

Goiânia, 18 de novembro de 2020.

**TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS**

TR N.º 128/2020

De: Farmácia

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:

CÓDIGO	MEDICAMENTO	UNIDADE	CONSUMO DIÁRIO	QUANT. SOLICITADA
3	ACICLOVIR 250 MG SOL INJ FA	FRA C/ 250MG	11	350
1159	ÁCIDO TRANEXÂMICO 250 MG/ML AMP	AMP C/ 250 ML	5	150
290	ÁCIDO VALPRÓICO 250 MG CAPS GELATINOSA	CAPS C/ 250 MG	13	400
7	ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS, VIT. A VIT E 100 ML FR	FR C/ 100 ML	5	150
269	ÁGUA PARA INJEÇÃO 10 ML AMPOLA	AMP C/ 10 ML	34	1000
179	AZITROMICINA 500 MG COMP	COMP C/ 500 MG	10	300
246	BACLOFENO 10 MG COMP	COMP C/ 10 MG	13	400
274	CLORETO DE SÓDIO 0,9% 500 ML BOLSA	BOLSA C/ 500 ML	50	1500
272	CLORETO DE SÓDIO 0,9% 100 ML BOLSA	BOLSA C/ 100 ML	34	1000
286	DIAZEPAM 10 MG COMP	COMP C/ 10 MG	6	200



312	FENITOINA 100 MG COMP	COMP C/ 100 MG	10	300
232	FLUCONAZOL 150 MG CAPS	CAPS C/ 150 MG	6	200
169	MEROPENEM 1G SOL INJ FA	FA C/ 10 MG	16	500
280	MORFINA 10 MG COMP	COMP C/ 10 MG	5	150
282	MORFINA 10 MG/ML 1 ML AMP	AMP C/ 1 ML	6	200
34	OMEPRAZOL 20 MG CAPS	CAPS C/ 20 MG	16	500
186	OXACILINA 500 MG INJ FA	FA C/ 500 MG	13	400
314	PELÍCULA PROTETORA COMPOSTA DE EMOLIENTE 28 ML FR SPRAY	FR C/ 28 ML	6	200
85	SIMETICONA 75 MG/ML 15 ML GTS FR	FR C/ 15 ML	2	60
255	SULFAMETOXAZOL 400MG + TRIMETOPRIMA 80 MG COMP	COMP C/ 400 MG	50	1500
177	VANCOMICINA 500 MG FA	FA C/ 500 MG	6	200

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:

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

- 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

Esp. Esp. Camilla A. Seabra da Silva
Coordenadora Operacional
CEAP-SOL ISG

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

Eduardo Fonseca
Coordenação Administrativa
Centro Estadual de Atenção Prolongada e
Condomínio Solidariedade