 0,032	R\$ 16,00
04	ÁCIDO VALPROICO (VALPROATO DE SÓDIO) 500MG COMPRIMIDO	2000	R\$ 0,677	R\$ 1.354,00
05	AMIODARONA, CLORIDRATO 200MG COMPRIMIDO	1000	R\$ 0,390	R\$ 390,00
06	AMOXICILINA 500MG CÁPSULA	300	R\$ 0,352	R\$ 105,60
07	ANLODIPINO, BESILATO 5MG COMPRIMIDO	1000	R\$ 0,027	R\$ 27,00
08	AZITROMICINA 500MG COMPRIMIDO	300	R\$ 0,720	R\$ 216,00



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAÍSO DO SUL

09	CAPTOPRIL 25MG COMPRIMIDO	1500	R\$ 0,024	R\$ 36,00
10	CARBONATO DE CÁLCIO (CÁLCIO ELEMENTAR) 500MG COMPRIMIDO	450	R\$ 0,060	R\$ 27,00
11	CARBONATO DE CÁLCIO + COLECALCIFEROL 500MG + 400UI	300	R\$ 0,060	R\$ 18,00
12	CARVEDILOL 25MG COMPRIMIDO	1980	R\$ 0,130	R\$ 257,40
13	CARVEDILOL 3,125MG COMPRIMIDO	980	R\$ 0,120	R\$ 117,60
14	CARVEDILOL 6,25MG COMPRIMIDO	1980	R\$ 0,070	R\$ 138,60
15	CEFALEXINA 500MG CÁPSULA	500	R\$ 0,430	R\$ 215,00
16	CINARIZINA 25MG COMPRIMIDO	450	R\$ 0,297	R\$ 133,65
17	DIAZEPAM 5MG COMPRIMIDO	1500	R\$ 0,080	R\$ 120,00
18	DIPIRONA SÓDICA 500MG COMPRIMIDO	9840	R\$ 0,110	R\$ 1.082,40
19	DOXAZOSINA, MESILATO 2MG COMPRIMIDO	990	R\$ 0,080	R\$ 79,20
20	DOXAZOSINA, MESILATO 4MG COMPRIMIDO	1000	R\$ 0,250	R\$ 250,00
21	ESPIRONOLACTONA 25MG COMPRIMIDO	2490	R\$ 0,180	R\$ 448,20
22	FENOBARBITAL 100MG COMPRIMIDO	600	R\$ 0,367	R\$ 220,20
23	FLUOXETINA, CLORIDRATO 20MG CÁPSULA	9940	R\$ 0,050	R\$ 497,00
24	FUROSEMIDA 40MG COMPRIMIDO	5000	R\$ 0,041	R\$ 205,00
25	HALOPERIDOL 5MG COMPRIMIDO	1000	R\$ 0,200	R\$ 200,00
26	IBUPROFENO 50MG/ML SUSPENSÃO ORAL 30ML FRASCO	100	R\$ 2,330	R\$ 233,00
27	IBUPROFENO 600MG COMPRIMIDO	1500	R\$ 0,146	R\$ 219,00
28	IMIPRAMINA, CLORIDRATO 25MG COMPRIMIDO	1000	R\$ 0,511	R\$ 511,00
29	LEVODOPA + BENSERAZIDA 100 + 25MG CAP LIBERAÇÃO CONTROLADA PROLOPA HBS COMPRIMIDO	300	R\$ 3,130	R\$ 939,00
30	LEVODOPA + BENSERAZIDA 100 + 25MG COMPRIMIDO PROLOPA BD COMPRIMIDO	300	R\$ 2,090	R\$ 627,00
31	LEVODOPA CARBIDOPA 250 + 25MG COMPRIMIDO	300	R\$ 1,114	R\$ 334,20
32	LEVOTIROXINA SÓDICA 100 MCG COMPRIMIDO	2500	R\$ 0,350	R\$ 875,00
33	LEVOTIROXINA SÓDICA 25MCG COMPRIMIDO	2500	R\$ 0,371	R\$ 927,50
34	LEVOTIROXINA SÓDICA 50MCG COMPRIMIDO	2500	R\$ 0,409	R\$ 1.022,50
35	LIDOCAÍNA, CLORIDRATO 20MG/G GEL 30G TUBO	50	R\$ 5,090	R\$ 254,50
36	LORATADINA 10MG COMPRIMIDO	1800	R\$ 0,072	R\$ 129,60
37	METOPROLOL, SUCCIANTO 100MG	1500	R\$ 1,250	R\$ 1.875,00



