

Goiânia, 15 de maio de 2025.

**TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MATERIAIS**

TR N.º 022/2025

De: Farmácia/Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Venho através deste, solicitar autorização para compra de 02 (dois) intercomunicadores, conforme modelo, para o setor de atendimento na farmácia ambulatorial do CEAP-SOL.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

2.1 Intercomunicador Pedestal Para Vidro WS IT/07

Intercomunicadores com haste flexível embutida;

Modulo interno, placa de circuito eletrônico, e botões de acionamento;

Modulo externo, com autofalantes e microfones embutidos;

Projetado para uso em locais com isolamento entre 2 ambientes



3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

A aquisição do item destina-se ao setor de recepção da farmácia ambulatorial. O intercomunicador proporciona uma total transferência de áudio com a máxima clareza, evitando assim gritos, repetições e mau atendimento. Assegurando a saúde e integridade dos colaboradores que ali trabalham.

4. QUANTIDADE E MEMÓRIA DE CÁLCULO

Item	Descrição do Produto	Quantidade
1	Intercomunicador	2

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 (**IDC do GTPLAN**) e no site do ISG ou jornal;

5.2. Atender os pedidos de acordo a demanda enviada pelos compradores;

5.3. Os pedidos deverão ser entregues no Condomínio Solidarieidade – CS, das 07:30 às 17:30 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;



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

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



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,

Luanda Cristina Silva Novais dos Santos

Assinado eletronicamente por:
Luanda Cristina Silva Novais dos Santos
CPF: ***.666.501-**
Data: 19/05/2025 17:16:11 -03:00



Luanda Cristina S. Novais Santos
Supervisora de farmácia/suprimentos
CRF-GO 16420
CEAP-SOL

Assinado eletronicamente por:
Kayene Rosa Santos Almeida
CPF: ***.638.371-**
Data: 15/05/2025 17:01:46 -03:00

Assinado eletronicamente por:
Igor Guimarães Silva Honorato
CPF: ***.340.621-**
Data: 16/05/2025 13:41:00 -03:00



Assinado eletronicamente por:
Jordana Helen silva Teixeira
CPF: ***.808.441-**
Data: 20/05/2025 13:09:55 -03:00



Assinado eletronicamente por:
Thais Lopes Safatle Dourado
CPF: ***.654.921-**
Data: 16/05/2025 10:54:51 -03:00



Esse documento foi assinado por: Kayene Rosa Santos Almeida, Thais Lopes Safatle Dourado, Igor Guimarães Silva Honorato, Luanda Cristina Silva Novais dos Santos e Jordana Helen silva Teixeira. Para validar o documento e suas assinaturas, acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/VSRNY-8BQZN-YX8EN-D2HHH>

