



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

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Goiânia, 06 março 2025.

TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MATERIAL HOSPITALAR

TR N.º 013/2025

De: Farmácia/Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra de medicamento Condomínio Solidariedade.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

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

| CODIGO | MEDICAMENTOS | QUANT. SOLICITADA |
|---------------|-------------------------------|--------------------------|
| 47897 | ACIDO FOLINICO 15 MG | 100 |
| 11395 | LEVOFLOXACINO BOLSA | 60 |
| 12008 | PIRIMETAMINA 25 MG COMP | 120 |
| 24238 | DIAZEPAM 10 MG COMPRIMIDO (M) | 180 |
| 5001 | ENALAPRIL 10 MG COMP | 60 |
| 48631 | ESCITALOPRAM 20 MG (M) | 300 |
| 5166 | SULFATO FERROSO 40 MG | 60 |
| 48971 | BUCLIZINA 25 MG | 120 |
| 8805 | HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG | 120 |
| 10084 | LOSARTANA 50 MG COMPRIMIDO | 300 |
| 33501 | ACIDO VALPROICO (M) | 300 |
| 5424 | AGUA BIDEUTILADA 1000ML | 30 |
| 5448 | AGUA BUDESTILADA 500ML | 30 |
| 8037 | ANLÓDIPINO 5MG | 300 |
| 4853 | BACLOFENO 10MG | 500 |
| 24956 | BENZILPENICILINA 5.000.000 | 100 |
| 27665 | CARVEDILOL 3,125 | 60 |
| 33774 | CLORETO DE SÓDIO 0,9% 100ML | 400 |

Esse documento foi assinado por Luanda Cristina Silva Novais dos Santos, Kayene Rosa Santos Almeida, Igor Guimarães Silva Honorato e Jordana Helen Silva Teixeira. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validade/87TQ2-MA6QQ-R9AGN-F7NSL>

| | | |
|-------|--|------|
| 15896 | CLOR. DEGER 2% 100ML | 200 |
| 49913 | CLORPROMAZINA 25MG (M) | 30 |
| 5020 | DIPIRONA 500MG CPR | 1500 |
| 5814 | DOMPERIDONA SUSP 100ML | 100 |
| 38989 | ENOXAPARINA 40MCG | 200 |
| 5222 | GABAPENTINA 300MG (M) | 1000 |
| 5044 | INSULINA NPH SOL INJ 100U/ML | 10 |
| 12210 | LACTULOSE XPE | 60 |
| 49258 | LEVETIRACETAM 250MG (M) | 1000 |
| 10200 | LEVOFLOXACINO 500MG CPR | 60 |
| 12459 | MEROPENEM 1G | 200 |
| 18562 | MORFINA 10MG/1ML AMP (M) | 300 |
| 38967 | OLEO GRAXO ESSENCIAS (AGE) 100ML | 60 |
| 27897 | PARACETAMOL+CODEINA 500/30 | 300 |
| 38104 | PELICULA PROTETORA SPRAY 28ML | 100 |
| 16119 | POLIMIXINA B 500.000 UI | 200 |
| 6717 | PREDNISONA 20MG CPR | 500 |
| 23713 | QUETIAPINA 25MG (M) | 600 |
| 24964 | RISPERIDONA 1MG (M) | 300 |
| 43461 | SIMETICONA 15ML | 200 |
| 40325 | SULFADIAZINA PRATA 1% 30G | 10 |
| 18561 | MORFINA 2MG AMP (M) | 200 |
| 18582 | TRAMADOL 100MG AMP (M) | 200 |
| 16120 | TIGECICLINA PO P/ SOL INJ 50MG | 40 |
| 31550 | FITOMENADIONA (VITAMINA K1) SOL INJ IM 10MG/ML 1ML | 100 |
| 18645 | FLUMAZENIL | 10 |

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de compra de medicamento para abastecimento da Unidade. O medicamento solicitado foi lançado devido necessidade de ressurgimento 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.



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

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



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 Solidariedade – 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.

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:
Jordana Helen Silva Teixeira
CPF: ***.808.441-**
Data: 14/03/2025 10:16:55 -
03:00 **MUNDO DIGITAL**

Assinado eletronicamente por:
Luanda Cristina Silva Novais dos Santos
CPF: ***.666.501-**
Data: 12/03/2025 12:12:15 -03:00
MUNDO DIGITAL

Luanda Cristina Silva Novais Santos
FARMÁCIA
CEAP-SOL
CRF/GO: 16420

Assinado eletronicamente por:
Igor Guimarães Silva Honorato
CPF: ***.340.621-**
Data: 13/03/2025 14:07:49 -03:00
MUNDO DIGITAL

Assinado eletronicamente por:
Kayene Rosa Santos Almeida
CPF: ***.638.371-**
Data: 12/03/2025 13:35:41 -03:00

Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/87TQ2-MA6QQ-R9AGN-F7NSL>

