



Goiânia, 30 de abril de 2020

**TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS
TR N.º 042/2020**

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 |
|--------|--|----------------|---------------|----------------------|-------------------|
| 18 | ALBENDAZOL 400MG COMP | COMP C/ 400MG | 25 | 3 | 100 |
| 786 | ALCOOL 70% 1 L | FR C/1000ML | 18 | 2 | 100 |
| 1609 | ALOPURINOL 100MG COMP | COMP C/ 100MG | 30 | 2 | 60 |
| 253 | AMPICILINA+SUBACTAM 3G FA | FA C/ 3G | 42 | 6 | 100 |
| 116 | ATENOLOL 50MG COMP | COMP C/ 50MG | 30 | 2 | 60 |
| 2103 | ATROPINA 0,5% COLIRIO | FA C/ 5 ML | 1 | 1 | 20 |
| 170 | CEFRADROXILA 50MG/ML 100ML SUSP. ORAL | FR C/ 100ML | 2 | 1 | 10 |
| 516 | CIPROFLOXACINO 0,3% DEXAMETASONA 0,1% POM. OFTALMICA 3,5 G | TUBO C/ 3,5 G | 0 | 1 | 20 |
| 846 | CITALOPRAM 20MG COMP | COMP C/ 20MG | 48 | 2 | 60 |
| 17 | CLINDAMICINA 150MG/ML 4ML AMP | AMP C/ 4ML | 95 | 8 | 300 |
| 109 | CLORETO DE POTASSIO 19,1% 10ML AMP | AMP C/ 10ML | 0 | 5 | 100 |
| 96 | CLORETO DE POTASSIO 60MG/ML 100ML XAROPE | FRA C/ 100ML | 25 | 2 | 50 |
| 95 | CLORETO DE POTASSIO 600MG COMP | COMP C/ 600MG | 65 | 5 | 200 |
| 1963 | CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML AMP | AMP C/ 10ML | 0 | 6 | 200 |
| 125 | DIGOXINA 0,25MG COMP | COMP C/ 0,25MG | 20 | 2 | 60 |
| 616 | DIPIRONA 500MG/ML GTS | FR C/ 10ML | 33 | 3 | 50 |
| 4 | DIPIRONA 500MG/ML 2ML AMP | AMP C/ 2ML | 199 | 12 | 500 |

| | | | | | |
|------|--|-----------------|-----|----|-------|
| 508 | DOXICICLINA 100MG COMP | COMP C/ 100MG | 30 | 2 | 60 |
| 98 | ENOXAPARINA SODICA 20MG/0,2ML SERINGA | SER C/ 20MG | 0 | 2 | 60 |
| 260 | FENOTEROL 5MG/ML 20ML FR | FR C/ 20ML | 23 | 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 | 2 | 20 |
| 1153 | HEMIFUMARATO DE QUETIAPINA 100MG | COMP C/100MG | 0 | 3 | 60 |
| 502 | HIDROXIZINA 25MG COMP | COMP C/ 25MG | 0 | 3 | 60 |
| 289 | LORAZEPAM 2 MG COMP | COMP C/ 2MG | 37 | 2 | 60 |
| 169 | MEROPENEM 1 G SPL INJ | FA C/ 1G | 74 | 10 | 300 |
| 2089 | OFLOXACINO 0,3% OFTALMICO | FA C/ 5MG | 1 | 1 | 10 |
| 556 | RANITIDINA 150MG COMP | COMP C/ 150MG | 345 | 15 | 400 |
| 38 | RANITIDINA 25MG/ML 2ML AMP | AMP C/ 2ML | 10 | 10 | 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 | 5 | 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

Emílio Camille Salazar da Silva
Coordenador Operacional
CEAP-SOL ISG

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

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

Ringo Andrade
Assistente Administrativo
CEAP-SOL