

Goiânia, 12 de maio de 2020

**TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS
TR N.º 045/2020**

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	CONSUMO MÉDIO DIÁRIO	QUANT. SOLICITADA
3	ACICLOVIR 250 MG SOL INJ FA	FA C/ 250 MG	360	15	400
18	ALBENDAZOL 400MG COMP	COMP C/ 400MG	23	5	200
786	ALCOOL 70% 1 L	FR C/1000ML	20	5	200
1609	ALOPURINOL 100MG COMP	COMP C/ 100MG	20	5	200
183	AMPICILINA 1G SOL INJ FA	FA C/ 1G	47	12	350
116	ATENOLOL 50MG COMP	COMP C/ 50MG	30	5	200
2103	ATROPINA 0,5% COLIRIO	FA C/ 5 ML	10	2	60
185	BENZILPENICILINA POTASSICA 5.000.000 UI SUSP INJ FA	FA C/ 5.000.000 UI	180	10	400
78	BROMOPRIDA 4 MG/ML 20 ML SOL ORAL FR	FRA C/20ML	25	2	60
2043	CARVEDILOL 3,125MG	COMP C/3,125MG	60	5	200
170	CEFRADROXILA 50MG/ML 100ML SUSP. ORAL	FR C/ 100ML	6	1	30
8	CEFTRIAXONA 1G FA EV/IM	FA C/1G	400	12	400



516	CIPROFLOXACINO 0,3% DEXAMETASONA 0,1% POM. OFTALMICA 3,5 G	TUBO C/ 3,5 G	2	1	30
846	CITALOPRAM 20MG COMP	COMP C/ 20MG	48	3	100
17	CLINDAMICINA 150MG/ML 4ML AMP	AMP C/ 4ML	80	10	300
109	CLORETO DE POTASSIO 19,1% 10ML AMP	AMP C/ 10ML	5	5	200
96	CLORETO DE POTASSIO 60MG/ML 100ML XAROPE	FRA C/ 100ML	20	4	150
95	CLORETO DE POTASSIO 600MG COMP	COMP C/ 600MG	50	10	300
1963	CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML AMP	AMP C/ 10ML	10	10	300
272	CLORETO DE SODIO 0,9% 100 ML BOLSA	BOLSA C/ 100ML	800	30	1000
539	CLORETO DE SUXAMETONIO 100 MG FA	FA C/100MG	2	1	30
654	CLOREXIDINA DEGERMANTE 2% 1L FR	FR C/ 1L	30	2	60
125	DIGOXINA 0,25MG COMP	COMP C/ 0,25MG	20	6	200
616	DIPIRONA 500MG/ML GTS	FR C/ 10ML	33	2	60
80	DOMPERIDONA 1 MG/ML 100 ML SUSP ORAL FR	FR C/ 100ML	38	2	60
508	DOXICICLINA 100MG COMP	COMP C/ 100MG	30	3	100
98	ENOXAPARINA SODICA 20MG/0,2ML SERINGA	SER C/ 20MG	0	2	60
260	FENOTEROL 5MG/ML 20ML FR	FR C/ 20ML	15	2	60
110	GLUCONATO DE CALCIO 10% 10ML AMP	AMP C/ 10ML	38	5	100
577	GLUCONATO DE CLOREXIDINA 0,12% ANTISSEPTICO BUCAL 1L	LITRO C/ 10ML	63	1	30
538	HEMIFUMARATO DE QUETIAPINA 25 MG	COMP C/ 25MG	80	6	200
139	HIDRALAZINA 50 MG COMP	COMP C/ 50 MG	50	3	100
502	HIDROXIZINA 25MG COMP	COMP C/ 25MG	0	3	100
289	LORAZEPAM 2 MG COMP	COMP C/ 2MG	30	3	100
169	MEROPENEM 1 G SPL INJ	FA C/ 1G	70	10	300
2089	OFLOXACINO 0,3% OFTALMICO	FA C/ 5MG	1	1	20
241	PIRIMETAMINA 25 MG COMP	COMP C/ 25MG	30	10	300

556	RANITIDINA 150MG COMP	COMP C/ 150MG	300	15	400
38	RANITIDINA 25MG/ML 2ML AMP	AMP C/ 2ML	10	12	500
256	SULFAMETOXAZOL 400MG+ TRIMETOPRIMA 80MG/ML 5ML AMP	AMP C/ 5ML	452	25	1.000
1908	TIAMINA 100MG+ PIRIDOXINA 100MG +CIANOCOBALAMINA 5.000MCG	DRAG C/ 5000MCG	90	10	400
163	TOBRAMICINA 0,3% SOL OFTALMICA 5 ML FR	FR C/5ML	0	1	30
283	TRAMADOL 50 MG/ML 1 ML AMP	AMP C/ 1ML	250	10	300

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

Enf. Esp. Gemilla A. Salazar da Silva
~~Coordenadora de Assistência Farmacêutica~~
CEAP-SOL

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

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