

Goiânia, 06 de junho de 2025.

TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS DE EMERGÊNCIA
TR N.º 027/2025

De: CAF/Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra emergencial de medicamentos Condomínio Solidarieidade.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

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

CODIGO	MATERIAL	UNIDADE	QUANT. SOLICITADA
6827	CLOPIDOGREL COMP 75MG	COMP	100
24964	RISPERIDONA COMP 1MG (M)	AMP	500
33774	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 100ML BOLSA	BOLSA	140
4944	ACIDO ACETILSALICILICO COMP 100MG	COMP	500
5621	BROMOPRIDA SOL INJ 5MG/ML 2ML	AMP	200
10188	SINVASTATINA COMP 20MG	COMP	100
18601	SERTRALINA COMP 50MG (M)	COMP	300
7429	OMEPRAZOL 20 MG	COMP	500

10896	OMEPRAZOL PO P/ SOL INJ 40MG	FR	50
5028	HALOPERIDOL COMP 5MG (M)	COMP	500
38988	TEICOPLANINA PO P/ SOL INJ 400MG	AMP	100

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de compra de emergência afim de repor o estoque na CAF (**CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO**), com medicamentos a serem utilizadas pelos setores da unidade e pacientes lotados na unidade, tendo em vista que alguns desses itens o fornecedor não conseguiu cumprir com a entrega, e para evitar o desabastecimento dos itens descritos acima.

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 GTPLAN**) 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 Solidarieidade – 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



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

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



- 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 – TTG 003/13 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: 09/06/2025 09:50:16 -03:00



Luanda Cristina Silva Novais dos Santos
Supervisora de Farmácia/Suprimentos
CEAP-SOL – MAT: 603732
CRF GO: 16420

Assinado eletronicamente por:
Igor Guimarães Silva Honorato
CPF: ***.340.621-**
Data: 09/06/2025 13:37:41 -03:00



Assinado eletronicamente por:
Thais Lopes Safatle Dourado
CPF: ***.654.921-**
Data: 09/06/2025 11:06:38 -03:00



Assinado eletronicamente por:
Kayene Rosa Santos Almeida
CPF: ***.638.371-**
Data: 09/06/2025 09:56:11 -03:00

Esse documento foi assinado por Luanda Cristina Silva Novais dos Santos, Kayene Rosa Santos Almeida, Thais Lopes Safatle Dourado e Igor Guimarães Silva Honorato. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/GHJAN-TDCCA-CTUNN-ZJKY5>

