

Goiânia, 25 de setembro de 2024.

TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

TR N.º 042/2024

De: CAF/Suprimentos**Para: Setor de Compras****1. MATERIAL**

Compra medicamentos para suprir a demanda do Condomínio Solidarietà.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

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

Código	Descrição	Quantidade	Unidade
29288	ACETILCISTEINA GRANULADO 600MG 5G	ENVELOPE 5G	72
33501	ACIDO VALPROICO COMP 250MG	COMPRIMIDO	60
5424	AGUA BIDEUTILADA SOL INJ 1000ML	BOLSA 1000 ML	32
5617	AGUA BIDEUTILADA SOL INJ 10ML	FR 10 ML	200
518	ALCOOL LIQUIDO 70% 1000ML	LITRO	60
12501	AMPICILINA + SULBACTAM PO P/ SOL INJ 2 + 1G	FRASCO AMPOLA	60
29936	ATROPINA SOL INJ 0,50MG/ML 1ML	AMPOLA DE 0,50 MG	100
4853	BACLOFENO COMP 10MG	COMPRIMIDO	400
43660	CARMELOSE SODICA SOL OFTALMICA 5MG/ML 15ML	FR 15 ML	10
5681	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% AMP 10ML	AMPOLA 10ML	200
33774	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 100ML - BOLSA	BOLSA 100 ML	840
33775	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 250ML - BOLSA	BOLSA 250 ML	280
15896	CLOREXIDINA SOL DEGERMANTE 2% FRASCO 100ML	FR 100 ML	100
38973	CLOREXIDINA SOL BULCAL 0,12%	FRASCO 250ML	100
74594	DETERGENTE ENZIMATICO 6 ENZIMAS 1L	GALAO 1 L	15
5142	DEXCLORFENIRAMINA COMP 2MG	COMPRIMIDO	600
5034	DIAZEPAM COMP 10MG	COMPRIMIDO	100
5626	DIPIRONA SOL INJ 500MG/ML 2ML	AMPOLA 1000MG	100
5814	DOMPERIDONA SUSP ORAL 1MG/ML 100ML	FR 100 ML	50

Esse documento foi assinado por LEDA RODRIGUES FRANCO, Jordana Helen silva Teixeira, Igor Guimarães Silva Honorato e Kayene Rosa Santos Almeida. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validade/LUDW3-CRBCD-5YWKS-L7ZWD>

5013	FUROSEMIDA COMP 40MG	COMPRIMIDO	30
5622	FUROSEMIDA SOL INJ 10MG/ML 2ML	AMP 20MG	50
5222	GABAPENTINA CAPS 300MG	CAPSULA	400
4814	GEL HIDROSSOLUVEL DE ALTA CONDUTIVIDADE P/ ECG 100G	FRASCO	40
38244	HEPARINA SODICA SOL INJ SUBCUTANEA 5000UI/0,25ML	AMPOLA	400
18208	HIOSCINA SOL INJ 20MG/ML 1ML	AMP 20MG	150
40684	IPRATROPIO 0,25% FRASCO 20ML SOLUCAO P/ INALACAO	FRASCO	20
49258	LEVETIRACETAM COMP 250MG	COMPRIMIDO	400
5098	LOPERAMIDA COMP 2MG	COMPRIMIDO	100
12459	MEROPENEM PO P/ SOL INJ 1G	FR/ AMP 1000MG	100
13173	METOPROLOL SOL INJ 1MG/ML 5ML	AMP 5MG	30
21339	MIRTAZAPINA COMP 30MG	COMPRIMIDO	50
18562	MORFINA SOL INJ 10MG/ML 1ML	AMP 10MG	50
7429	OMEPRAZOL CAPS 20MG	CAPSULA	200
34477	ONDANSETRONA COMP 4MG	COMPRIMIDO	200
27897	PARACETAMOL + CODEINA COMP 500 + 30MG	COMPRIMIDO	400
38104	PELICULA PROT. SOL POLIMERICA SPRAY FR 28ML	FRASCO COM 30 ML	30
24964	RISPERIDONA COMP 1MG	COMPRIMIDO	200
18595	RISPERIDONA COMP 2MG	COMPRIMIDO	10
34081	SUCCINATO DE METOPROLOL COMP 25MG	COMPRIMIDO	100
6484	TENOXCAM PO P/ SOL INJ 20MG	AMP 20MG	50
18582	TRAMADOL SOL INJ 50MG/ML 2ML	AMP 100MG	100

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de reposição do estoque na CAF (**CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO**), a serem utilizadas pelos pacientes lotados na unidade durante o mês de outubro.

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. Enviar produtos com validade mínima de 6 meses da data de entrega ou apresentar carta de troca com mesmo prazo;

5.3. Atender os pedidos de acordo a demanda enviada pelos compradores, sendo realizada a programação no décimo quinto dia útil;

5.4. Os pedidos deverão ser entregues no Condomínio Solidarieidade – CS, das 08:00 às 18:00 horas, tendo em vista que os pedidos deverão ser entregues com 05 (cinco) dias corridos;

5.5. O FORNECEDOR deverá disponibilizar na nota fiscal os dados bancários para realização de pagamento;

5.6. 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 – TTG 003/13 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,

Assinado eletronicamente por:
LEDA RODRIGUES FRANCO
CPF: ***.561.871-**
Data: 25/09/2024 10:21:34 -03:00

MUNDO DIGITAL

Lêda Rodrigues Franco
Supervisora Farmácia e Suprimentos
CEAP-SOL

Assinado eletronicamente por:
Igor Guimarães Silva Honorato
CPF: ***.340.621-**
Data: 25/09/2024 16:47:41 -03:00

MUNDO DIGITAL

Assinado eletronicamente por:
Jordana Helen silva Teixeira
CPF: ***.808.441-**
Data: 25/09/2024 16:00:36 -03:00

MUNDO DIGITAL

Assinado eletronicamente por:
Kayene Rosa Santos Almeida
CPF: ***.638.371-**
Data: 26/09/2024 07:49:28 -03:00