

Goiânia, 11 de maio de 2023.

TERMO DE REFERÊNCIA**TR. Nº 37521/2023**

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra emergencial de medicamentos.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

CÓD	DESCRIÇÃO	PEDIDO
6993	AMOXICIL. + AC. CLAVULANICO SUSP ORAL 250 + 62,5MG/5ML 75ML *	8
17573	ATROPINA 0,5% SOL OFTALMICA 5MG/ML 5ML	15
12485	AZATIOPRINA COMP 50MG	30
5024	CARBAMAZEPINA COMP 200MG (M)	200
12019	CIPROFLOXACINO SOL INJ 2MG/ML 100ML	100
5028	HALOPERIDOL COMP 5MG (M)	100
49258	LEVETIRACETAM COMP 250MG (M)	200
48167	LOCAO CREMOSA HIDRATANTE CORPORAL (FISIOGEL) 400ML	10
29954	NITAZOXANIDA COMP 500MG	90
23683	RACECADOTRILA CAPS 100MG	90
25036	VASELINA SOLIDA 500G	10
10093	FLUDROCORTISONA COMP 0,1MG **	30

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, com exceção do último, 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.

* Este item foi relançado pois não foi comprado na programação do mês de maio/2023 devido grande elevação de preço. Segue anexado a CI Nº12/2023 da coordenação

Flávia Carvalho da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO

médica da internação pediátrica da Unidade, onde foi ponderado a necessidade de compra deste medicamento.

** Este item não é padronizado na Unidade e foi solicitado através do Formulário de Solicitação de Compra de Material e/ou Medicamento Eventual ou de Emergência (em anexo), para a paciente DELMA MARIA ALVES, internada na UTI ADULTO, com a seguinte justificativa: "Paciente com Síndrome de Addison e apresentando necessidade de uso contínuo".

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 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;

Flávia Carvalho da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO

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: 15564



Supervisão de Farmácia

Flávia Carvalho da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO

Goiânia, 11 de Maio de 2023.

COMUNICADO INTERNO (CI) – Nº 14/2023

De: Coordenação Médica Pediátrica

Para: Farmácia

C/C: Diretoria Técnica

Prezados (as),

Venho por meio desta ponderar sobre a necessidade da presença de pequeno estoque do Antibiótico Amoxicilina + Clavulanato em apresentação de Solução Oral, para situações de particularidades, pelo perfil de pacientes infecciosos e dermatológicos, medicamento este atual padronizado na unidade.

Dentro as principais indicações estão pacientes com Dermatite Atópica generalizada com infecção secundária, sem possibilidade de acesso venoso periférico mas com indicação de internação pela gravidade da disseminação da dermatite e cuidados com a pele neste primeiro momento. Outras situações são pacientes internados na unidade pediátrica por outro foco de infecção, além do Tegumentar, que permanecem internados por questões sociais, mas não apresentam indicação de acesso venoso, visando reduzir complicações relacionadas a dispositivos. A média de pacientes nestes casos são 3-4 pacientes/ mes, sendo em média 2 frascos por pacientes.

Sendo que o mesmo se apresenta para o momento, coloco-me a disposição para esclarecimentos adicionais que porventura se façam necessárias.

Atenciosamente,

Dr. Fernando O. Mateus
Infeccionista Pediátrico
CRM - GO 15.934

Fernando Oliveira Mateus
Coordenação Médica da Intenação pediátrica HDT/ISG

Flávia Carvalho da Silva

Compradora
HDT/ISG

COMUNICADO INTERNO - CI: É um registro/comunicação de uma atividade, ação, decisão, recomendação ou procedimento operacional interno corriqueiro, que não tenha impacto financeiro ou contencioso. Deverá ser preenchida em fonte Arial, tamanho 12.



Formulário de Solicitação de Compra de Material e/ou Medicamento Eventual ou Emergência

Paciente:	Julma Maria Alves		Nome da mãe:	Valência Maria Sebrinha
Data de Nascimento:	17/05/2023		Leito/Setor:	057 (US Adulto)
Diagnóstico Relacionado:	Id. Adson			
Previsão de uso/Quantidade:	Contínuo / 30 cápsulas			
Nome comercial:	Fluorocortisona		Nome genérico:	
Apresentação:	Cápsulas		Dosagem:	0,1 mg
Via de administração:	oral		Posologia:	1 cápsula ao dia
JUSTIFICATIVA:	Paciente com Id. de Adson e apresentando necessidade de uso contínuo.			
Médico/CRM:	Flávia Dora		Assinatura Diretoria Técnica:	
Data:	09/05/23			
Espaço reservado ao setor de Farmácia				
Atendida a solicitação:	() SIM () NÃO			
Solicitação recebida (10/05/23)				
Pedido de liberação de Adson à SES (10/05/23)				
Aprovações no Sistema (11/05/23)				
Assinatura do farmacêutico:	Assinatura do solicitante/quem recebeu:			
Data:	17/05/23			

Flávia Carvalho da Silva
Comprovações:
Observações:

Esta solicitação só deverá ser feita quando não houver alternativa terapêutica padronizada na Instituição.