

Goiânia, 07 de dezembro de 2021.

**TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO**

TR N.º 13139/2021

De: Farmácia

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra de medicamentos.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

CÓD MV	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE SOLICITADA
24962	PREDNISOLONA SOL ORAL 3MG/ML 60ML	15
5621	BROMOPRIDA SOL INJ 5MG/ML 2ML	1100
38722	CLOREXIDINA SOL DEGERMANTE 2% FRASCO 100ML	400
5626	DIPIRONA SOL INJ 500MG/ML 2ML	3000
6455	ONDANSETRONA SOL INJ 4MG AMP 2ML (2MG/ML)	1200
13649	RINGER C/ LACTATO SOL INJ 500ML	600

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de medicamentos para abastecimento da Unidade. Os medicamentos solicitados foram lançados devido necessidade de ressurgimento visto que os fornecedores cancelaram as compras da programação mensal de dezembro. A falta desses medicamentos podem levar a desassistência aos paciente e aumento da morbimortalidade na Unidade.

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 (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, imprerivelmente, 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;

Flávia Carvalho da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO

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,


Dayane Alves da Silva
Supervisora da Farmácia
CRF/GO: 15564
HDT/ISG

Supervisora de Farmácia


Flávia Carvalho da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO