

Goiânia, 26 de fevereiro de 2021.

**TERMO DE REFERÊNCIA  
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS  
TR N.º 030/2021**

**De: Farmácia****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:

CÓDIGO	MEDICAMENTO	UNIDADE	CONSUMO DIÁRIO	QUANT. SOLICITADA
2	ACICLOVIR 200 MG COMP	COMP C/ 200MG	6	200
80	DOMPERIDONA 1 MG/ML 100 ML SUSP ORAL FR	FR C/100ML	2	60
1721	GABAPENTINA 300 MG COMP	COMP C/ 300MG	10	300
138	LACTULOSE 667 MG/ML 120 ML SOL ORAL FR	FR C/120ML	2	60
112	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP	COMP C/ 50MG	6	200
186	OXACILINA 500 MG INJ FA	FA C/500MG	11	350
308	PROPOFOL 10 MG/ML 20 ML AMP	AMP C/20ML	2	60

  
César Almeida de Araújo  
Comprador  
CEAP-SOL/36-00

### 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

  
César Almeida de Assunção  
Comprador



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

*mfz*  
Dra. Karina Fonseca C. de Oliveira  
Diretora Técnica  
CEAP-SOL - ISG

*Camilla A. Salazar da Silva*  
Enf. Esp. Camilla A. Salazar da Silva  
Coordenadora Operacional  
CEAP-SOL ISG

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

*Carolina de Assunção*  
Coordenadora de Assunção  
Comprador  
CEAP-SOL/ISG-GO