

Goiânia, 01 de abril de 2022.

**TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO**

TR N.º 16219/2021

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra programada de medicamentos.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

| COD MV | DESCRIÇÃO | PEDIDO |
|-------------------|--|---------------|
| 10291 | ACICLOVIR 200MG COMP | 500 |
| 7681 | DEXCLORFENIRAMINA 0,4MG/ML 120ML FR | 30 |
| 39370 | GLICERINA 12% 500ML FRASCO | 50 |
| 38170 | NEOSTIGMINA, METILSULFATO 500MCG/1ML SOL INJ | 20 |
| 42539 | SAIS P/ REIDRATAÇÃO ORAL PO P/ SOL ORAL ENVELOPE P/ 1 LITRO | 50 |
| 25036 | VASELINA SOLIDA | 20 |

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de compra mensal de medicamentos para abastecimento da Unidade. Medicamentos solicitados foram lançados devido necessidade de ressurgimento visto proximidade de ruptura do estoque para abastecimento do mês de Abril/2022. A falta desses medicamentos podem levar a desassistência ao paciente e aumento da morbimortalidade na Unidade. Para análise do consumo utilizamos consumo dos últimos três meses, 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 irredutíveis, 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 Cartelino da Silva
Compradora
HDT/SG-GO

Alameda do Contorno, 3.556 - Jardim Bela Vista, Goiânia - GO - CEP 74474-500. Telefone: (62) 3201-3673.

FOR 004-SUPRIMENTOS - REVISÃO 01 - VIGÊNCIA: 27/03/2020



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,

Dayane Alves da Silva
Supervisora de Farmácia
CRE/GO: 15564



Supervisão de Farmácia

Flávia Cavalho da Silva
Compradora
HDT/SG-GO