

Goiânia, 27 de março de 2023.

TERMO DE REFERÊNCIA**TR. Nº 35968/2023**

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra emergencial de medicamentos.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

CÓD	DESCRIÇÃO	PEDIDO
11306	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO PO P/ SOL INJ 1G + 200MG	260
5225	AZITROMICINA COMP 500MG	400
4890	CEFTRIAXONA PO P/ SOL INJ 1G	200
5215	DEXAMETASONA CREME 0,1% 10G	50
499	EPINEFRINA SOL INJ 1MG/ML 1ML (1:1000)	150
27925	PARACETAMOL + CODEINA COMP 500 + 30MG - GEN GEOLAB	100

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Faz-se necessária a aquisição dos medicamentos acima descritos em caráter emergencial. Se tratam de medicamentos padronizados na Instituição que, após análise do relatório da posição de estoque atual e alerta de consumo diário crítico, apresentaram aumento de consumo. A falta deles pode levar a desassistência aos pacientes em uso.

O item AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO PO P/ SOL INJ 1G + 200MG foi solicitado novamente devido seu cancelamento na última solicitação.

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 irreeajustáveis, 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.

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


Deyane Aparecida Silva
Supervisora de Farmácia
CPF/GO: 15564
HDT/ISG

Supervisão de Farmácia