

Goiânia, 18 de maio de 2023.

TERMO DE REFERÊNCIA**TR. Nº 37805/2023**

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra emergencial de medicamentos.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

CÓD	DESCRIÇÃO	PEDIDO
6747	CLINDAMICINA CAPS 300MG	96
499	EPINEFRINA SOL INJ 1MG/ML 1ML (1:1000)	50
5028	HALOPERIDOL COMP 5MG (M)	50
49258	LEVETIRACETAM COMP 250MG (M)	50
12459	MEROPENEM PO P/ SOL INJ 1G	210
27264	METADONA COMP 5MG (M)	60
29954	NITAZOXANIDA COMP 500MG	300
18595	RISPERIDONA COMP 2MG (M)	120
10142	SACCHAROMYCES BOULARDII PO ORAL 200MG	120
12007	SULFADIAZINA COMP 500MG	300
6943	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA COMP 400 + 80MG	1500
49386	VALERATO DE BETAMETASONA 1MG/G CREME 30G	30
52373	OLEO DE COCO COMESTIVEL SACHE 15ML	300

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.

4. QUANTIDADE E MEMÓRIA DE CÁLCULO

Conforme item 2 deste Termo de Referência.

Flávia Carvalho da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO

5. DAS OBRIGAÇÕES DO FORNECEDOR

5.1. Atender aos pedidos com as descrições publicadas e manter os preços irrealizáveis, 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
03/05/2024

Supervisão de Farmácia

Flávia Carvalho da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO