

Goiânia, 14 de outubro de 2020.

**TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS**

TR N.º 115/2020

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
253	AMPICILIN+SUBACTAM 3G FA	FA C/ 3G	2	60
272	CLORETO DE SÓDIO 0,9%100 ML BOLSA	BOLSA C/ 100 ML	35	1000
101	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/0,4 ML SERINGA SUBCUTÂNEA	SER C/ 40 MG	13	400
233	FLUCONAZOL 2 MG/ML 100ML BOLSA	BOLSA C/ 100 ML	16	500
127	FUROSEMIDA 40 MG COMP	COMP. C/ 40 MG	6	200
538	HEMIFUMARATO DE QUETIAPINA 25 MG COMP	COMP C/ 25 MG		600
310	NALOXONA 0,4 MG/ML 1 ML AMP	AMP C/ 1 ML	1	30
155	NISTATINA 100.000 UI/ML SUSP ORAL FR	FR C/ 50 ML	1	30
36	OMEPRAZOL 40 MG FA	FA C/ 40 MG	5	150


César Almeida de Assunção
Comprador

81	ONDANSETRONA 2 MG/ML 2 ML AMP	AMP C/ 2 ML	10	300
----	----------------------------------	-------------	----	-----

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


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

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

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

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