

Goiânia, 11 de janeiro de 2021.

**TERMO DE REFERÊNCIA  
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS**

TR N.º 004/2021

**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:

CÓDIGO	296MEDICAMENTO	UNIDADE	CONSUMO DIÁRIO	QUANT. SOLICITADA
2	ACICLOVIR 200 MG COMP	COMP C/200MG	10	300
183	AMPICILINA 1 G SOL INJ FA	FA C/ 1G	6	200
507	ATORVASTATINA 20 MG COMP	COMP C/20MG	3	100
2043	CARVEDILOL 3,125MG	COMP C/3,125MG	2	60
272	CLORETO DE SODIO 0,9% 100 ML BOLSA	BOLSA C/100ML	33	1000
274	CLORETO DE SODIO 0,9% 500 ML BOLSA	BOLSA C/500ML	33	1000
1950	ESPIRONOLACTONA 25 MG COMP	COMP C/25MG	3	100
289	LORAZEPAM 2 MG COMP	COMP C/2MG	2	60
81	ONDANSETRONA 2 MG/ML 2 ML AMP	AMP C/ 2ML	6	200
308	PROPOFOL 10 MG/ML 20 ML AMP	AMP C/ 20ML	1	30

### 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

*Carla A. Salazar da Silva*  
Enfª Esp. Carilla A. Salazar da Silva  
Coordenadora Operacional  
CEAP-SOL ISG

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

*Eduardo Fonseca*  
Coordenação Administrativa  
Centro Estadual de Atenção Prolongada  
Cond. Solid. Veneza