

Goiânia, 12 de julho de 2022.

TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO
TR N.º 19189/2022

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra de medicamento por cancelamento.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

COD MV	DESCRIÇÃO	PEDIDO
3923	CLONAZEPAM COMP 0,5MG	480
27897	PARACETAMOL + CODEINA COMP 500 + 30MG	192
5622	FUROSEMIDA SOL INJ 10MG/ML 2ML	180
40412	AGUA DESTILADA SOL INJ 500ML	216
7663	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA SUSP ORAL 200 + 40MG/5ML 100ML	48
34080	QUETIAPINA COMP 100MG	270
5528	AMICACINA SOL INJ 250MG/ML 2ML	200
10084	LOSARTANA COMP 50MG	960

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 Julho/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 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;

Ismael Moreira da Rocha Junior
Comprador
HDT / ISG - GO

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,

Jayane Alves da Silva
Supervisora da Farmácia
CPF: 15564

Supervisão de Farmácia


Ismael Moreira da Rocha Junior
Comprador
HDT / ISG - GO