



Goiânia, 23 de outubro 2024.

TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

TR N.º 053/2024

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
33501	ACIDO VALPROICO COMP 250MG (M)	COMPRIMIDO	200
5448	AGUA BIDESTILADA SOL INJ 500ML	BOLSA 500ML	60
29288	ACETILCISTEINA GRANULADO 600MG 5G	ENVELOPE 5G	200
7017	ACIDO FOLICO COMP 5MG	COMPRIMIDO	30
4925	AMITRIPTILINA COMP 25MG (M)	COMPRIMIDO	300
8037	ANLODIPINO COMP 5MG	COMPRIMIDO	100
4853	BACLOFENO COMP 10MG	COMPRIMIDO	500
48971	BUCLIZINA COMP 25MG	COMPRIMIDO	100
4944	ACIDO ACETILSALICILICO COMP 100MG	COMPRIMIDO	150
4890	CEFTRIAXONA PO P/ SOL INJ 1G	FRASCO/AMPO LA DE 1000MG	150
3923	CLONAZEPAM COMP 0,5MG (M)	COMPRIMIDO	200
6827	CLOPIDOGREL COMP 75MG	COMPRIMIDO	60



5681	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 10ML - AMPOLA	AMP 10 ML	400
33776	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 500ML - BOLSA	BOLSA 500 ML	600
48131	DAPSONA CAPS 100MG - MANIPULADO	CAPSULA	60
5626	DIPIRONA SOL INJ 500MG/ML 2ML	AMPOLA 1000MG	300
5814	DOMPERIDONA SUSP ORAL 1MG/ML 100ML	FR 100 ML	60
20465	CITALOPRAM COMP 20MG (M)	COMPRIMIDO	100
4910	FENITOINA COMP 100MG (M)	COMPRIMIDO	100
49547	GANCICLOVIR PO P/ SOL INJ 500MG	FR/AMP 500MG	100
42492	GLUCONATO DE CALCIO SOL INJ 10% 10ML (1)	AMPOLA	50
38244	HEPARINA SODICA SOL INJ SUBCUTANEA 5000UI/0,25ML	AMPOLA	400
18208	HIOSCINA SOL INJ 20MG/ML 1ML	AMP 20MG	400
49258	LEVETIRACETAM COMP 250MG (M)	COMPRIMIDO	300
21994	LORATADINA COMP 10MG	COMPRIMIDO	60
13173	METOPROLOL SOL INJ 1MG/ML 5ML	AMP 5MG	60
21339	MIRTAZAPINA COMP 30MG (M)	COMPRIMIDO	200
32359	MORFINA COMP 10MG	COMPRIMIDO	60
37261	NEOMICINA + BACITRACINA POMADA 5MG + 250UI/G 10G	TB 10 GRAMAS	30
7429	OMEPRAZOL CAPS 20MG	CAPSULA	200
38104	PELICULA PROT. SOL POLIMERICA SPRAY FR 28ML	FRASCO COM 30 ML	200
13648	PIPERACILINA + TAZOBACTAM PO P/ SOL INJ 4 + 0,5G	FR4,5 G	200
23713	QUETIAPINA COMP 25MG (M)	COMPRIMIDO	300
24964	RISPERIDONA COMP 1MG (M)	COMPRIMIDO	100
18595	RISPERIDONA COMP 2MG (M)	COMPRIMIDO	200
43461	SIMETICONA SOL ORAL 75MG/ML 15ML	FR 15ML	100
10560	TIAMINA COMP 300MG	COMPRIMIDO	300

Esse documento foi assinado por Kayene Rosa Santos Almeida, GUSTAVO MOREIRA-CAMARGO, Jordana Helen silva Teixeira e Igor Guimarães Silva Honorato. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/T69Q3-HRCF6-HFUGH-7L285>



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

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



25036	VASELINA SOLIDA 500G	POTE C/ 500 GRAMAS	10
-------	----------------------	-----------------------	----

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de compra de materiais para abastecimento da Unidade. Os medicamentos solicitados foram lançado devido necessidade de ressuprimento e proximidade de ruptura do estoque, para abastecimento semanal . A falta desses medicamentos pode levar a desassistência ao paciente da Unidade. Para análise, é utilizado o consumo dos últimos três meses, sazonalidade e epidemiologia atual.

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 irrealizáveis, 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 Solidarietà – 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



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

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



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 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,

Assinado eletronicamente por:
GUSTAVO MOREIRA CAMARGO
CPF: ***.586.511-**
Data: 30/10/2024 08:45:25 -03:00

MUNDO DIGITAL

GUSTAVO MOREIRA CAMARGO
FARMACÊUTICA CEAP-SOL
CRF/GO: 18261

Assinado eletronicamente por:
Igor Guimarães Silva Honorato
CPF: ***.340.621-**
Data: 30/10/2024 16:14:18 -03:00

MUNDO DIGITAL

Assinado eletronicamente por:
Kayene Rosa Santos Almeida
CPF: ***.638.371-**
Data: 30/10/2024 08:32:45 -03:00

Assinado eletronicamente por:
Jordana Helen silva Teixeira
CPF: ***.808.441-**
Data: 30/10/2024 10:01:08 -03:00

MUNDO DIGITAL

Esse documento foi assinado por Kayene Rosa Santos Almeida, GUSTAVO MOREIRA CAMARGO, Jordana Helen silva Teixeira e Igor Guimarães Silva Honorato. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validade/T69Q3-HRCE6-HFUGH-71285>