

Goiânia, 26 de outubro de 2020.

**TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS**

TR N.º 121/2020

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
187	AMOXICILINA+AC CLAVULÂNICO 1G SOL INJ FA	FA C/ 1G	6	200
231	ANFOTERICINA B 50 MG FA	FA C/ 50 MG	3	100
246	BACLOFENO 10 MG COMP	COMP C/ 10 MG	3	100
20	CLONIDINA 0,100 MG COMP	COMP C/ 0,1 MG	3	100
273	CLORETO DE SÓDIO 0,9% 250 ML BOLSA	BOLSA COM 250 ML	10	300
4	DIPIRONA 500 MG 2 MG/ML 2ML AMP	AMP C/ 2 ML	10	300
80	DOMPERIDONA 1 MG/ML 100 ML SUSP ORAL FR	FR C/100 ML	3	80
76	LOPERAMIDA 2 MG COMP	COMP C/ 2 MG	3	100
112	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP	COMP C/ 50 MG	6	200
264	SALBUTAMOL 2,5 MG 2,5 ML INALATÓRIO P/ NEBULIZAÇÃO FLACONETE	FLAC C/ 2,5 ML	6	200


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

85	SIMETICONA 75MG/ML 15 ML GTS FR C/ 15 ML	FRASC C/ 15ML	2	60
519	SINVASTATINA 10 MG COMP	COMP C/ 10 MG	3	100
245	TENOXICAM 20 MG IV/IM FA	FA C/ 20 MG	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 irreeajustáveis, 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.


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

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


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


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