



Goiânia, 11 de maio 2023.

TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

TR N.º 055/2023

De: Farmácia/Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra de medicamentos Condomínio Solidarieidade.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

Descrições dos itens, conforme solicitação de compra na tabela abaixo:

CODIGO	MEDICAMENTO	UNIDADE	QUANT. SOLICITADA
38973	CLOREXIDINA 0,12% SOL BUCAL 250ML	FRASCO	30
12210	LACTULOSE XPE 667MG/ML 120ML	FR 120ML	40
11783	METRONIDAZOL COMP 250MG	COMPRIMIDO	100
7429	OMEPRAZOL CAPS 20MG	CAPSULA	400
42492	GLUCONATO DE CALCIO SOL INJ 10% 10ML	AMPOLA	30
49547	GANCICLOVIR PO P/ SOL INJ 500MG	FR/AMP 500MG	150
6746	OXACILINA PO P/ INJ 500MG	FR 500MG	100
5222	GABAPENTINA CAPS 300MG	CAPSULA	500
6717	PREDNISONA COMP 20MG	COMPRIMIDO	200
15896	CLOREXIDINA SOL DEGERMANTE 2% FRASCO 100ML	FRASCO 100ML	50
7563	DIOSMINA+HESPERIDINA COMP 450+50MG	COMPRIMIDO	60
69487	VASELINA SOLIDA 30G	TB 30G	10
18712	BUPROPIONA COMP 150MG	COMPRIMIDO	100
5622	FUROSEMIDA SOL INJ 10MG/ML 2ML	AMP 20MG	100
49258	LEVETIRACETAM COMP 250MG	COMPRIMIDO	100

15044	SUXAMETONIO PO P/ SOL INJ 100MG	FRASCO 100MG	15
29288	ACETILCISTEINA GRANULADO 600MG 5G	ENVELO 5G	200
4890	CEFTRIAXONA PO P/ SOL INJ 1G	FRASCO AMP 1000MG	100
5626	DIPIRONA SOL INJ 500MG/ML 2ML	AMPOLA 1000MG	350
5624	HIDROCORTISONA PO P/ SOL INJ 100MG	FR C/ 100MG	50

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.



CEAP-SOL
Centro Estadual de Atenção
Prolongada e Casa de Apoio
Condomínio Solidiedade

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



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/Suprimentos
CRF/GO: 14374 - CEAP-SOL

LARISSA DE SOUZA MELO
Supervisora de Farmácia/Suprimentos CEAP-SOL
CRF/GO: 14374



CEAP-SOL
Centro Estadual de Atenção
Prolongada e Casa de Apoio
Condomínio Solidarieidade

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde

