

Goiânia, 05 de abril de 2022.

**TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO**

TR N.º 16299/2022

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra de medicamento por cancelamento.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

COD MV	DESCRIÇÃO	PEDIDO
33776	CLORETO DE SODIO 0,9% 500ML BOLSA	3.800
18612	FENOBARBITAL 100MG/ML 2ML AMP IV/IM	100
17948	OXIDO DE ZINCO + VITAMINA A, D 45G	20
13649	RINGER LACTATO 500ML BOLSA	750
38170	NEOSTIGMINA, METILSULFATO 500MCG/1ML SOL INJ	20
5447	GLICOSE SOL INJ 5% 500ML	250

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de compra mensal de medicamento para abastecimento da Unidade. O medicamento solicitado foi lançado devido necessidade de ressuprimento visto proximidade de ruptura do estoque para abastecimento do mês de Abril/2022, em decorrência de cancelamento do fornecedor. A falta desses 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 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, impreterivelmente, tendo em vista que os pedidos deverão ser entregues com 05 (cinco) dias corridos;

Flávia Carolina 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,


Daniela Alves da Silva
Supervisora de Farmácia
CPF: 15564
HDT/ISG
Supervisão de Farmácia


Flávia Carvalho da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO