

Goiânia, 19 de setembro de 2018

**TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS**

TR N.º 20/2018

De: Farmácia

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Espécie padronizada dos medicamentos Condomínio Solidarietàade.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

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

CODIGO	MEDICAMENTO	UNIDADE	QUANTIDADE
1681	ACETATO DE PREDNISOLONA 10 MG/ML SOL OFTALMICA FR 5 ML	FR 10MG/ML C/ 5 ML	6,00
6	ACIDO FOLINICO 15 MG COMP	COMP C/15MG	30,00
269	AGUA PARA INJECAO 10 ML AMP	AMP C/10ML	600,00
187	AMOXICILINA + AC CLAVULANICO 1 G SOL INJ FA	FA C/1G	50,00
178	AZITROMICINA 40 MG/ML 15 ML SUSP ORAL FR	FRASC C/15ML	5,00
514	CARBOXIMETILCELULOSE SODICA 0,5% 5 ML SOL OFTALMICA FR	FRASC C/5ML	12,00
173	CEFEPIME 1 G FA	FA C/1G	50,00
172	CEFOTAXIMA 500 MG FA	FA C/500MG	10,00
8	CEFTRIAXONA 1G FA EV/IM	FRASC C/1G	100,00
13	CIPROFLOXACINO 400MG/200ML BOLSA	BOLSA C/200ML	50,00
16	CLARITROMICINA 500 MG FA	FA C/500MG	200,00
17	CLINDAMICINA 150MG/ML 4ML AMP	AMP C/4ML	100,00
19	CLINDAMICINA 300 MG CAPS	CAPS C/300MG	200,00
285	CLONAZEPAM 0,5 MG COMP	COMP C/0,5MG	100,00
272	CLORETO DE SODIO 0,9% 100 ML BOLSA	BOLSA C/100ML	600,00
273	CLORETO DE SODIO 0,9% 250 ML BOLSA	BOLSA C/250ML	400,00
684	CLOREXIDINA 0,12 % 500 ML FR	FRASC C/500ML	12,00
165	COLAGENASE 0,6 U/G 30 G POMADA	TUBO C/30G	20,00

4	DIPIRONA 500 MG/ML 2 ML AMP	AMP C/2ML	300
1764	ENALAPRIL 5 MG COMP	COMP C/5MG	150,00
98	ENOXAPARINA SODICA 20 MG/0,2 ML SERINGA SUBCUTANEA	SER C/20MG	50,00
101	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4 ML SERINGA SUBCUTANEA	SER C/40MG	100,00
84	ESCOPOLAMINA 20 MG/ML 1ML AMP	AMP C/1ML	100,00
521	ETOMIDATO 2 MG/ML 1 ML AMP	AMP C/1ML	10,00
510	FENOFIBRATO 20 MG CAPS	CAPS C/20MG	30,00
242	GANCICLOVIR 500 MG FA	FA C/500MG	100,00
317	GLICOSE 5 % 500 ML BOLSA	BOLSA C/500ML	60,00
538	HEMIFUMARATO DE QUETIAPINA 25 MG COMP	COMP C/25MG	280,00
139	HIDRALAZINA 50 MG COMP	COMP C/50MG	100,00
502	HIDROXIZINA 25 MG COMP	COMP C/25MG	30,00
140	ISOSSORBIDA (DINITRATO) 20 MG COMP	COMP C/20MG	30,00
234	ITRACONAZOL 100 MG CAPS	CAPS C/100MG	60,00
225	LEVOFLOXACINO 750 MG COMP	COMP C/750MG	30,00
182	LINEZOLIDA 600 MG COMP	COMP C/600MG	30,00
112	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP	COMP C/50MG	250,00
169	MEROPENEM 1 G SOL INJ FA	FA C/1G	50,00
238	METRONIDAZOL 500 MG COMP	COMP C/500MG	60,00
142	NITROPRUSSIATO DE SODICO 25 MG/ML 2 ML AMP	AMP C/2ML	10,00
626	OFLOXACINO 400 MG COMP	COMP C/400MG	30,00
34	OMEPRAZOL 20 MG CAPS	CAPS C/20MG	200,00
36	OMEPRAZOL 40 MG FA	FA C/40MG	200,00
254	PIPERACILINA + TAZOBACTAM 4,5 G FA	FA C/4,5G	150,00
38	RANITIDINA 25 MG/ML 2 ML AMP	AMP C/2ML	200,00
97	SAIS P/ REIDRATAÇÃO ORAL 27,9 G ENV	ENV C/27,9G	12,00
1665	SERTRALINA 50 MG COMP	COMP C/50MG	100,00
255	SULFAMETOXAZOL 400 MG + TRIMETOPRIMA 80 MG COMP	COMP C/400MG	400,00
256	SULFAMETOXAZOL 400 MG + TRIMETOPRIMA 80 MG/ML 5 ML AMP	AMP C/5ML	600,00

177	VANCOMICINA 500 MG FA	FA C/500MG	100,00
1608	VERAPAMIL 2,5 MG/ML 2ML	AMP C/2,5MG	5,00

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 Solidarietà – 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.

Camila Salazar
Gestora Operacional
Condomínio Solidarietà
CPF: 03.969.808-46

Condomínio Solidarietà - CS
Avenida Veneza, S/N Q 62 LT 1/10 – Jardim Europa
Goiânia - GO CEP: 74325-100
Fone: (62) 3201-9289

Danúbia Franco
Farmacêutica
CRF-6863
CEAP-SOL