

Goiânia, 03 de fevereiro de 2023.

**TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS**

TR N.º 026/2023

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

Compra de medicamentos Condomínio Solidariedade.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

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

CODIGO	MEDICAMENTO	UNIDADE	QUANT. SOLICITADA
5190	ALCOOL ETILICO ABSOLUTO 99,5% FR 1000ML	FRASCO	10
38973	CLOREXIDINA 0,12% SOL BUCAL 250ML	FRASCO	20
5414	RINGER C/ LACTATO SOL INJ 500ML	BOLSA	150
18647	FLUOXETINA COMP 20MG (M)	COMPRIMIDO	60
18601	SERTRALINA COMP 50MG (M)	COMPRIMIDO	60
29288	ACETILCISTEINA GRANULADO 600MG 5G	ENVELOPE	150
5624	HIDROCORTISONA PO P/ SOL INJ 100MG	FRASCO	50
40684	IPRATROPIO 0,25% FRASCO 20ML SOLUCAO P/ INALACAO	FRASCO	15
10200	LEVOFLOXACINO COMP 500MG	COMPRIMIDO	50
7918	NISTATINA SUSP ORAL 100.000UI/ML FR 50ML	FRASCO	15
17948	OXIDO DE ZINCO + VIT. A+D TUBO 45G	TUBO	40
6943	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA COMP 400 + 80MG	COMPRIMIDO	500

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de reposição do estoque na CAF (**CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO**), a serem utilizadas pelos setores da unidade e pacientes lotados na 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 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 Solidarietàade – 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 30 (trinta) 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,



LARISSA DE SOUZA MELO
Supervisora de Farmácia/Suprimentos
CRF/GO: 14374 - CEAP-SOL

LARISSA DE SOUZA MELO
Supervisora de Farmácia/Suprimentos CEAP-SOL
CRF/GO: 14374