

Goiânia, 22 de fevereiro de 2023.

TERMO DE REFERÊNCIA**TR. Nº 34970/2023**

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra de medicamentos.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

CÓD	DESCRIÇÃO	PEDIDO
25803	ALCOOL SWAB 70%	1300
12501	AMPICILINA + SULBACTAM PO P/ SOL INJ 2 + 1G	150
49381	BECLOMETASONA SPRAY 250MCG AEROSSOL DOSIMETRADO 200 DOSES	4
7562	CEFEPIME PO P/ SOL INJ 1G	100
37042	CLORETO DE POTASSIO 19,1% SOL INJ 10ML	200
17292	FILGRASTIM SOL INJ 300MCG/ML 1ML (G)	10
12459	MEROPENEM PO P/ SOL INJ 1G	150
35718	MILRINONA SOL INJ 1MG/ML 10ML	30
17948	OXIDO DE ZINCO + VIT. A+D TUBO 45G	20
38104	PELICULA PROT. SOL POLIMERICA SPRAY FR 28ML	8
18671	PROPOFOL SOL INJ 10MG/ML 20ML (M)	120
23683	RACECADOTRILA CAPS 100MG	60
13649	RINGER C/ LACTATO SOL INJ 500ML	100
7663	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA SUSP ORAL 200 + 40MG/5ML 100ML	30
23348	OFLOXACINO SOL OFTALMICA 0,3% FR 5ML	2
4942	VARFARINA COMP 5MG	30
5030	HALOPERIDOL SOL INJ 5MG/ML 1ML (M)	50

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Faz-se necessária a aquisição dos medicamentos acima, pois se tratam de medicamentos padronizados na Instituição e, após análise do relatório da posição de estoque atual e alerta de consumo diário crítico, apresentaram aumento de consumo e

Flávia Carla da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO

a falta desses medicamentos pode levar a desassistência aos pacientes em uso deles na Unidade.

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 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

6. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:

6.1. O prazo para o pagamento será de no mínimo 30 (trinta) 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. Olinda Quadra: H 4 LT 1/03 – Parque Lozandes - CEP 74.884.120 – Goiânia – Goiás.

Flávia Carvalho da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO



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


Dayana ~~Carvalho~~ da Silva
Supervisora da Farmácia
CRF/GO: 15564
HDT/ISG

Supervisão de Farmácia

Flávia ~~Carvalho~~ da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO