



ESTADO DE GOIÁS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOVIANIA
TERMO DE REFERÊNCIA 27011
2025

01 - Objeto:

1 - TERMO DE SOLICITAÇÃO
SOLICITAÇÃO DE AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS HOSPITALARES.

2 - TERMO DE REFERÊNCIA

2.1 - OBJETO
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS HOSPITALARES DESTINADOS AO HOSPITAL MUNICIPAL MARIA DO GALENO.

2.2 - JUSTIFICATIVA
A PRESENTE AQUISIÇÃO SE JUSTIFICA EM RAZÃO DE QUE OS MEDICAMENTOS DESCRITOS SÃO ESSENCIAIS PARA VIABILIZAR PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO REFERIDO HOSPITAL.

2.3 - COMPOSIÇÃO DE PREÇO DO BEM
NOS PREÇOS PROPOSTOS DEVERÃO ESTAR INCLUÍDAS TODAS AS DESPESAS NECESSÁRIAS, TAIS COMO: TRANSPORTE, CARGA, DESCARGA, ENCARGOS SOCIAIS, TRABALHISTAS, PREVIDENCIÁRIOS, SECURITÁRIOS, IMPOSTOS E TAXAS QUE INCIDAM OU VENHAM A INCIDIR, DIRETA OU INDIRETAMENTE, NO FORNECIMENTO DO BEM ORA ADQUIRIDO. NO CASO DE OMISSÃO DOS REFERIDOS IMPOSTOS, TRIBUTOS E DESPESAS CONSIDERAR-SE-ÃO INCLUSOS NO VALOR OFERTADO. DEVERÁ SER REALIZADA COTAÇÃO MÍNIMA DE TRÊS EMPRESAS PARA A COMPOSIÇÃO DOS PREÇOS DOS PRODUTOS A SEREM ADQUIRIDOS, QUE SERVIRÃO DE PARÂMETRO PARA EFEITO DE JULGAMENTO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DEFINIÇÃO DA EMPRESA VENCEDORA.

2.4 - PAGAMENTO
O PAGAMENTO SERÁ REALIZADO APÓS A ENTREGA DOS MEDICAMENTOS E A APRESENTAÇÃO DA NOTA FISCAL.
A DESPESA SERÁ CUSTEADA PELO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, AGÊNCIA Nº. 3681-1, CONTA CORRENTE Nº. 9304-1, FONTE: 102.000.

2.5 - ENTREGA DO OBJETO
O FORNECIMENTO SERÁ EFETUADO DE FORMA ÚNICA, NA SEDE DA CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICA - CAF, SITUADA NO ENDEREÇO AVENIDA DÃO BARBOSA, Nº 627, CENTRO.

ROUDISON SABINO MUNIZ
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item	Descrição	Unidade	Quantidade
1	CETOPROFENO 50MG 2ML IV F/A (ARTRINID IV) AMPOLA	UNIDADE	1.000,0000
2	ANESTALCON 5MG SOLUÇÃO OFTALMOLÓGICA COLÍRIO 5ML (PROXIMETACAINA)	UNIDADE	6,0000
3	PROMETAZINA 50MG / 2ML IM AMPOLA (PROMETAZOL)	UNIDADE	500,0000
4	FUROSEMIDA 20MG / 2ML IM/IV AMPOLA	UNIDADE	600,0000
5	AMIODARONA 50MG /ML 3ML IV AMPOLA	UNIDADE	100,0000
6	GLICOSE 25% 10ML AMPOLA	UNIDADE	400,0000
7	LIDOCAÍNA 2% INJETÁVEL FRASCO 20ML C/ VASO	UNIDADE	300,0000
8	AMPICILINA SÓDICA 500MG F/A/S DIL FRASCO	UNIDADE	300,0000

02 - Motivação:

03 - Especificações Técnicas:

04 - Prazo, local e condições de entrega ou execução:

05 - Prazo e Condições de Garantia:

06 - Responsável pelo acompanhamento da prestação de serviço, telefone e email:

07 - Condições e prazo de pagamento:

08 - Critério de avaliação das propostas:

09 - Resultados esperados:



ESTADO DE GOIÁS
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE JOVIANIA
TERMO DE REFERÊNCIA 27011
2025

Emissor