

Goiânia, 13 de junho de 2019.

**TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS**

TR N.º 604/2019

De: Farmácia

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Solicitação emergencial de compra de medicamentos

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

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

CÓD	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE SOLICITADA
184	BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.000UI SUSP INJ FA	200
185	BENZILPENICILINA BENZATINA 5.000.000UI SUSP INJ FA	200
77	BROMOPRIDA 5MG/ML 2ML AMP	600
1963	CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML AMP	1500
4	DIPIRONA 500MG/ML 2ML AMP	2000
133	DOBUTAMINA 12,5MG/ML 20ML AMP	100
234	ITRACONAZOL 100MG CAPS	200
148	LIDOCAINA 2% 30G GELEIA TUBO	60
34	OMEPRAZOL 20MG CAPS	600
264	SALBUTAMOL 2,5MG 2,5ML INALATORIO P/ NEBULIZAÇÃO	500

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de compra emergencial para reposição do estoque na CAF (CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO), a serem utilizadas pelos setores da unidade e pacientes lotados na unidade. Esta compra emergencial foi lançada devido à falta de Programação mensal para o mês corrente e o aumento de consumo médio de alguns itens, com possibilidade iminente de ruptura de estoque e desassistência ao paciente. Para análise do consumo utilizamos dados de consumo trimestral anterior, consumo no último mês, consumo dos últimos 15 dias, sazonalidade e epidemiologia atual.

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 irrecorríveis, 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 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 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.


Mara Cristina N. Sampaio
Farmacêutica
CRF/GO 6384