

**TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS**

TR N.º 32955/2022

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	30
24958	CLARITROMICINA PO P/ SOL INJ 500MG	60
31408	CLOBAZAM COMP 10MG (M)	90
17939	COLAGENASE POMADA TUBO 30G	20
30365	ESCETAMINA SOL INJ 50MG/ML 10ML (M)	50
6458	LIDOCAINA 2% SOL INJ C/ VASOCONSTRITOR 20ML	20
12993	PARACETAMOL SOL ORAL 200MG/ML 15ML	15
6940	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA SOL INJ 80 + 16MG/ML 5ML	100
38988	TEICOPLANINA PO P/ SOL INJ 400MG	10
25611	TOPIRAMATO COMP 100MG (M)	90

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Faz-se necessária a aquisição de urgência dos medicamentos descritos acima, que apresentam estoque mínimo e assim evitarmos 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 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;

Lávia Carvalho da Silva
Compradora
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 (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
CRF/GO: 15564
HDT/ISG



Supervisão de Farmácia

Fátia Carvalho da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO