

Goiânia, 16 de outubro de 2023.

TERMO DE REFERÊNCIA**TR. Nº 51109/2023**

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MEDICAMENTOS

Compra emergencial de medicamentos.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DOS MEDICAMENTOS

CÓD	DESCRIÇÃO	PEDIDO
40412	AGUA DESTILADA SOL INJ 500ML	100
4902	CEFALOTINA PO P/ SOL INJ 1G	100
6069	CEFAZOLINA PO P/ SOL INJ 1G	100
18612	FENOBARBITAL SOL INJ 100MG/ML 2ML (M)	25
5222	GABAPENTINA CAPS 300MG (M)	200
49258	LEVETIRACETAM COMP 250MG (M)	120
16371	TERBUTALINA SOL INJ 0,5MG/ML 1ML	100
6067	CEFTAZIDIMA PO P/ SOL INJ 1G	50
57650	METILPREDNISOLONA PO P/ SOL INJ 125MG	50
5015	ALBENDAZOL COMP 400MG	30
28233	ANIDULAFUNGINA PO P/ SOL INJ 100MG	20
23348	OFLOXACINO SOL OFTALMICA 0,3% FR 5ML	02

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Faz-se necessária a aquisição do material acima, pois se trata de um item padronizado na Instituição e, após análise do relatório da posição de estoque atual e alerta de consumo diário crítico apresentaram aumento de consumo. A falta dele pode levar a desassistência aos pacientes na Unidade.

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 via e-mail, no site do ISG ou jornal;

- 5.2.** Atender aos pedidos de acordo a demanda enviada pelos compradores;
- 5.3.** Os pedidos deverão ser entregues no Hospital Estadual de Doenças Tropicais – HDT das 08:00 às 18:00 horas, em dias úteis e havendo necessidade aos sábados das 08:00 às 12:00 horas impreterivelmente, tendo em vista que os pedidos deverão ser entregues com 03 (três) dias corridos para os fornecedores locais e até 08 (oito) dias para fornecedores de outros Estados;
- 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
 - Cartão do CNPJ
- 6. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:**
- 6.1.** O prazo para o pagamento será de no mínimo 30 (trinta) dias a partir da apresentação da nota fiscal;
- 6.2.** A Contratada deverá manter o fornecimento por mais 60 (sessenta) 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 Av. Deputado Jamel Cecilio nº3310 sala 104-CEP 74.810-970-Jd Goiás – Goiânia – Goiás.
- 6.4.** As notas deverão vir sem rasuras e estar no período de validade de emissão.


Nubia Oliveira
Coordenadora de Suprimentos
HDT/ISG

Coordenação de Suprimentos