

Goiânia, 07 de outubro de 2024.

**TERMO DE REFERÊNCIA  
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS**

TR N.º 046/2024

**De: CAF/Suprimentos**

**Para: Setor de Compras**

**1. MATERIAL**

Compra de medicamentos para suprir as demandas do Condomínio Solidarieidade.

**2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL**

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

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADES	QUANTIDADE
5448	AGUA BIDESTILADA SOL INJ 500ML	BOLSA 500 ML	60
6748	CLINDAMICINA SOL INJ 150MG/ML 4ML	AMPOLA DE 600MG	100
5522	GABAPENTINA CAPS 300MG	CAPSULA	200
12459	MEROPENEM PO P/ SOL INJ 1G	FR/ AMP 1000MG	100
6746	OXACILINA PO P/ SOL INJ 500MG	FR 500MG	250
6068	VANCOMICINA PO P/ SOL INJ 500MG	FR 500MG	150

**3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO**

Solicitação de reposição do estoque da CAF, a serem utilizados pelos pacientes do Ceap-Sol para consumo em 30 dias.

**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.** Enviar produtos com validade mínima de 6 meses da data de entrega ou apresentar carta de troca com mesmo prazo;

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

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

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

**5.6.** 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 – TTG 003/13 CNPJ/MF nº 03.969.808/0008-46, com endereço 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,



**CEAP-SOL**  
Centro Estadual de Atenção  
Prolongada e Casa de Apoio  
Condomínio Solidarieidade

**SES**  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Lêda Rodrigues Franco  
Supervisora Farmácia e Suprimentos  
CEAP-SOL

Assinado eletronicamente por:  
LEDA RODRIGUES FRANCO  
CPF: \*\*\*.561.871-\*\*  
Data: 10/10/2024 10:50:26 -03:00



Assinado eletronicamente por:  
Moises dos Santos Caribé  
CPF: \*\*\*.911.385-\*\*  
Data: 10/10/2024 11:00:33 -03:00



Assinado eletronicamente por:  
Kayene Rosa Santos Almeida  
CPF: \*\*\*.638.371-\*\*  
Data: 10/10/2024 13:19:19 -03:00



Assinado eletronicamente por:  
Jordana Helen Silva Teixeira  
CPF: \*\*\*.808.441-\*\*  
Data: 10/10/2024 15:38:55 -03:00



Esse documento foi assinado por LEDA RODRIGUES FRANCO, Moises dos Santos Caribé, Kayene Rosa Santos Almeida e Jordana Helen Silva Teixeira. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validade/GSB5X-2MEDY-FFS6S-46WLM>

