

Goiânia, 20 de maio de 2020.

TERMO DE REFERÊNCIA

AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO TR N.º 049/2020

De: Farmácia
Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra de medicamento.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

DESCRIÇÃO	QTDE SOLICITADA
IMUNOGLOBULINA HUMANA 5G FA	42 frascos

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Segue solicitação de compra de medicamento padronizado na Unidade. Necessária reposição de estoque do medicamento Imunoglobulina 5g para atendimento de paciente internado com quadro de Necrose Epidérmica Tóxica (NET), um tipo de reação adversa cutânea grave. Quantidade do Medicamento solicitado é peso dependente e para tratamento pleno do paciente foram solicitados 42 frascos – utilização de 14 frascos/dia.

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 irrealizáveis, 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


Hugo Andrade
Assistente Administrativo
CEAP-SOL



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,

Larissa de Souza Melo
Supervisora de Farmácia
CRF: 14374/CEAP-SOL

LARISSA DE SOUZA MELO
Supervisora de Farmácia CEAP-SOL
CRF/GO: 14374

Eduardo Fonseca
Coordenador Administrativo
Centro de Referência em Saúde da Família
Condomínio Solidariedade

*Segue Para
autori zação*

Hugo Andrade
Assistente Administrativo
CEAP-SOL