

Goiânia, 02 de fevereiro de 2023.

TERMO DE REFERÊNCIA**TR. Nº 34418/2023**

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra programada de medicamentos.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

COD.	DESCRIÇÃO	PEDIDO
34091	ATROPINA 1% SOL OFTALMICA 10MG/ML 5ML	5
34477	ONDANSETRONA COMP 4MG	90
4942	VARFARINA COMP 5MG	30
23683	RACECADOTRILA CAPS 100MG	50
22578	CARBOXIMETILCELULOSE 0,5% SOL OFTALMICA 5MG/ML 5ML	5
18245	IMUNOGLOBULINA HUMANA SOL INJ 5G *	24

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de compra de medicamentos devido não cotação ou cancelamento da programação mensal de fevereiro/2023. Os medicamentos solicitados foram lançados devido necessidade de ressuprimento. A falta deles pode levar a desassistência ao paciente e aumentar da morbimortalidade na Unidade. Para análise, é utilizado o consumo dos últimos três meses, sazonalidade e epidemiologia atual.

* Solicitação de compra emergencial de IMUNOGLOBULINA realizada mediante autorização da Diretoria Técnica para paciente com erupção cutânea generalizada vedida a drogas e medicamentos (CID L270). Tal patologia não é contemplada pela Central de Medicamentos de Alto Custo - CEMAC Juarez Barbosa.

QUANTIDADE E MEMÓRIA DE CÁLCULO

Flávia Carvalho da Silva
Compradora
HDT/ISS-GO

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 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.

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

Flávia Cavallho da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO

HDT

Hospital Estadual de Doenças Tropicais
Dr. Anuar Auad



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



03

Supervisão de Farmácia

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

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