

Goiânia, 17 de maio de 2018

TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO
TR N.º 7361/2018

De: Farmácia

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra emergencial de medicamento.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

Descrição do item, conforme solicitação de compra nº 7361 em anexo.

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Para o estoque na CAF (**CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO**), a ser utilizado na Unidade.

O medicamento Imipenem+cilastatina está em uso por paciente da Ala C e diante do baixo consumo médio deste medicamento nos últimos 04 meses (CMM= 56 frascos) este medicamento foi solicitado na Programação mensal em quantidade baixa. Uma vez que neste mês de Maio/18 tivemos um aumento de consumo deste medicamento e já estamos às margens de uma ruptura de estoque (estoque atual para cerca de 2 dias) necessitamos de compra em caráter emergencial.

4. QUANTIDADE E MEMÓRIA DE CÁLCULO

Conforme solicitação de compra nº 7361 em anexo.

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 pagamento;

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 40 (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 03.969.808/0003-31, 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,


Mara Crystina N. Sampaio
Coordenação de Farmácia
ISG/HDT