

Goiânia, 04 de maio de 2023.

TERMO DE REFERÊNCIA

TR. Nº 37229/2023

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra emergencial de medicamentos cancelados ou sem cotação na programação mensal.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

CÓD	DESCRIÇÃO	PEDIDO
12485	AZATIOPRINA COMP 50MG	30
6993	AMOXICIL. + AC. CLAVULANICO SUSP ORAL 250 + 62,5MG/5ML 75ML	6
33768	SALBUTAMOL SOL INJ 0,5MG/ML 1ML	100
29954	NITAZOXANIDA COMP 500MG	60
10830	VITAMINA B1 + VITAMINA B6 + VITAMINA B12 SOL INJ 5000 MCG	12
23683	RACECADOTRILA CAPS 100MG	120
6746	OXACILINA PO P/ SOL INJ 500MG	200
29959	CLORPROMAZINA COMP 25MG (M)	130

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de compra de medicamentos devido não cotação ou cancelamento da programação mensal de maio/2023. Os medicamentos solicitados foram lançados devido necessidade de ressuprimento. A falta deles pode levar a desassistência ao paciente e aumentar da morbimortalidade na Unidade. Para análise, é utilizado o consumo dos últimos três meses, sazonalidade e epidemiologia atual.

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 irreajustáveis, 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 de Farmácia
CPF: 15564
ISG

Supervisão de Farmácia