



CEAP-SOL
Centro Estadual de Atenção
Protegida e Casa de Apoio
Condomínio Solidariedade.

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Goiânia, 06 de novembro 2023.

**TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS**

TR N.º 068/2023

De: Farmácia/Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra de medicamentos Condomínio Solidariedade.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

Descrições dos itens, conforme solicitação de compra na tabela abaixo:

CODIGO	MEDICAMENTO	UNIDADE	QUANT. SOLICITADA
4946	PROMETAZINA COMP 25MG	COMPRIMIDO	50
16119	POLIMIXINA B PO P/ SOL INJ 500.000UI	FRASCO AMPOLA	50
29288	ACETILCISTEINA GRANULADO 600MG	ENVELOP	150
4944	ACIDO ACETILSALICILICO COMP 100MG	COMPRIMIDO	100
5087	BROMOPRIDA COMP 10MG	COMPRIMIDO	100
8564	CLONIDINA COMP 0,100MG	COMPRIMIDO	100
17939	COLAGENASE POMADA TUBO 30G	TB 30	100
5034	DIAZEPAM COMP 10MG	COMPRIMIDO	50
49258	LEVETIRACETAM COMP 250MG	COMPRIMIDO	350
18601	SERTRALINA COMP 50MG	COMPRIMIDO	100
38104	PELICULA PROT. SOL POLIMERICA SPRAY FR 28ML	FRASCO	100
4995	DOBUTAMINA SOL INJ 12,5MG/ML 20ML	AMPOLA	100

16117	LINEZOLIDA SOL INJ 2MG/ML 300ML	BOLSA	10
-------	---------------------------------	-------	----

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de reposição do estoque na CAF (CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO), a serem utilizadas pelos setores da unidade e pacientes lotados na unidade.

4. QUANTIDADE E MEMÓRIA DE CÁLCULO

Conforme solicitação de compra.

5. DAS OBRIGAÇÕES DO FORNECEDOR

5.1. Atender os pedidos com as descrições publicadas e manter os preços irrevogáveis, conforme proposta publicada na plataforma eletrônica de compra (ID do BIONEXO) e no site do ISG ou jornal;

5.2. Atender os pedidos de acordo a demanda enviada pelos compradores, sendo realizada a programação no décimo quinto dia útil;

5.3. Os pedidos deverão ser entregues no Condomínio Solidariedade – CS, das 08:00 às 18:00 horas, tendo em vista que os pedidos deverão ser entregues com 05 (cinco) dias corridos;

5.4. O FORNECEDOR deverá disponibilizar na nota fiscal os dados bancários para realização de pagamento;

5.5. O FORNECEDOR deverá apresentar mensalmente sob pena de não liquidação das faturas as seguintes certidões com regularidade:

- Certidão Negativa de Débitos Municipais;
- Certidão Negativa de Débitos Estaduais;
- Certidão FGTS;
- Certidão de Tributos Federais;

6. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

6.1. O prazo para o pagamento será de aproximadamente 30 (trinta) dias a partir da apresentação da nota fiscal.

6.2. A Contratada deverá manter o fornecimento por mais 90 (noventa) dias mesmo que não ocorra os pagamentos das faturas

6.3. A nota fiscal deverá ser emitida em nome/razão social: Instituto Sócrates Guanaes – ISG – CG 91/2012 CNPJ/MF nº 03.969.808/0008-46, com endereço



CEAP-SOL
Centro Estadual de Atenção
Profissional e Casa de Apoio
Condomínio Solidiedade

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



na Av. Veneza, Qd. 62, Lt. 1-10 – Jardim Europa, CEP: 74.325-100 Goiânia-GO.

6.4. As notas deverão vir sem rasuras e estar no período de validade de emissão.

Atenciosamente,

CRISTIANY BARBOSA REIS
Farmacêutica CRF-Go 7298

Cristiany Barbosa Reis Silva
Farmacêutica
CRF - 7298
CEAP-SOL