

Goiânia, 10 de dezembro de 2018.

TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO
TR N.º 7732/2018

De: Farmácia

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra de insumos da Agência Transfusional.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

CÓD MV	DESCRIÇÃO	QTDE SOLICITADA
19367	CONTROLE RH (USO BANCO DE SANGUE) REAGENTE CONTROLE NEGATIVO	1
19080	BOLSA DE TRANSFERÊNCIA DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES 300ML	50
19370	CÉLULA DE TRIAGEM DE ANTICORPOS IRREGULARES (TRIACEL)	2
19082	EQUIPO P SANGUE E HEMODERIVADOS C/ CÂMARA DUPLA FLEXÍVEL	50
19084	FILTRO REMOÇÃO LEUCÓCITOS P/ 01 UND CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	50
19356	REAGENTE BIOPEG	5
19364	SORO ANTI- B MONOCLONAL PARA TIPAGEM SANGUINEA	3
19365	SORO ANTI- D MONOCLONAL PARA TIPAGEM SANGUINEA	3
19359	SORO ANTI-A MONOCLONAL PARA TIPAGEM SANGUINEA	3
19363	SORO ANTI-AB MONOCLONAL PARA TIPAGEM SANGUINEA	1
19369	SORO COOMBS ANTI -GAMA GLOBULINAS HUMANAS	3
19366	SORO SANGUÍNEO PARA IMUNOHEMATOLOGIA (CONTROCELL)	2
19368	SUSPENSOES A 3% DE CELULAS DE DOADORES RH NEGAT (REVERCEL)	2

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Faz-se necessária aquisição dos itens solicitados referente à Programação de Insumos da Agência Transfusional, em caráter de reposição de estoque, para fins de abastecimento da Unidade no mês de Dezembro/2018.

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 (BIONEXO) e no site do ISG ou jornal;

5.2. Atender aos pedidos de acordo a demanda enviada pelos compradores, sendo realizada a programação no décimo quinto dia útil;

5.3. Os pedidos deverão ser entregues no Hospital de Doenças Tropicais – HDT/HAA, das 08:00 às 18:00, em dias úteis, podendo haver necessidade de entrega aos sábados, das 08:00h às 12:00h, impreterivelmente, tendo em vista que os pedidos deverão ser entregues com 05 (cinco) dias corridos;

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

6. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

6.1. O prazo para o pagamento será de aproximadamente 40 (trinta) dias a partir da apresentação da nota fiscal.

6.2. A Contratada deverá manter o fornecimento por mais 90 (noventa) dias mesmo que não ocorra 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 Avenida Olinda, s/n Qd H4 Lt. 01 a 03. Bairro Park Lozandes. CEP 74884-120. Goiânia-GO.

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

Atenciosamente,


Mara Cristina N. Sampaio
Coordenação de Farmácia
ISG/HDT

Mara Cristina Nolasco Sampaio
Farmacêutica – Coordenação Setor Farmácia