

Goiânia, 16 de outubro de 2020.

TERMO DE REFERÊNCIA**AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO**
TR N.º 9325/2020De: Farmácia
Para: Setor de Compras**1. MATERIAL**

Compra de medicamentos.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

CÓD MV	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE SOLICITADA
16021	ACIDO TRANEXAMICO 250MG/5ML AMP	100
14581	AMPICILINA 1G SOL INJ FA	400
16358	ANIDULAFUNGINA 100MG FA	24
15116	ATROPINA SULFATO 0,5MG/ML 1ML AMP	100
14698	BICARBONATO DE SODIO 8,4% 10ML AMP	1000
14719	BROMOPRIDA 5MG/ML 2ML AMP	1000
14922	DIAZEPAM 5MG COMP	400
14935	DOPAMINA 5MG/ML 10ML AMP	100
15001	ENOXAPARINA 40MG SERINGA	600
14946	ETILEFRINA 10MG/ML 1ML AMP	100
23019	LEVETIRACETAM 250MG COMP (KEPPRA)	200
22102	LIDOCAINA 20MG/ML (2%) S/ VASO 5ML AMP	1500
15036	MIDAZOLAM 5MG/ML 10ML AMP	700
17786	NITROGLICERINA 5MG/ML 5ML AMP	40
15072	OMEPRAZOL 40MG FA	600
24888	ROCURONIO 10MG/ML 5ML AMP	600
15104	SOLUCAO RINGER LACTATO 500ML BOLSA	1000
15112	SULFAMETOXAZOL 400MG + TRIMETOPRIMA 80MG COMP	15000
15403	VITAMINA B1+ VIT B6+ VIT B12 5000MCG (CITONEURIN)	120

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de compra de insumos para abastecimento da Unidade. Os medicamentos solicitados apresentam previsão de dias de abastecimento de estoque abaixo de 10 dias de consumo. A falta desses medicamentos pode levar a desassistência ao paciente e influenciar no aumento da morbimortalidade na Unidade. Para análise do consumo utilizamos consumo no último mês/ últimos 15 dias, sazonalidade e epidemiologia atual.

4. QUANTIDADE E MEMÓRIA DE CÁLCULO

Conforme item 2 deste Termo de Referência.

5. DAS OBRIGAÇÕES DO FORNECEDOR
Flávia Carvalho da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO

5.1. Atender aos pedidos com as descrições publicadas e manter os preços irrecorríveis, 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 60 (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 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 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 Nolasco Sampaio
Coordenação de Farmácia
ISG/HDT
Mara Cristina Nolasco Sampaio
Farmacêutica – Coordenação Setor Farmácia