

Goiânia, 16 de outubro de 2024.

TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

TR N.º 050/2024

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
38244	HEPARINA SODICA SOL INJ SUBCUTANEA 5000UI/0,25ML	AMPOLA	150
18208	HIOSCINA SOL INJ 20MG/ML 1ML	AMP 20MG	200
40684	IPRATROPIO 0,25% FRASCO 20ML SOLUCAO P/ INALACAO	FRASCO	20
7291	IVERMECTINA COMP 6MG	COMPRIMIDO	30
49258	LEVETIRACETAM COMP 250MG	COMPRIMIDO	500
5098	LOPERAMIDA COMP 2MG	COMPRIMIDO	60
7429	OMEPRAZOL CAPS 20MG	CAPSULA	400
6746	OXACILINA PO P/ SOL INJ 500MG	FR 500MG	200
38104	PELICULA PROT. SOL POLIMERICA SPRAY FR 28ML	FRASCO COM 30 ML	60
5166	SULFATO FERROSO COMP C/ 40MG DE FERRO ELEMENTAR	COMPRIMIDO	60

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 Solidariedade – 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



Assinado eletronicamente por:
LEDA RODRIGUES FRANCO
CPF: ***.561.871-**
Data: 17/10/2024 08:52:18 -03:00



Lêda Rodrigues Franco
Supervisora Farmácia e Suprimentos
CEAP-SOL

Assinado eletronicamente por:
Moises dos Santos Caribé
CPF: ***.911.385-**
Data: 17/10/2024 08:54:10 -03:00



Assinado eletronicamente por:
Kayene Rosa Santos Almeida
CPF: ***.638.371-**
Data: 18/10/2024 10:47:16 -03:00



Assinado eletronicamente por:
Jordana Helen Silva Teixeira
CPF: ***.808.441-**
Data: 17/10/2024 13:52:05 -03:00



Esse documento foi assinado por LEDA RODRIGUES FRANCO, Moises dos Santos Caribé, Jordana Helen Silva Teixeira e Kayene Rosa Santos Almeida. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validade/TY5MM-ENVZP-KPZHC-JVY6G>

