

Goiânia, 02 de Julho de 2020

**TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS**TR N.º 065/2020 **861**
105436306

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:

CODIGO	MEDICAMENTO	UNIDADE	ESTOQUE ATUAL	QUANT. SOLICITADA
290	ACIDO VALPRÓICO 250 MG CAPS GELATINOSA	CAPS C/ 250 MG	10	300 ✓
183	AMPICILINA 1 G SOL INJ FA	FA C/ 1GR	4	120 ✓
2103	ATROPINA 0,5% COLÍRIO	FA C/ 5 ML	1	30 ✓
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	3	100 ✓
1963	CLORETO DE SÓDIO 0,9% 10 ML AMP	AMP C/ 10 ML	3	100 ✓
654	CLOREXIDINA DEGERMANTE 2% 1L FR	FR C/ 100 ML	3	60 ✓
301	CLORPROMAZINA 5 MG/ML 5ML AMP IV/IM	AMO C/ 5 ML	2	60 ✓
80	DOMPERIDONA 1 MG/ML 100 ML SUSP ORAL FR	FR C/ 100 ML	2	60 ✓
98	ENOXIPARINA SÓDICA 20 MG/0,2 ML SERINGA SUBCUTÂNEA	SER C/ 20 MG	3	100 ✓
260	FENOTEROL 5MG/ML 20 ML FR	FRASC C/ 20 ML	1	30 ✓



233	FLUCONAZOL 2 MG/ML 100ML BOLSA	MILITRO	10	300 /
110	GLUCONATO DE CÁLCIO 10% 10 ML AMP	AMP C/ 10 ML	2	60 /
577	GLUCONATO DE CLOREXIDINA 0,12% ANTISS BUCAL 1L	LITRO	1	20
139	HIDRALAZINA 50 MG COMP	COMP C/ 50MG	2	60
502	HIDROXIZINA 25 MG COMP	COMP C/25MG	2	60
264	SALBUTAMOL 2,5 MG 2,5ML INALATÓRIO PARA NEBULIZAÇÃO	FLAC C/ 2,5 ML	3	100 /
228	SULFADIAZINA 500 MG COMP	COMP C/ 500MG	6	200 /

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

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

Carla Esp. Gemilla A. Salazar da Silva
Coordenadora Operacional
CEAP-SOL 196