

Goiânia, 20 de março de 2023.

TERMO DE REFERÊNCIA**TR. Nº 35776/2023**

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra emergencial de medicamentos.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

CÓD	DESCRIÇÃO	PEDIDO
49381	BECLOMETASONA SPRAY 250MCG AEROSSOL DOSIMETRADO 200 DOSES	6
42481	BECLOMETASONA, DIPROPIONATO FLACONETE 400MCG/ML	30
22578	CARBOXIMETILCELULOSE 0,5% SOL OFTÁLMICA 5MG/ML 5ML	5
40893	CLORETO DE SÓDIO SOL INJ 0,9% 250ML	500
30365	ESCETAMINA SOL INJ 50MG/ML 10ML (M)	170
28046	FENTANILA, CITRATO SOL INJ 50MCG/ML 10ML (M)	500
5447	GLICOSE SOL INJ 5% 250ML	125
5625	HIDROCORTISONA PO P/ SOL INJ 500MG	50
38998	ITRACONAZOL CAPS 100MG	1500
6149	LEVOTIROXINA SÓDICA COMP 25MCG	60
27264	METADONA COMP 5MG (M)	160
18577	MIDAZOLAM SOL INJ 5MG/ML 10ML (M)	280
38104	PELICULA PROT. SOL POLIMÉRICA SPRAY FR 28ML	15
4999	PROPRANOLOL COMP 40MG	60
5467	SALBUTAMOL SPRAY 200 DOSES	30
6940	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA SOL INJ 80 + 16MG/ML 5ML	1000

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.

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.



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

Dayane Alves da Silva
Supervisora da Farmácia
CPF/GO: 15564
HDT/ISG
Supervisão de Farmácia