

TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO

TR N.º 7546/2018

De: Farmácia

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra de Programação mensal da Agência Transfusional.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

COD MV	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE SOLICITADA
19370	CÉLULA DE TRIAGEM DE ANTICORPOS IRREGULARES (TRIACEL)	2
19082	EQUIPO P SANGUE E HEMODERIVADOS C/ CÂMARA DUPLA FLEXÍVEL	400
19356	REAGENTE BIOPEG	4
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	2
19369	SORO COOMBS ANTI -GAMA GLOBULINAS HUMANAS	6
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 Setembro/2018.

4. QUANTIDADE E MEMÓRIA DE CÁLCULO

Conforme descrito no item 2.

5. DAS OBRIGAÇÕES DO FORNECEDOR

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

Mara Cristina Nolasco Sampaio
Farmacêutica – Coordenação Setor Farmácia