

Goiânia, 01 de fevereiro de 2023.

TERMO DE REFERÊNCIA**TR. Nº 34377/2023**

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra programada de medicamentos.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

COD.	DESCRIÇÃO	PEDIDO
40891	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 100ML	700
33776	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 500ML - BOLSA	100
22578	CARBOXIMETILCELULOSE 0,5% SOL OFTALMICA 5MG/ML 5ML	5
11992	RETINOL + AMINOAC. + METION. + CLORANF. POMADA OFTALM 3,5G	20
51643	ETANERCEPTE SOL INJ 50MG SER PREENCHIDA (BIOSSIMILAR A) G	2
11306	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO PO P/ SOL INJ 1G + 200MG	60
23683	RACECADOTRILA CAPS 100MG	50
5626	DIPIRONA SOL INJ 500MG/ML 2ML	600
12459	MEROPENEM PO P/ SOL INJ 1G	1000
38986	VORICONAZOL PO P/ SOL INJ 200MG	20
11324	GLICOSE SOL INJ 5% 500ML	180

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 ressurgimento. A falta desses medicamentos pode levar a desassistência ao paciente e aumento da morbimortalidade na 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 30 (trinta) dias a partir da apresentação da nota fiscal;

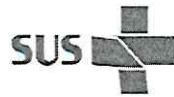
6.2. A Contratada deverá manter o fornecimento por mais 60 (sessenta) dias mesmo que não ocorram os pagamentos das faturas;

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.

HDT

Hospital Estadual de Doenças Tropicais
Dr. Anuar Aued



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Dayane A. Silva'.

Supervisão de Farmácia
Dayane Aives da Silva
Supervisora da Farmácia
CRFIGO: 15564
HDT/199