

Goiânia, 02 de janeiro de 2023.

TERMO DE REFERÊNCIA**TR. Nº 33347/2023**

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra programada de medicamentos.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

COD.	DESCRIÇÃO	PEDIDO
40412	AGUA DESTILADA SOL INJ 500ML	300
5742	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO COMP 500 + 125MG	160
30365	ESCETAMINA SOL INJ 50MG/ML 10ML (M)	50
48281	CREME HIDRATANTE CORPORAL S/ CHEIRO 400ML	10
22150	DEXCLORFENIRAMINA SOL ORAL 0,4MG/ML 100ML	30
17948	OXIDO DE ZINCO + VIT. A+D TUBO 45G	30
13649	RINGER C/ LACTATO SOL INJ 500ML	300
33768	SALBUTAMOL SOL INJ 0,5MG/ ML AMP 1ML	100
34090	TIAMINA SOL INJ 100MG/ML 1ML	150
7557	VITAMINAS DO COMPLEXO B SOL INJ 2ML	20
6483	EFEDRINA SOL INJ 50MG/ML 1ML	20
6449	CLORIDRATO DE ETILEFRINA SOL INJ 10MG/ML 1ML	20
52373	OLEO DE COCO COMESTIVEL SACHE 15ML	100
49748	CREME HIDRATANTE COM UREIA 10% 150G	10
19506	DESMOPRESSINA SOLUCAO NASAL/SPRAY 100MCG/ML 2,5ML	1
18971	DEXMEDETOMIDINA SOL INJ 100MCG/ML 2ML (M)	300
16120	TIGECICLINA PO P/ SOL INJ 50MG	30

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de compra de medicamentos devido não cotação ou cancelamento da programação mensal de janeiro/2023. Os medicamentos solicitados foram lançados devido necessidade de ressuprimento. A falta desses medicamentos pode levar a

desassistência ao paciente e aumento da morbimortalidade na Unidade. Para análise, é utilizado o consumo dos últimos três meses, sazonalidade e epidemiologia atual.

QUANTIDADE E MEMÓRIA DE CÁLCULO

Conforme item 2 deste Termo de Referência.

4. 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

5. 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 - GO

Flávia Carvalho da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO

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

Flávia Carvalho da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO