

Goiânia, 18 de dezembro de 2019

TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS
TR N.º 712/2019

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	QUANT.
159	AMICACINA 250 MG/ML 2 ML AMP	AMP C/ 2 ML	100
252	AMOXICILINA 500MG + ÁCIDO CLAVULÍNICO 125 MG COMP	COMP C/ 500 MG	100
185	BENZILPENICILINA POTÁSSICA 5.000.000 UI SUSP INJ FA	FA C/ 5.000.000UI	200
8	CEFTRIAXONA 1G FA EV/IM	FRASC C/ 1 G	100
17	CLINDAMICINA 150 MG/ML 4 ML AMP	AMP C/ 4 ML	100
313	GEL HIDRATANTE E ABSORVENTE 85 G TUBO	TUBO C/ 85 G	60
224	LEVOFLOXZACINO 500 MG COMP	COMP 500 MG	100
141	NITROGLICERINA 5 MG/ML 5 ML AMP	AMP C/ 5 ML	100
557	VITAMINA K (FITOMENADIONA) 10 MG/ML 1ML IM AMP	AMP C/ 10 ML	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.



Arthur Brito de Moraes
Comprador
Condomínio Solidariedade

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.

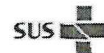
6.2. A Contratada deverá manter o fornecimento por mais 90 (noventa) dias mesmo que não ocorra os pagamentos das faturas

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.

CEAP-SOL

CENTRO ESTADUAL DE ATENÇÃO
PROLONGADA E CASA DE APOIO
CONDOMÍNIO SOLIDARIEDADE



SES
Secretaria do Estado da
Saúde



03

Atenciosamente,

Larissa de Souza Melo
Supervisora de Farmácia
CRF: 14374 CEAP-SOL

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

Arthur Brito de Moraes
Comprador
Condomínio Solidariedade