

Goiânia, 22 de setembro de 2020.

TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS
 TR N.º 106/2020

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	AMOXICICILINA+AC CLAVULÂNICO 1G SOL INJ FA	FA C/ 1G	6	200
253	AMPICILINA + SULBACTAM 3 G FA	FA C/ 3G	3	100
231	ANFOTERICINA B 50 MG FA	FA C/50MG	3	100
185	BENZILPENICILINA POTASSICA 5.000.000 UI SUSP INJ FA	FA C/ 5.000.000	6	200
272	CLORETO DE SODIO 0,9% 100 ML BOLSA	BOLSA C/100ML	35	1.000,00
4	DIPIRONA 500 MG/ML 2 ML AMP	AMP C/ 2 ML	10	300
98	ENOXAPARINA SODICA 20 MG/0,2 ML SERINGA SUBCUTANEA	SER C/ 20MG	6	200
101	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4 ML SERINGA SUBCUTANEA	SER C/ 40MG	11	350
145	HIDROCORTISONA 100 MG FA	FA C/100MG	6	200

César Almeida de Assunção



34	OMEPRAZOL 20 MG CAPS	COMP C/25 MG	13	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 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 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 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

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

[Signature]
En^{te} Esp. Camilla A. Saezzer da Silva
Coordenadora Operacional
CEAP-SOL ISG

César Almeida de Assunção
Comprador