

Goiânia, 04 de novembro de 2022.

**TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS**

TR N.º 170/2022

De: Farmácia/Suprimentos**Para: Setor de Compras****1. MATERIAL**

Compra de medicamentos Condomínio Solidarietàade.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

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

CODIGO	MEDICAMENTO	UNIDADE	QUANT. SOLICITADA
29288	ACERILCISTEINA GRANULADO 600MG	ENVELOPE	300
4925	AMITRIPTILINA COMP 25MG	COMPRIMIDO	300
5225	AZITROMICINA COMP 500MG	COMPRIMIDO	200
4890	CEFTRIAXONA PO P/ SOL INJ 1G	FRASCO	80
33774	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 100ML	BOLSA	1000
5626	DIPIRONA SOL INJ 500MG/ML	AMPOLA 1000MG	400
49547	GANCICLOVIR PO P/ INJ 500MG	FRASCO	80
38998	ITRACONAZOL CAPS 100MG	CAPSULA	300
12210	LACTULOSE XPE 667MG/ML	FR 120ML	30
10084	LOSARTANA COMP 50MG	COMPRIMIDO	200
23581	NIFEDIPINO COMP 10MG	COMPRIMIDO	60
23713	QUETIAPINA 25MG	COMPRIMIDO	300

Dra. Débora Rigo
Diretora Técnica
César Almeida de Assunção
Comprador

10188	SINVASTATINA 20MG	COMPRIMIDO	60
18582	TRAMADOL SOL INJ 50MG/ML 2ML	AMPOLA	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 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 Solidarieidade – 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/Suprimentos
CRF/GO: 14374-CEAP-SOL

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


Dra. Débora Rigo
Diretora Técnica
CEAP-SOL


Dra. Débora Rigo
Diretora Técnica
CEAP-SOL


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