

Goiânia, 18 de abril 2023.

**TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS**

TR N.º 053/2023

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
6943	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA COMP 400 + 80MG	COMPRIMIDO	1500
5020	DIPIRONA COMP 500MG	COMPRIMIDO	300
12006	CLARITROMICINA COMP 500MG	COMPRIMIDO	60
49547	GANCICLOVIR PO P/ SOL INJ 500MG	FRASCO	400
23713	QUETIAPINA COMP 25MG (M)	COMPRIMIDO	150
10560	TIAMINA COMP 300MG	COMPRIMIDO	100
5144	CIPROFLOXACINA COMP 500MG	COMPRIMIDO	60
5215	DEXAMETASONA CREME 0,1% 10G	TUBO	15
6149	LEVOTIROXINA SODICA COMP 25MCG	COMPRIMIDO	60
40324	HIDROGEL COM ALGINATO 85G	TUBO	50
38104	PELICULA PROT. SOL POLIMERICA 40,00 SPRAY FR 28ML	FRASCO	50
18595	RISPERIDONA COMP 2MG (M)	COMPRIMIDO	60
5416	HEPARINA SODICA SOL INJ 5000UI/ML	FRASCO	100

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/Suprimentos
CREGO: 14374 - CEAP-SOL

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