

Goiânia, 08 de agosto de 2022.

**TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO**

TR N.º 20775/2022

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra de medicamento por cancelamento.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

COD MV	DESCRIÇÃO	PEDIDO
12459	MEROPENEM PO P/ SOL INJ 1G	400
40891	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 100ML	8568
17939	COLAGENASE POMADA TUBO 30G	30
14010	CLOREXIDINA SOLUCAO ALCOOLICA A 0,5% 1000ML	12
38973	CLOREXIDINA SOLUCAO BUCAL 0,12% FR 250ML	60
35549	VORICONAZOL COMP 200MG	65
5410	MANITOL SOL INJ 20% 250ML	50

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de compra mensal de medicamento para abastecimento da Unidade. Os medicamentos solicitados foram lançados devido necessidade de ressurgimento visto proximidade de ruptura do estoque para abastecimento do mês de Agosto/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;

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 ~~Saturno~~ da SilvaCompradora
HDT/ISG-GO

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
CARGO: 15564
ISG

Supervisão de Farmácia

Flávia Carvalho da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO