

Goiânia, 17 de dezembro de 2020.

**TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS**

TR N.º 140/2020

De: Farmácia

Para: Setor de Compras


1. MATERIAL

Compra de medicamento Condomínio Solidariedade.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

Descrições do item, conforme solicitação de compra na tabela abaixo:

CÓDIGO	MEDICAMENTO	UNIDADE	CONSUMO DIÁRIO	QUANT. SOLICITADA
270	AGUA PARA INJECAO 1000 ML BOLSA	BOLSA C/1000ML	16	500
284	CLOBAZAM 10 MG COMP	COMP C/ 10 MG	2	60
143	DEXAMETASONA 2 MG/ML 1 ML AMP	AMP C/ 1 ML	10	300
80	DOMPERIDONA 1 MG/ML 100 ML SUSP ORAL FR	FR C/100 ML	3	50
294	FENOBARBITAL 100 MG COMP	COMP C/ 100 MG	2	60
295	FENOBARBITAL 100 MG/ML 2 ML AMP IV/IM	AMP C/2ML	2	60
243	FILGRASTIN 300 MCG 1 ML FA	FA C/1ML	3	100
242	GANCICLOVIR 500 MG FA	FA C/500MG	3	100
81	ONDANSETRONA 2 MG/ML 2 ML AMP	AMP C/2ML	10	300
519	SINVASTATINA 10 MG COMP	COMP C/ 10 MG	2	60


César Almeida de Assunção
Comprador
CEAP-SOL/ISG-GO

255	SULFAMETOXAZOL 400 MG + TRIMETOPRIMA 80 MG COMP	COMP C/400MG	50	1500
2056	DIMENIDRATO + CLORIDRATO DE PERIDOXINA+GLICOSE+FRUTOSE	AMP C/10ML	3	100

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 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 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

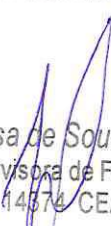
6.1. O prazo para o pagamento será de aproximadamente 30 (trinta) dias a partir da apresentação da nota fiscal.

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
CRF: 14374 CEAP-SOL

LARISSA DE SOUZA MELO

Supervisora de Farmácia CEAP-SOL

CRF/GO: 14374


Dra. Karina Fonseca C. de Oliveira
Diretora Técnica
CEAP-SOL - ISG


Eni Esp. Carmita A. Sanches da Silva
Coordenadora Operacional
CEAP-SOL ISG