

Goiânia, 17 de fevereiro de 2022.

**TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO**

TR N.º 15091/2021

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra programada de medicamentos.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

CÓD MV	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE SOLICITADA
10291	ACICLOVIR 200MG COMP	1.300
11248	ACICLOVIR 250MG INJ FA	100
7017	ACIDO FOLICO 5MG COMP	200
47897	ACIDO FOLINICO 15MG COMP	130
5617	ÁGUA P/ INJECAO 10ML AMP	6.000
40412	ÁGUA P/ INJECAO 500ML BOLSA	100
5991	ALBUMINA HUMANA 20% 200MG/ML 50ML FR C/ EQUIPO	70
5528	AMICACINA 250MG/ML 2ML AMP	100
4925	AMITRIPTILINA 25MG COMP	300
32631	AMOXICILINA + AC CLAVULANICO 1,2G SOL INJ FA	400
38968	AMPICILINA 1G SOL INJ FA	180
13903	ANFOTERICINA B 50MG SOL INJ FA	20
8037	ANLÓDIPINO 5MG COMP	160
28233	ANIDULAFUNGINA 100MG FA	14
5225	AZITROMICINA 500MG COMP	1.600
4853	BACLOFENO 10MG COMP	60
42481	BECLOMETASONA 0,4 MG/ML FLACONETE 2ML	50
49381	BECLOMETASONA SPRAY 250MCG DOSEADOR C/ BOCAL 200 DOSES	2
23570	BENZILPENICILINA 1.200.000UI BENZATINA SUSP INJ FA	50
40534	BENZILPENICILINA 5.000.000UI POTASSICA SUSP INJ FA	250
16640	BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% 250ML BOLSA	50
5164	BISACODIL 5MG DRAG	60
5621	BROMOPRIDA 5MG/ML 2ML AMP	400
48281	CREME HIDRATANTE CORPORAL S/ CHEIRO 400ML	10
8565	CARVEDILOL 6,25MG COMP	100
6069	CEFAZOLINA 1G FA	50
7562	CEFEPIME 1G FA	200

Flávia Cavalho da Silva
Compradora
HDT/SG-GO

Alameda do Contorno, 3.556 - Jardim Bela Vista, Goiânia - GO - CEP 74474-500. Telefone: (62) 3201-3673.

FOR 004-SUPRIMENTOS - REVISÃO 01 - VIGÊNCIA: 27/03/2020

4890	CEFTRIAXONA 1G FA	1.000
48150	CEFTRIAXONA 1G FA INTRAMUSCULAR	50
17936	CETOCONAZOL 30G CREME TUBO	20
12006	CLARITROMICINA 500MG COMP	100
6748	CLINDAMICINA 150MG/ML 4ML AMP	250
8564	CLONIDINA 0,100MG COMP	700
37042	CLORETO DE POTASSIO 19,1% 10ML AMP	600
40891	CLORETO DE SODIO 0,9% 100ML BOLSA	8.000
5681	CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML AMP	2.600
40893	CLORETO DE SODIO 0,9% 250ML BOLSA	400
33776	CLORETO DE SODIO 0,9% 500ML BOLSA	500
5552	CLORETO DE SODIO 20% 10ML AMP	1.400
49383	CLOREXIDINA SOL AQUOSA 1% 30ML TWIST OFF FR	100
14010	CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5% 1L FR	35
32404	CLOREXIDINA SOLUCAO ALCOOLICA A 0,5% 100ML	250
38973	CLOREXIDINA 0,12% ANTISSEPTICO BUCAL 250ML FR	50
27897	CODEINA 30MG + PARACETAMOL 500MG COMP	200
17939	COLAGENASE 0,6U/G 30G POMADA	40
5173	DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5ML AMP	500
5142	DEXCLORFENIRAMINA 2MG COMP	230
5034	DIAZEPAM 10MG COMP	160
5032	DIAZEPAM 5MG COMP	160
5814	DOMPERIDONA 1MG/ML 100ML FR SUSP ORAL	100
39691	ESCOPOLAMINA 20MG/ML 1ML AMP	600
14417	ESPIRONOLACTONA 25MG COMP	60
18638	FENITOINA 50MG/ML 5ML AMP	150
18612	FENOBARBITAL 100MG/ML 2ML AMP IV/IM	50
28046	FENTANIL 0,05MG/ML 10ML AMP	2.000
16123	FLUCONAZOL 2MG/ML 100ML BOLSA	600
5622	FUROSEMIDA 10MG/ML 2ML AMP	1.200
5013	FUROSEMIDA 40MG CP	150
5222	GABAPENTINA 300MG COMP	230
39370	GLICERINA 12% 500ML FRASCO	20
5447	GLICOSE 5% 250 ML	400
11324	GLICOSE 5% 500ML BOLSA	900
16372	GLICOSE 50% 10ML AMP	600
5416	HEPARINA 5.000UI/ML 5ML IV FA	300
5625	HIDROCORTISONA 500MG FA	100
40324	HIDROGEL COM ALGINATO 85G	50
5044	INSULINA NPH HUMANA 100UI/ML 10ML FA	5
3912	INSULINA REGULAR HUMANA 100UI/ML 10ML FA	20
25300	ISSORBIDA 20MG CP	30
38998	ITRACONAZOL 100MG COMP	4.500
7291	IVERMECTINA 6MG COMP	
12210	LACTULOSE 667MG/ML 120ML FR SOL ORAL	

Flávia Carneiro da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO

49258	LEVETIRACETAM 250MG COMP	380
11395	LEVOFLOXACINA 500MG 100ML BOLSA	120
17037	LIDOCAINA 10% SPRAY 50ML FR	5
17944	LIDOCAINA 2% 30G TUBO GELEIA	80
48167	LOÇÃO HIDRATANTE CORPORAL (FISIOGEL) 400ML	5
10084	LOSARTANA POTASSICA 50MG CPR	600
12459	MEROPENEM 1G FA	1.100
8853	METFORMINA 850MG COMP	60
11783	METRONIDAZOL 250MG COMP	100
13728	METRONIDAZOL 500MG 100ML BOLSA	250
29954	NITAZOXANIDA 500MG COMP	130
7429	OMEPRAZOL 20MG CÁPS	1.500
6455	ONDANSETRONA 2MG/ML 2ML AMP	1.500
34477	ONDANSETRONA 4MG COMP	200
6746	OXACILINA 500MG FA	2.500
17948	OXIDO DE ZINCO + VITAMINA A, D 45G	10
39003	PANTOPRAZOL 40MG FA	650
8549	PARACETAMOL 500MG COMP	300
13648	PIPERACILINA + TAZOBACTAM 4,5G FA	600
42923	POLIMIXINA B 500.000UI FA	300
6717	PREDNISONA 20MG COMP	700
42535	PROMETAZINA 25MG/ML 2ML AMP	50
34080	QUETIAPINA 100MG COMP	300
13649	RINGER LACTATO 500ML BOLSA	550
18595	RISPERIDONA 2MG COMP	90
33768	SALBUTAMOL 0,5MG/ML 1ML AMP	300
5467	SALBUTAMOL 100MCG/DOSE AEROSSOL	100
43461	SIMETICONA 75MG/ML 15ML FR GTS	120
38980	SOLUCAO ACIDA P/ HEMODIALISE 5L GALAO	60
38983	SOLUCAO BASICA P/ HEMODIALISE 5L GALAO	30
6943	SULFAMETOXAZOL 400MG + TRIMETOPRIMA 80MG COMP	15.000
45625	SULFAMETOXAZOL 40MG + TRIMETOPRIMA 8MG/ML 100ML FR	30
38988	TEICOPLANINA 400MG FA	40
6484	TENOXICAM 20MG IV/IM FA	50
34090	TIAMINA SOL INJ 100 MG/ML	200
16120	TIGECICLINA 50MG FA	50
27889	TRAMADOL 50MG/ML 1ML AMP	800
6068	VANCOMICINA 500MG FA	300
25042	VASOPRESSINA 20 U/ML 1ML AMP	160

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de compra mensal de medicamentos para abastecimento da Unidade. Medicamentos solicitados foram lançados devido necessidade de ressurgimento visto ~~Flaviano~~ ~~Adriano~~ ~~da Silva~~ ~~Compradora~~

HDT/SG-GO

Alameda do Contorno, 3.556 - Jardim Bela Vista, Goiânia - GO - CEP 74474-500. Telefone: (62) 3201-3673.

estoque para abastecimento do mês de Março/2022. A falta desses medicamentos podem levar a desassistência ao paciente e aumento da morbimortalidade na Unidade. Para análise do consumo utilizamos consumo dos últimos três meses, sazonalidade e epidemiologia atual.

4. QUANTIDADE E MEMÓRIA DE CÁLCULO

Conforme item 2 deste Termo de Referência.

5. DAS OBRIGAÇÕES DO FORNECEDOR

5.1. Atender aos pedidos com as descrições publicadas e manter os preços irredutíveis, conforme proposta publicada na plataforma eletrônica de compra (BIONEXO) e no site do ISG ou jornal;

5.2. Atender aos 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 Hospital de Doenças Tropicais – HDT/HAA, das 08:00 às 18:00, em dias úteis, podendo haver necessidade de entrega aos sábados, das 08:00h às 12:00h, impreterivelmente, 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 60 (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 ocorram 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 03.969.808/0003-31, com endereço na Avenida Olinda, s/n Qd H4 Lt. 01 a 03. Bairro Park Lozandes. CEP 74884-120. Goiânia-GO.

6.4. As notas deverão vir sem rasuras e estar no período de validade de emissão.

Atenciosamente,

Dayane Alves da Silva
Supervisora da Farmácia
CPF: 15564
HDT/ISG
Supervisão de Farmácia

Flávia Carvalho da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO