

Goiânia, 02 de junho de 2022.

**TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO**

TR N.º 17836/2022

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra de medicamento por cancelamento.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

COD MV	DESCRIÇÃO	PEDIDO
5528	AMICACINA SOL INJ 250MG/ML 2ML	200
7562	CEFEPIME PO P/ SOL INJ 1G	300
13728	METRONIDAZOL SOL INJ 5MG/ML 100ML	250
40893	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 250ML	2000
42923	POLIMIXINA B 500.000 UI F/A INJETAVEL	500
6038	SULFATO DE MAGNESIO SOL INJ 50% 10ML	200
5467	SALBUTAMOL SPRAY 200 DOSES	80
12007	SULFADIAZINA 500MG	800
49748	CREME HIDRATANTE COM UREIA 10% 150G	20
48281	CREME HIDRATANTE CORPORAL S/ CHEIRO 400ML	20
35718	MILRINONA SOL INJ 1MG/ML 10ML	30
39780	CICLOSPORINA SOL ORAL 100MG/ML 50ML	2

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de compra mensal de medicamento para abastecimento da Unidade. Os medicamentos solicitados foram lançados devido necessidade de ressuprimento visto proximidade de ruptura do estoque para abastecimento do mês de Junho/2022, em decorrência de cancelamento do fornecedor. A falta desses medicamentos pode 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;

Flávia Carvalho da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO

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,

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

Supervisão de Farmácia

Flávia Carvalho da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO