

Goiânia, 10 de Janeiro de 2024.

TERMO DE REFERÊNCIA

TR. Nº54597/2024

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MEDICAMENTOS

Compra de medicamentos.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MEDICAMENTO

COD MV SOUL	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE A PEDIR
10291	ACICLOVIR COMP 200MG	1000
33786	ACIDO VALPROICO COMP 250MG - EPILENIL	120
5617	AGUA BIDEUTILADA SOL INJ 10ML	2000
518	ALCOOL LIQUIDO 70% 1000ML	150
5528	AMICACINA SOL INJ 250MG/ML 2ML	50
4925	AMITRIPTILINA COMP 25MG (M)	120
4853	BACLOFENO COMP 10MG	120
24956	BENZILPENICILINA POTASSICA PO P/ SOL INJ 5.000.000UI	100
5618	BICARBONATO DE SODIO SOL INJ 8,4% 10ML	200
5024	CARBAMAZEPINA COMP 200MG (M)	200
22578	CARBOXIMETILCELULOSE 0,5% SOL OFTALMICA 5MG/ML 5ML	10
8565	CARVEDILOL COMP 6,25MG	120
7562	CEFEPIME PO P/ SOL INJ 1G	100
17936	CETOCONAZOL CREME 30G	10
6747	CLINDAMICINA CAPS 300MG	200
6748	CLINDAMICINA SOL INJ 150MG/ML 4ML	200
33530	CLOBAZAM COMP 10MG - URBANIL	90
15687	CLONIDINA COMP 0,150MG	90
37042	CLORETO DE POTASSIO 19,1% SOL INJ 10ML	200
40891	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 100ML	2000

Rubia Oliveira
Coordenadora de Suprimentos
HDT/ISC

5681	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 10ML - AMPOLA	200
40893	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 250ML	200
33776	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 500ML - BOLSA	1000
5552	CLORETO DE SODIO SOL INJ 20% 10ML	200
32404	CLOREXIDINA SOLUCAO ALCOOLICA A 0,5% 100ML	50
38979	CREME BARREIRA BISANAGA 28 A 60 ML	20
5173	DEXAMETASONA SOL INJ 4MG/ML 2,5ML	200
5626	DIPIRONA SOL INJ 500MG/ML 2ML	1000
38989	ENOXAPARINA SODICA SOL INJ SUBCUTANEA 40MG/0,4ML	100
28046	FENTANILA, CITRATO SOL INJ 50MCG/ML 10ML (M)	200
17292	FILGRASTIM SOL INJ 300MCG/ML 1ML (G)	20
5622	FUROSEMIDA SOL INJ 10MG/ML 2ML	100
49547	GANCICLOVIR PO P/ SOL INJ 500MG	50
5447	GLICOSE SOL INJ 5% 250ML	100
16372	GLICOSE SOL INJ 50% 10ML	200
5624	HIDROCORTISONA PO P/ SOL INJ 100MG	50
40324	HIDROGEL COM ALGINATO 85G	20
66901	HIDROXIZINA SOL ORAL 2MG/ML 120ML	20
38998	ITRACONAZOL CAPS 100MG	500
12210	LACTULOSE XPE 667MG/ML 120ML	30
25803	LENCO UMEDECIDO C/ ALCOOL A 70% (ALCOOL SWAB)	1000
21994	LORATADINA COMP 10MG	200
12459	MEROPENEM PO P/ SOL INJ 1G	600
57650	METILPREDNISOLONA PO P/ SOL INJ 125MG	100
18577	MIDAZOLAM SOL INJ 5MG/ML 10ML (M)	150
18562	MORFINA SOL INJ 10MG/ML 1ML (M)	200
38967	OLEO A BASE DE ACIDOS GRAXOS ESSENCIAIS C/ VIT. A + E 100ML	10
10896	OMEPRAZOL PO P/ SOL INJ 40MG	150
6746	OXACILINA PO P/ SOL INJ 500MG	200
17948	OXIDO DE ZINCO + VIT. A+D TUBO 45G	20
16119	POLIMIXINA B PO P/ SOL INJ 500.000UI	100
12007	SULFADIAZINA COMP 500MG	300
6068	VANCOMICINA PO P/ SOL INJ 500MG	200

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de compra mensal de medicamento para abastecimento da Unidade. Os medicamentos solicitados foram lançado devido necessidade de ressuprimento e proximidade de ruptura do estoque, para abastecimento. A falta desses medicamentos

Núbia Oliveira
 Coordenadora de Suprimentos
 HDT/ISG

pode levar a desassistência ao paciente da Unidade. Para análise, é utilizado o consumo dos últimos três meses, sazonalidade e epidemiologia atual.

QUANTIDADE E MEMÓRIA DE CÁLCULO

Conforme item 2 deste Termo de Referência.

4. DAS OBRIGAÇÕES DO FORNECEDOR

5.1. Atender aos pedidos com as descrições publicadas e manter os preços irrevogáveis, conforme proposta publicada na plataforma eletrônica de compra, via e-mail, no site do ISG ou jornal;

5.2. Atender aos pedidos de acordo a demanda enviada pelos compradores;

5.3. Os pedidos deverão ser entregues no Hospital Estadual de Doenças Tropicais – HDT das 08:00 às 18:00 horas, em dias úteis e havendo necessidade aos sábados das 08:00 às 12:00 horas impreterivelmente, tendo em vista que os pedidos deverão ser entregues com 03 (três) dias corridos para os fornecedores locais e até 08 (oito) dias para fornecedores de outros Estados;

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
- Cartão do CNPJ

5. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:

6.1. O prazo para o pagamento será de no mínimo 60 (sessenta) dias a partir da apresentação da nota fiscal;

6.2. A Contratada deverá manter o fornecimento por mais 60 (sessenta) 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 Av. Deputado Jamel Cecilio nº3310 sala 104 –CEP 74810-970-Jd Goiás – Goiânia – Goiás.

6.4. As notas deverão vir sem rasuras e estar no período de validade de emissão.


Núbia Oliveira
Coordenadora de Suprimentos
HDT/ISG

Coordenação de Suprimentos

Núbia Oliveira
Coordenadora de Suprimentos
HDT/ISG 