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAÍSO DO SUL

	COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA COMPRIMIDO			
38	METOPROLOL, SUCCIANTO 25MG COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA COMPRIMIDO	1500	R\$ 0,930	R\$ 1.395,00
39	METOPROLOL, SUCCIANTO 50MG COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA COMPRIMIDO	2500	R\$ 0,740	R\$ 1.850,00
40	NEOMICINA + BACITRACINA 5 + 250MG + UI/G POMADA 10G TUBO	200	R\$ 2,330	R\$ 466,00
41	NIFEDIPINO 10MG COMPRIMIDO	1000	R\$ 0,116	R\$ 116,00
42	OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA	9240	R\$ 0,070	R\$ 646,80
43	PARACETAMOL + CODEÍNA, FOSFATO 500MG + 30MG COMPRIMIDO	180	R\$ 0,400	R\$ 72,00
44	PARACETAMOL 750MG COMPRIMIDO	5000	R\$ 0,100	R\$ 500,00
45	RISPERIDONA 2MG COMPRIMIDO	2500	R\$ 0,090	R\$ 225,00
46	SALBUTAMOL, SULFATO 100 MCG/DOSE AEROSOL 200 DOSES FRASCO	100	R\$ 12,250	R\$ 1.225,00
47	SULFATO FERROSO (40MG DE FERRO ELEMENTAR) COMPRIMIDO	4000	R\$ 0,036	R\$ 144,00
48	VARFARINA SÓDICA 5MG COMPRIMIDO	1500	R\$ 0,220	R\$ 330,00
49	VERAPAMIL, CLORIDRATO 80MG COMPRIMIDO	1500	R\$ 0,346	R\$ 519,00
Total:				R\$ 21.947,95

1.2 Compõem este Edital, além das condições específicas, os seguintes documentos:

1.2.1 ANEXO I – DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA

1.2.2 ANEXO II – MODELO DE PROPOSTA

2. DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

2.1 As despesas decorrentes desta contratação estão programadas em dotação orçamentária própria, prevista no orçamento do Poder Executivo Municipal de Paraíso do Sul/RS, para exercício de 2025.

Órgão:	10 – SEC. MUNICIPAL DE SAÚDE
Projeto Atividade:	2068000 FARMÁCIA BÁSICA - UNIÃO
	1600 – TRANSFERÊNCIAS FUNDO A FUNDO DE RECURSOS
	4503 – CUSTEIO ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
	3.3.90.32.02.00.00 – MEDICAMENTOS PARA USO DOMICILIAR

3. PERÍODO PARA ENVIO DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO E PROPOSTA DE PREÇO/COTAÇÃO



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAÍSO DO SUL

3.1 O presente processo ficará ABERTO POR UM PERÍODO DE 03 (TRÊS) DIAS ÚTEIS, a partir da data da divulgação no site, e os respectivos documentos deverão ser encaminhados ao endereço de e-mail: compras@paraissodosul.rs.gov.br ou presencialmente no Setor de Compras e Licitações, Secretaria de Administração, na sede da Prefeitura Municipal de Paraíso do Sul – RS, fazendo referência a DISPENSA n.º 927/2025, “Contratação de empresa para Compra Emergencial de Medicamentos para atender as demandas da Farmácia Básica do Município de Paraíso do Sul – RS”.

3.1.1 Limite para Apresentação da Proposta de Preços: 29/07/2025, às 09h00.

3.1.2 O fornecedor interessado, após a divulgação do aviso de contratação direta, encaminhará, por e-mail ou de forma presencial, ao setor de compras/licitações, a proposta com a descrição do objeto ofertado, a marca do produto, quando for o caso, e o preço, até a data e o horário estabelecidos para limite de apresentação de propostas.

3.1.2.1 A Proposta de preço poderá ser apresentada conforme modelo constante no Anexo II deste Edital ou em modelo próprio da empresa interessada, devendo esta conter os dados mínimos da empresa, como: Razão Social, Endereço, telefone e e-mail, estar assinada física ou digitalmente.

3.1.2.2 As propostas de preço que não estiverem em consonância com as exigências deste Edital serão desconsideradas julgando-se pela desclassificação.

