**INTENÇÃO DE REGISTRO DE PREÇOS (IRP) DE N° 002/2025**

O **CONSORCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO ALTO PARAOPEBA E VALE DO PIRANGA – CISAP-VP**, constituído na forma de Associação Pública, com personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica, inscrito no CNPJ sob o nº 02.401.218/0001-83, com sede na Avenida Professor Manoel Martins, nº 521, Apt. 01, Bairro Campo Alegre - Conselheiro Lafaiete–MG, CEP. 36.400-110, na condição de Órgão Gerenciador, torna público para **conhecimento dos entes consorciados**, procedimento de Intenção de Registro de Preços (IRP) nº **002/2025**, nos termos do artigo 86, da Lei Nacional n° 14.133/21.

**1. OBJETO DA INTENÇÃO DE REGISTRO DE PREÇO**

1.1 O presente procedimento de Intenção de Registro de Preços (IRP) nº **002/2025**, tem como objeto o registro de preços para futura e eventual a “**contratação de empresas especializadas no fornecimento de medicamentos, com base no maior percentual de desconto sobre o preço médio do produto inscrito no Banco de Preços do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais – TCE/MG aos Município que compõem o CISAP-VP**”.

1.2 O procedimento de Intenção de Registro de Preços (IRP) não é direcionado a fornecedores e sim aos Municípios Consorciados ao CISAP-VP.

1.3 Nos termos do artigo 86 da Lei Nacional n° 14.133/21, o procedimento de Intenção de Registro de Preços (IRP) consiste em um procedimento que possibilita aos Municípios Consorciados participarem de uma licitação realizada por registro de preços para contratação de um determinado bem ou serviço **sem o compromisso de utilização**.

1.3.1 A Intenção de Registro de Preços permite ao Município, fornecer os quantitativos, para quantificação de uma eventual demanda futura que possa surgir, possibilitando ao ente público ter uma opção caso precise se utilizar do procedimento licitatório no futuro, que estará pronto e apto a ser disponibilizado.

**2. DO PRAZO E ENVIO DA MANIFESTAÇÃO DE INTERESSE**

2.1 A apresentação da manifestação de Intenção de Registro de Preços deverá ser enviada, pelos Municípios Consorciados, impreterivelmente, em até **08 (oito) dias úteis**, contados a partir do primeiro dia útil subsequente à divulgação deste expediente, ou seja, dentre os dias **15 de outubro de 2025 a 27 de outubro de 2025**.

2.2 Tal manifestação será encaminhada para os e-mails: [cisapvpdepartamento1@gmail.com](mailto:cisapvpdepartamento1@gmail.com) e [assessoriacisap@gmail.com](mailto:assessoriacisap@gmail.com)

**3. DISPOSIÇÕES GERAIS DA MANIFESTAÇÃO DE INTERESSE**

3.1 Para o presente objeto, o Consórcio destinará sua capacidade operacional em atender exclusivamente aos seus entes consorciados, o que justifica a não realização de procedimento aberto aos demais entes da federação.

3.2 O procedimento será destinado exclusivamente aos Municípios Consorciados, e o prazo de vigência das futuras Atas de Registro de Preço oriundas deste procedimento, serão de 1 (um) ano, podendo ser prorrogadas por igual período, desde que comprovada a vantajosidade, nos termos do caput do artigo 84 da Lei Nacional n° 14.133/2021.

3.3 Todo o processo de IRP será operacionalizado pelo Consórcio CISAP-VP.

3.4 Não há um número máximo de participantes; qualquer órgão consorciado poderá encaminhar sua demanda e participar do registro.

3.5 O CISAP-VP se reserva no direito de aceitar ou recusar, de forma justificada, os quantitativos considerados ínfimos ou superestimados, bem como a inclusão de novos itens na IRP.

3.6 A presente Intenção de Registro de Preço será divulgada no site oficial do CISAP-VP, qual seja: <https://www.cisapvp.com.br/>

3.7 O CISAP-VP somente avançará para o futuro processo licitatório de registro de preço, se houver a demanda apresenta pelos Municípios Consorciados, fruto do presente procedimento de Intenção de Registro de Preços (IRP) nº **002/2025**

3.8 Dúvidas ou solicitações de esclarecimentos poderão ser enviadas através dos e-mail [cisapvplicitacao@gmail.com](mailto:cisapvplicitacao@gmail.com)/ [cisapvpdepartamento1@gmail.com](mailto:cisapvpdepartamento1@gmail.com) / [assessoriacisap@gmail.com/](mailto:assessoriacisap@gmail.com/)

3.9 Faz parte integrante deste expediente, o ANEXO I, denominado PLANILHA DE RESPOSTA, documento em que os Municípios Consorciados deverão colocar os seus quantitativos estimados para o período de 12 meses.

Conselheiro Lafaiete, 14 de outubro de 2025.

**Danila Leir Rezende Teles Lopes**

Agente de Contratação

**ANEXO I – PLANILHA DE RESPOSTA**

**OBJETO**: Registro de preços para futura e eventual contratação de empresas especializadas no fornecimento de medicamentos, com base no maior percentual de desconto sobre o preço médio do produto inscrito no Banco de Preços do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais – TCE/MG aos Município que compõem o CISAP-VP.

**ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA PLANILHA PELOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS**

Cada Município consorciado deverá:

1. **Coluna “Local de Atendimento”**
   * Informar, de forma objetiva, o local de execução pretendido para cada serviço/profissional:
     + **Município** – quando o atendimento for realizado nas dependências do próprio Município consorciado (ex.: UBS, Policlínica, Hospital Municipal).
     + **Consultório do Profissional** – quando o atendimento ocorrer no consultório/clínica particular do profissional credenciado.
2. **Coluna “Quantidade Anual”**
   * Indicar a **quantidade estimada para o período de 12 (doze) meses** de vigência da ata, considerando as demandas históricas e a previsão de crescimento ou sazonalidade.
3. **Observações Importantes**
   * O correto preenchimento é essencial para garantir a estimativa do consumo e a adequada formação dos preços de referência.
   * Caso o Município não tenha previsão de utilização de determinado serviço, deve constar “0” (zero) na coluna “Quantidade Anual”, evitando lacunas.
   * Recomenda-se que o planejamento seja elaborado em conjunto com a equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde, levando em conta os atendimentos realizados nos últimos exercícios e eventuais expansões de serviços.

**DADOS DO MUNICÍPIO**

**MUNICÍPIO:** <<Nome>>

**CNPJ:** <<Número>>

**ENDEREÇO:** <<Número>>

| **Item** | **Especificação** | **Percentual de Desconto** | **VALOR ANUAL DE GASTOS PELO MUNICÍPIO** |
| --- | --- | --- | --- |
| 01 | Medicamentos **GENÉRICOS** de “A a Z”, descritos no BANCO DE PREÇOS do TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS. | A ser definido em Futuro Processo | R$ |
| 02 | Medicamentos **SIMILARES** de “A a Z”, descritos no BANCO DE PREÇOS do TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS. | A ser definido em Futuro Processo | R$ |
| 03 | Medicamentos **REFERÊNCIA (éticos/biológicos)** de “A a Z”, descritos no BANCO DE PREÇOS do TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS. | A ser definido em Futuro Processo | R$ |