



Goiânia, 22 de setembro 2023.

**TERMO DE REFERÊNCIA  
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS**

TR N.º 064/2023

**De: Farmácia/Suprimentos**

**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:

<b>CODIGO</b>	<b>MEDICAMENTO</b>	<b>UNIDADE</b>	<b>QUANT. SOLICITADA</b>
6068	VANCOMICINA PO P/ SOL INJ 500MG	FR 500MG	200
4853	BACLOFENO COMP 10MG	COMPRIMIDO	300
24568	CLORETO DE POTASSIO 6% SOL ORAL 60MG/ML 100ML	FR 100 ML	10
33774	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 100ML - BOLSA	BOLSA 100ML	1000
38973	CLOREXIDINA 0,12% SOL BUCAL 250ML	FRASCO	20
5174	DEXAMETASONA SOL INJ 2MG/ML 1ML	AMP 2MG	150
5626	DIPIRONA SOL INJ 500MG/ML 2ML	AMPOLA 1000MG	500
5026	FENOBARBITAL COMP 100MG (M)	COMPRIMIDO	100
6397	FLUCONAZOL CAPS 150MG	CAPSULA	200
5222	GABAPENTINA CAPS 300MG (M)	CAPSULA	400
49547	GANCICLOVIR PO P/ SOL INJ 500MG	FR/AMP	100
12459	MEROPENEM PO P/ SOL INJ 1G	FR/ AMP	100
7429	OMEPRAZOL CAPS 20MG	CAPSULA	300
23713	QUETIAPINA COMP 25MG (M)	COMPRIMIDO	400
43461	SIMETICONA SOL ORAL 75MG/ML 15ML	FR 15 ML	60
29288	ACETILCISTEINA GRANULADO 600MG	ENVELOPE	200

48131	DAPSONA CAPS 100MG - MANIPULADO	CAPSULA	60
4910	FENITOINA COMP 100MG (M)	COMPRIMIDO	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.

### **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 irrealizáveis, 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



**CEAP-SOL**  
Centro Estadual de Atenção  
Prolongada e Casa de Apoio  
Condomínio Solidarieidade

**SES**  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



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  
CRFIGO: 14374 - CEAP-SOL

---

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