

Goiânia, 06 de março de 2023.

TERMO DE REFERÊNCIA
TR. Nº 35372/2023

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra emergencial de medicamentos.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

CÓD	DESCRIÇÃO	PEDIDO
11499	ACIDO TRANEXAMICO SOL INJ 50MG/ML 5ML	200
5991	ALBUMINA HUMANA SOL INJ 20% 50ML (G)	50
30365	ESCETAMINA SOL INJ 50MG/ML 10ML (M)	100
31550	FITOMENADIONA (VITAMINA K1) SOL INJ IM 10MG/ML 1ML	100
19381	FOSFATO ACIDO DE POTASSIO SOL INJ 2MEQ/ML 10ML	50
18671	PROPOFOL SOL INJ 10MG/ML 20ML (M)	250
34080	QUETIAPINA COMP 100MG (M)	190
6940	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA SOL INJ 80 + 16MG/ML 5ML	1000
4942	VARFARINA COMP 5MG	120

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.

Flávia Carvalho da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO

5. DAS OBRIGAÇÕES DO FORNECEDOR

5.1. Atender aos pedidos com as descrições publicadas e manter os preços irrealizáveis, 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


Supervisão de Farmácia


Compradora
HDT/ISG-GO