

Goiânia, 23 de julho de 2021.

**TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO
TR N.º 10196/2021**

De: Farmácia

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra para reposição de estoque.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

CÓD MV	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE SOLICITADA
40006	CELULA DE TRIAGEM DE ANTICORPOS IRREGULARES (TRIACEL)	6
37742	EQUIPO P SANGUE E HEMODERIVADOS C/ CÂMARA DUPLA FLEXÍVEL	300
38637	FILTRO P/ REMOCAO LEUCOCITOS ATE 6 UND CONCENTRADO HEMACIAS	40
38639	FILTRO P/ REMOCAO LEUCOCITOS ATE 6 UND CONCENTRADO PLAQUETAS	20
26220	REAGENTE BIOPEG	6
43743	SORO ANTI- AB MONOCLONAL PARA TIPAGEM SANGUINEA	5
43741	SORO ANTI-A MONOCLONAL PARA TIPAGEM SANGUINEA	5
26225	SORO COOMBS ANTI-GAMA GLOBULINAS (ANTI-IGG) HUMANAS	5
40003	SORO SANGUINEO OARA IMUNOHEMATOLOGIA (CONTROCEL)	6
26224	SUSPENSÕES A 3% DE CELULAS DE DOADORES RH NEGAT (REVERCEL)	6

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Segue solicitação de compra de insumos para Agência transfusional para abastecimento da Unidade. Os insumos solicitados apresentam previsão de dias de abastecimento de estoque abaixo de 15 dias de consumo. A falta desses insumos implica em desassistência ao paciente. 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

5.1. Atender aos pedidos com as descrições publicadas e manter os preços irreatáveis, 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;

Flávia Carvalho da Silva
Compradora

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,



Vanessa de Assis Reis
Supervisora Farmacêutica
HDT/ISG CRF: 8803

Farmacêutica – Coordenação Setor Farmácia

Flávia Carvalho da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO