

Goiânia, 30 de janeiro de 2019

**TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS**

TR N.º 02/2019

De: Farmácia

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Espécie padronizada dos medicamentos Condomínio Solidariedade.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

Descrições dos itens, conforme solicitação de compra na tabela abaixo:

CODIGO	MEDICAMENTO	UNIDADE	QUANTIDADE
6	ACIDO FOLINICO 15 MG COMP	COMP C/15MG	60,00
290	ACIDO VALPROICO 250 MG CAPS GELATINOSA	MILIGRAMA	200,00
7	ACIDOS GRAXOS ESSENCIAIS, VIT A. VIT E 100 ML FR	FRASC C/100ML	30,00
269	AGUA PARA INJECAO 10 ML AMP	AMP C/10ML	800,00
271	AGUA PARA INJECAO 500 ML BOLSA	BOLSA C/500ML	30,00
296	AMITRIPTILINA 25 MG COMP	COMP C/25MG	30,00
252	AMOXICILINA 500 MG + ACIDO CLAVULINICO 125 MG COMP	COMP C/500MG	60,00
9	CETOCONAZOL 200 MG COMP	COMP C/200MG	30,00
13	CIPROFLOXACINO 400MG/200ML BOLSA	BOLSA C/200ML	60,00
16	CLARITROMICINA 500 MG FA	FA C/500MG	100,00
285	CLONAZEPAM 0,5 MG COMP	COMP C/0,	60,00
95	CLORETO DE POTASSIO 600 MG COMP	COMP C/600MG	60,00
274	CLORETO DE SODIO 0,9 % 500 ML BOLSA	BOLSA C/500ML	1.000,00
276	CODEINA 30 MG COMP	COMP C/30MG	120,00

09
C. B. M.

266	DEXCLORFENIRAMINA 2 MG COMP	COMP C/2MG	100,00
4	DIPIRONA 500 MG/ML 2 ML AMP	AMP C/2ML	800,00
101	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4 ML SERINGA SUBCUTANEA	SER C/40MG	90,00
510	FENOFIBRATO 20 MG CAPS	CAPS C/20MG	30,00
233	FLUCONAZOL 2 MG/ML 100 ML BOLSA	BOLSA C/100ML	150,00
1721	GABAPENTINA 300 MG COMP	COMP C/300MG	60,00
242	GANCICLOVIR 500 MG FA	FA C/500MG	100,00
577	GLUCONATO DE CLOREXIDINA 0,12% ANTISSEPTICO BUCAL 1L	LITRO	6,00
145	HIDROCORTISONA 100 MG FA	FA C/100MG	200,00
261	IPRATROPIO BROMETO 0,25 MG/ML 20 ML FR	FRASC C/20ML	50,00
1867	ISOSSORBIDA (DINITRATO 20 MG	COMP C/ 20 MG	30
138	LACTULOSE 667 MG/ML 120 SOL ORAL FR	FRASC C/120 ML	40
225	LEVOFLOXACINO 750 MG COMP	COMP C/750MG	60,00
182	LINEZOLIDA 600 MG COMP	COMP C/600MG	60,00
130	MANITOL 20% 200 MG/ML 250 ML BOLSA	BOLSA C/250ML	30,00
169	MEROPENEM 1 G SOL INJ FA	FA C/1G	300,00
237	METRONIDAZOL 250 MG COMP	COMP C/250MG	200,00
238	METRONIDAZOL 500 MG COMP	COMP C/500MG	60,00
154	MICONAZOL 2% 28 G CREME TUBO	TUBO C/28GR	12,00
142	NITROPRUSSIATO DE SODICO 25 MG/ML 2 ML AMP	AMP C/2ML	20,00
626	OFLOXACINO 400 MG COMP	COMP C/400MG	30,00
34	OMEPRAZOL 20 MG CAPS	CAPS C/20MG	100,00
36	OMEPRAZOL 40 MG FA	FA C/40MG	100,00
81	ONDANSETRONA 2 MG/ML 2 ML AMP	AMP C/2ML	200,00
251	PARACETAMOL 500 MG COMP	COMP C/500MG	90,00
254	PIPERACILINA + TAZOBACTAM 4,5 G FA	FA C/4,5G	100,00

38	RANITIDINA 25 MG/ML 2 ML AMP	AMP C/2ML	300,00
1665	SERTRALINA 50 MG COMP	COMP C/50MG	60,00
256	SULFAMETOXAZOL 400 MG + TRIMETOPRIMA 80 MG/ML 5 ML AMP	AMP C/5ML	400,00
245	TENOXICAM 20 MG IV/IM FA	FA C/20MG	25,00
283	TRAMADOL 50 MG/ML 1 ML AMP	AMP C/1ML	100,00

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Para o 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.

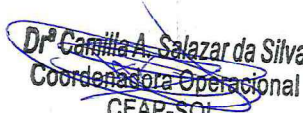
07
Antônio

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.


Danúbia Franco
Farmacêutica
CRF-6863
CEAP-SOL


Dr. Camilla A. Salazar da Silva
Coordenadora Operacional
CEAP-SOL