



03

Goiânia, 19 de agosto de 2020

**TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS**

TR N.º 091/2020

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 SOLINJ FA	FA C/ 250 MG	20	600
284	CLABAZAM 10 MG COMP	COMP C/ 10 MG	3	100
108	CLORETO DE POTÁSSIO 10% 10 ML AMP	AMP C/ 10 ML	10	300
109	CLORETO DE POTÁSSIO 19,1% 10 ML AMP	AMP C/ 10 ML	10	300
539	CLORETO DE SUXAMETÔNIO 100 MG FA	FA C/ 100 MG	2	60
143	DEXAMETASONA 2 MG/ML AMP	AMP C/ 1 ML	13	400
4	DIPIRONA 500 MG/ML 2 ML AMPOLA	AMP C/ 2 ML	16	500
98	ENOXAPARINA SÓDICA 20 MG/2ML SERINGA SUBCUTÂNEA	SER C/ 20 MG	3	100
84	ESCOPOLAMINA 20 MG/ML 1ML AMP	AMP C/ 1 ML	13	400
303	HALOPERIDOL 5 MG COMP	COMP C/ 5 MG	10	300
304	HALOPERIDOL 5 MG/ML 1ML AMP	AMP C/ 1 ML	6	200
169	MEROPENEM 1G SOL INJ FA	FA C/ 1G	20	600

280	MORFINA 10 MG COMP	COMP C/ 10 MG	10	100
2089	OFLOXACINO 0,3% SOL OFT	FA C/ 5 MG	1	20
264	SALBUTAMOL 2,5 MG 2,5 ML INALATÓRIO PARA NEBULIZAÇÃO FLACONETE	FLAC C/ 2,5ML	10	300
245	TENOXICAM 20 MG IV/IM FA	FA C/ 20 MG	3	100
177	VANCOMICINA 500 MG FA	FA C/ 500 MG	13	400

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

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

[Handwritten Signature]
Enf. Esp. Cassilla A. Salezar da Silva
Coordenadora Operacional
CEAP-SOL ISG

[Handwritten Signature]
Dra. Karina Fonseca C. de Oliveira
Diretora Técnica
CEAP-SOL - ISG