3.1.2.3 Os preços ofertados não poderão exceder os valores unitários, previamente apurados pelo município, devendo obedecer ao valor estipulado pela administração.

3.1.2.4 Os documentos necessários à habilitação deverão ser providenciados pela secretaria requisitante, em um prazo de até 24 (vinte e quatro) horas após solicitado pelo Setor de Compras, e enviado via protocolo interno.

4. HABILITAÇÃO

4.1 Certidão Negativa de Débito – CND Federal, Estadual, Municipal;

4.2 Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral (CNPJ) da empresa a ser contratada.

5. ESTIMATIVA DO VALOR DE CONTRATAÇÃO

5.1 Estima-se para a contratação almejada o valor de R\$ 21.947,95 (vinte e um mil e novecentos e quarenta e sete reais e noventa e cinco centavos), conforme mencionado no Documento de Formalização de Demanda – DFD elaborado anteriormente ao presente edital, devidamente compatível com os valores praticados pelo mercado.

6. DO PAGAMENTO

6.1 O pagamento será efetuado no prazo máximo de até 30 (trinta) dias, após o recebimento da Nota Fiscal, e o aceite dado pelo(a) Secretário(a) ou responsável pela pasta ou servidor responsável.

6.2 Para realização dos pagamentos, o licitante vencedor deverá manter a regularidade fiscal apresentada durante processo de habilitação.

6.3 Serão processadas as retenções previdenciárias nos termos da Lei que regula a matéria.

7. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAÍSO DO SUL

7.1 O prazo de validade dos medicamentos não deve ser inferior a um ano. Ainda, os medicamentos não podem estar estragados ou violados.

7.2 O prazo de entrega dos medicamentos deve ser de 05 (cinco) dias úteis após o envio de pedido de compra.

7.3 Os medicamentos deverão ser entregues no seguinte endereço: Avenida Afonso Pena, nº 105 – Secretaria Municipal de Saúde – Paraíso do Sul/RS.

7.4 Poderá o Município revogar o presente Edital de Dispensa Presencial, no todo ou em parte, por conveniência administrativa e interesse público, decorrente de fato superveniente, devidamente justificado.

7.5 O Município deverá anular o presente Edital de Dispensa Presencial, no todo ou em parte, sempre que acontecer ilegalidade, de ofício ou por provocação.

7.6 Os e-mails encaminhados após término do prazo de recebimento de proposta, com a finalidade de negociação terão prazo de resposta estipulados em seu encaminhamento, o qual será definido conforme a urgência da necessidade de contratação, sob pena de desclassificação do fornecedor que não apresentar retorno dentro do período estipulado.

7.7 A anulação do procedimento de Dispensa Presencial, não gera direito à indenização, ressalvada o disposto no parágrafo único do art. 71 da Lei Federal nº 14.133/21.

7.8 Após a fase de classificação das propostas, não cabe desistência da mesma, salvo por motivo justo decorrente de fato superveniente e aceito pelo Município.

Paraíso do Sul, 22 de Julho de 2025.

CLAITON CLÉO MÜLLER
Prefeito Municipal de Paraíso do Sul – RS



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAÍSO DO SUL

ANEXO I

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA

O DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD poderá ser obtido gratuitamente no endereço eletrônico: <https://www.paraisodosul.rs.gov.br/contratacao>



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAÍSO DO SUL

ANEXO II

MODELO DE PROPOSTA COMERCIAL
COM BASE NO ART. Nº 75, INCISO II da Lei 14.133/2021

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

EMAIL:

Objeto: **Contratação de empresa(s) para Compra Emergencial de Medicamentos para atender as demandas da Farmácia Básica Municipal de Paraíso do Sul - RS, CONFORME DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA.**

Item	Descrição	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
01	ACICLOVIR 200MG COMPRIMIDO	500		
02	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100MG COMPRIMIDO	10000		
03	ÁCIDO FÓLICO 5MG COMPRIMIDO	500		
04	ÁCIDO VALPROICO (VALPROATO DE SÓDIO) 500MG COMPRIMIDO	2000		
05	AMIODARONA, CLORIDRATO 200MG COMPRIMIDO	1000		
06	AMOXICILINA 500MG CÁPSULA	300		
07	ANLODIPINO, BESILATO 5MG COMPRIMIDO	1000		
08	AZITROMICINA 500MG COMPRIMIDO	300		
09	CAPTOPRIL 25MG COMPRIMIDO	1500		
10	CARBONATO DE CÁLCIO (CÁLCIO ELEMENTAR) 500MG COMPRIMIDO	450		
11	CARBONATO DE CÁLCIO + COLECALCIFEROL 500MG + 400UI	300		
12	CARVEDILOL 25MG COMPRIMIDO	1980		
13	CARVEDILOL 3,125MG COMPRIMIDO	980		
14	CARVEDILOL 6,25MG COMPRIMIDO	1980		
15	CEFALEXINA 500MG CÁPSULA	500		
16	CINARIZINA 25MG COMPRIMIDO	450		
17	DIAZEPAM 5MG COMPRIMIDO	1500		
18	DIPIRONA SODICA 500MG COMPRIMIDO	9840		
19	DOXAZOSINA, MESILATO 2MG COMPRIMIDO	990		



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAÍSO DO SUL

20	DOXAZOSINA, MESILATO 4MG COMPRIMIDO	1000		
21	ESPIRONOLACTONA 25MG COMPRIMIDO	2490		
22	FENOBARBITAL 100MG COMPRIMIDO	600		
23	FLUOXETINA, CLORIDRATO 20MG CÁPSULA	9940		
24	FUROSEMIDA 40MG COMPRIMIDO	5000		
25	HALOPERIDOL 5MG COMPRIMIDO	1000		
26	IBUPROFENO 50MG/ML SUSPENSÃO ORAL 30ML FRASCO	100		
27	IBUPROFENO 600MG COMPRIMIDO	1500		
28	IMIPRAMINA, CLORIDRATO 25MG COMPRIMIDO	1000		
29	LEVODOPA + BENSERAZIDA 100 + 25MG CAP LIBERAÇÃO CONTROLADA PROLOPA HBS COMPRIMIDO	300		
30	LEVODOPA + BENSERAZIDA 100 + 25MG COMPRIMIDO PROLOPA BD COMPRIMIDO	300		
31	LEVODOPA CARBIDOPA 250 + 25MG COMPRIMIDO	300		
32	LEVOTIROXINA SÓDICA 100 MCG COMPRIMIDO	2500		
33	LEVOTIROXINA SÓDICA 25MCG COMPRIMIDO	2500		
34	LEVOTIROXINA SÓDICA 50MCG COMPRIMIDO	2500		
35	LIDOCAÍNA, CLORIDRATO 20MG/G GEL 30G TUBO	50		
36	LORATADINA 10MG COMPRIMIDO	1800		
37	METOPROLOL, SUCCIANTO 100MG COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA COMPRIMIDO	1500		
38	METOPROLOL, SUCCIANTO 25MG COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA COMPRIMIDO	1500		
39	METOPROLOL, SUCCIANTO 50MG COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA COMPRIMIDO	2500		
40	NEOMICINA + BACITRACINA 5 + 250MG + UI/G POMADA 10G TUBO	200		
41	NIFEDIPINO 10MG COMPRIMIDO	1000		
42	OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA	9240		
43	PARACETAMOL + CODEÍNA, FOSFATO 500MG + 30MG COMPRIMIDO	180		



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAÍSO DO SUL

44	PARACETAMOL 750MG COMPRIMIDO	5000		
45	RISPERIDONA 2MG COMPRIMIDO	2500		
46	SALBUTAMOL, SULFATO 100 MCG/DOSE AEROSOL 200 DOSES FRASCO	100		
47	SULFATO FERROSO (40MG DE FERRO ELEMENTAR) COMPRIMIDO	4000		
48	VARFARINA SÓDICA 5MG COMPRIMIDO	1500		
49	VERAPAMIL, CLORIDRATO 80MG COMPRIMIDO	1500		
Total:				

VALOR TOTAL: R\$_____ (_____).

PRAZO DE VALIDADE DA PROPOSTA	Não inferior a 60 dias
CONDIÇÕES DE PAGAMENTO	Pagamento no prazo máximo de até 30 (trinta) dias após o recebimento da Nota Fiscal.
PRAZO E LOCAL DE ENTREGA/EXECUÇÃO	

Despesas inerentes a impostos, tributos, contratação de pessoal e outros, correrão totalmente por conta da Empresa contratada.

Apresentamos nossa proposta conforme o estabelecido no Edital.

Local, _____ de _____ de 2025.

Assinatura do Responsável
CPF:

Obs.: Identificação, assinatura do representante legal e carimbo do CNPJ, se houver.