

TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS
TR N.º 32751/2022

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra de urgência de medicamento.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

COD MV	DESCRIÇÃO	PEDIDO
5742	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO COMP 500 + 125MG	90
7562	CEFEPIME PO P/ SOL INJ 1G	250
5215	DEXAMETASONA CREME 0,1% 10G	200
19381	FOSFATO ACIDO DE POTASSIO SOL INJ 2MEQ/ML 10ML	50
29943	LIDOCAINA 2% SOL INJ 20MG/ML 5ML	100
34090	TIAMINA SOL INJ 100MG/ML 1ML	200
26268	TOBRAMICINA 0,3% SOL OFTALMICA 3MG/ML 5ML	2
33768	SALBUTAMOL SOL INJ 0,5MG/ ML AMP 1ML	100

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Faz-se necessária a aquisição de urgência dos medicamentos descritos acima, que apresentam estoque mínimo e assim evitamos rupturas. Analisando o relatório da posição de estoque atual dos subestoques e alerta de consumo diário crítico, a falta desses medicamentos podem levar a desassistência aos pacientes em uso dele na Unidade. Para análise utilizamos consumo dos últimos quinze dias.

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, 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 (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.

6.4. As notas deverão vir sem rasuras e estar no período de validade de emissão.

Atenciosamente,

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

Supervisão de Farmácia


Flávia Carvalho da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO