



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

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



6717	PREDNISONA COMP 20MG	COMPRIMIDO	400
------	----------------------	------------	-----

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de compra de medicamento para abastecimento da Unidade. O medicamento solicitado foi lançado devido necessidade de ressuprimento e proximidade de ruptura do estoque, para abastecimento mensal. A falta desses medicamentos pode levar a desassistência ao paciente da Unidade. Este medicamento não é padronizado na unidade, será acrescentado na padronização na próxima reunião da comissão de padronização de MAT/MED da 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 irremovíveis, 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 60 (sessenta) dias a partir da apresentação da nota fiscal.

Esse documento foi assinado por: [Assinatura] em [Data] no endereço eletrônico: [Endereço]. Para mais informações, consulte o site: [Site].





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

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



- 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 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:
ANDREA DE PAULA LOPES
CPF: ***.162.651-**
Data: 21/01/2025 18:20:41 -03:00



ANDRÉA DE PAULA LOPES
FARMÁCIA
CEAP-SOL
CRF/GO: 7806

Assinado eletronicamente por:
Igor Guimarães Silva Honorato
CPF: ***.340.621-**
Data: 22/01/2025 11:07:10 -03:00



Assinado eletronicamente por:
Jordana Helen silva Teixeira
CPF: ***.808.441-**
Data: 22/01/2025 17:11:18 -03:00



Assinado eletronicamente por:
Karyne Rosa Santos Almeida
CPF: ***.638.371-**
Data: 22/01/2025 09:25:06 -03:00

Esse documento foi assinado por Igor Guimarães Silva Honorato e Jordana Helen silva Teixeira em nome do CEAP-SOL. Para mais informações, consulte o site: <https://www.ceap-sol.com.br>

