

Goiânia, 18 fevereiro 2025.

TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MATERIAL HOSPITALAR

TR N.º 009/2025

De: Farmácia/Suprimentos**Para: Setor de Compras****1. MATERIAL**

Compra de medicamento emergencial Condomínio Solidariedade.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

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

CODIGO	MEDICAMENTOS	UNIDADE	QUANT. SOLICITADA
518	ALCOOL LIQUIDO 70% 1000ML	Litro	60
40324	HIDROGEL COM ALGINATO 85G	UNIDADE	30
5001	ENALAPRIL COMP 10MG	COMP	30
16120	TIGECICLINA PO P/ SOL INJ 50MG	UNIDADE	30
32181	MORFINA COMP 10MG (M)	COMPRIMIDO	200
48631	ESCITALOPRAM COMP 20MG (M)	COMPRIMIDO	200
5166	SULFATO FERROSO COMP C/ 40MG DE FERRO ELEMENTAR	COMPRIMIDO	30
48971	BUCLIZINA COMP 25MG	COMPRIMIDO	60
18636	DIAZEPAM SOL INJ 5MG/ML 2ML (M)	AMP 10MG	50
5626	DIPIRONA SOL INJ 500MG/ML 2ML	AMPOLA 1000MG	800

20465	CITALOPRAM COMP 20MG (M)	COMPRIMIDO	100
4995	DOBUTAMINA SOL INJ 12,5MG/ML 20ML	AMPOLA 250MG	30
5013	FUROSEMIDA COMP 40MG	COMPRIMIDO	100
15703	DIMENIDRI+PIRIDOX+GLICOSE+FRUT INJ 10ML - INATIVAR	AMPOLA	40
18208	HIOSCINA SOL INJ 20MG/ML 1ML	AMP 20MG	400
8805	HIDROCLOROTIAZIDA COMP 25MG	COMPRIMIDO	400
10188	SINVASTATINA COMP 20MG	COMPRIMIDO	300
16119	POLIMIXINA B PO P/ SOL INJ 500.000UI	FRASCO AMPOLA	50
11323	RINGER SIMPLES SOL INJ 500ML	FR 500ML	90
31550	FITOMENADIONA (VITAMINA K1) SOL INJ IM 10MG/ML 1ML	AMP 10MG	50
5828	LIDOCAINA SOL INJ 2% S/ VASOCONSTRITOR 20ML	FR 20ML	20
10084	LOSARTANA COMP 50MG	FR 100ML	200
5651	OLEO MINERAL SOL ORAL 100ML	FR 100ML	20
7429	OMEPRAZOL CAPS 20MG	CAPSULA	500
34477	ONDANSETRONA COMP 4MG	COMPRIMIDO	300
34080	QUETIAPINA COMP 100MG (M)	COMPRIMIDO	100
15703	DIMENIDRI+PIRIDOX+GLICOSE+FRUT INJ 10ML	AMPOLA	30
38244	HEPARINA SODICA SOL INJ SUBCUTANEA 5000UI/0,25ML	AMPOLA	600
5681	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 10ML - AMPOLA	AMP 10ML	400
33776	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 500ML - BOLSA	BOLSA 500ML	500
5467	SALBUTAMOL SPRAY 200 DOSES	FRASCO	20



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

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 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 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 ANDREA DE PAULA LOPES, Igor Guimarães Silva Honorato, Jordana Helen silva Teixeira e Kayene Rosa Santos Almeida. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/MYBX6-AUQF-VLZUR-BH5XY>



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

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: 24/02/2025 11:49:28 -03:00

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

Assinado eletronicamente por:
Igor Guimarães Silva Honorato
CPF: ***.340.621-**
Data: 24/02/2025 13:49:41 -03:00

Assinado eletronicamente por:
Jordana Helen silva Teixeira
CPF: ***.808.441-**
Data: 24/02/2025 15:29:27 -03:00

Assinado eletronicamente por:
Kayene Rosa Santos Almeida
CPF: ***.638.371-**
Data: 25/02/2025 08:55:40 -03:00

Esse documento foi assinado por ANDREA DE PAULA LOPES, Igor Guimarães Silva Honorato, Jordana Helen silva Teixeira e Kayene Rosa Santos Almeida. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validade/MYBX6-AUVQF-VLZUK-0100A1>