

**TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO**

TR N.º 7353/2018

De: Farmácia

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra emergencial de medicamento não padronizado.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

Descrição do item, conforme solicitação de compra n° 7353 em anexo.

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Aquisição de medicamento não padronizado

O medicamento Eritropoetina 4.000UI não é padronizado na Instituição e foi solicitada compra de medicamento não padronizado de forma emergencial, pelo médico assistente, para paciente internado na Ala B. Justificativa de compra: Paciente apresenta doença renal crônica – Anemia por doença crônica associada à Anemia aguda. Solicitação autorizada pela Diretoria Técnica em 14/05/2018.

4. QUANTIDADE E MEMÓRIA DE CÁLCULO

Conforme solicitação de compra n° 7353 em anexo.

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;

Vander de Monteiro dos Santos Junior
Comprador
HDT/ISS - GO

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 Cristina N. Sampaio
Coordenação de Farmácia
ISG/HDT