

TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE INSUMOS
TR N.º 30904/2022

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra de urgência de medicamentos por cancelamento dos fornecedores e não inclusão e/ou solicitação em quantidade insuficiente na programação de compras do mês de outubro.

1. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

COD MV SOUL	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE A PEDIR
10289	CLORETO DE POTASSIO COMP 600MG	600
38998	ITRACONAZOL CAPS 100MG	3000
40412	AGUA DESTILADA SOL INJ 500ML	200
5991	ALBUMINA HUMANA SOL INJ 20% 50ML (G)	20
48971	BUCLIZINA COMP 25MG	130
22150	DEXCLORFENIRAMINA SOL ORAL 0,4MG/ML 100ML	20
5416	HEPARINA SODICA SOL INJ 5000UI/ML 5ML	150
5056	IMIPENEM + CILASTATINA PO P/ SOL INJ (500 MG + 500 MG)	100
18252	ROCURONIO, BROMETO SOL INJ 10MG/ML 5ML	200
10142	SACCHAROMYCES BOULARDII PO ORAL 200MG	132
18638	FENITOINA SOL INJ 50MG/ML 5ML (M)	200
49258	LEVETIRACETAM COMP 250MG (M)	290
18577	MIDAZOLAM SOL INJ 5MG/ML 10ML (M)	200

Flávia Carneiro da S.
Compradora
HDT/ISG-CC

18595	RISPERIDONA COMP 2MG (M)	230
18603	SEVOFLURANO SOL INALATORIA 250ML (M)	2
18671	PROPOFOL SOL INJ 10MG/ML 20ML (M)	200

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Faz-se necessária a aquisição dos medicamentos acima, que apresentam estoque mínimo e assim evitarmos sua ruptura. Os itens foram cancelados da programação mensal de setembro pelos fornecedores.

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, imprerivelmente, 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 (sessenta) 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.

Flávia Carvalho da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO

HDT

Hospital Estadual de Doenças Tropicais
Dr. Anuar Auad



SES
Secretaria de
Estado de
Saúde



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

Supervisão de Farmácia

Flávia Carvalho da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO