

323 501 909

Goiânia, 20 de novembro de 2023.

TERMO DE REFERÊNCIA

TR. Nº52483/2023

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MEDICAMENTOS

Compra semanal programada de medicamentos.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

COD MV SOUL	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
		A PEDIR
4975	AMIODARONA SOL INJ 50MG/ML 3ML	100
40412	AGUA DESTILADA SOL INJ 500ML	200
48118	ANTIMONIATO DE MEGLUMINA SOL INJ 300MG/ML 5ML	100
24956	BENZILPENICILINA POTASSICA PO P/ SOL INJ 5.000.000UI	150
8565	CARVEDILOL COMP 6,25MG	120
39979	CREME BARREIRA BISANAGA 28 A 60 ML	05
5626	DIPIRONA SOL INJ 500MG/ML 2ML	1000
6397	FLUCONAZOL CAPS 150MG	1000
66901	HIDROXIZINA SOL ORAL 2MG/ML 120ML	10
18208	HIOSCINA SOL INJ 20MG/ML 1ML	100
12210	LACTULOSE XPE 667MG/ML 120ML	10
70982	LIDOCAINA 2% SOL INJ 20MG/ML 5ML	300
18595	RISPERIDONA COMP 2MG (M)	60

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de compra mensal de medicamentos para abastecimento da Unidade. Os medicamentos solicitados foram lançado devido necessidade de ressuprimento e proximidade de ruptura do estoque, para abastecimento do mês de outubro/2023. A falta desses medicamentos pode levar a desassistência ao paciente da Unidade. Para

Ismael Moreira da Silva Júnior
Comprador
HDT/ISSG-GO

análise, é utilizado o consumo dos últimos três meses, sazonalidade e epidemiologia atual.

QUANTIDADE E MEMÓRIA DE CÁLCULO

Conforme item 2 deste Termo de Referência.

4. DAS OBRIGAÇÕES DO FORNECEDOR

5.1. Atender aos pedidos com as descrições publicadas e manter os preços irrealizáveis, 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

5. 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;

Ismael Morara da Rocha
Comprador
HDT/ISG/GO

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 74810-970-Jd Goiás – Goiânia – Goiás.

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

Núbia Oliveira
Coordenadora de Suprimentos
HDT/ISG

Coordenação de Suprimentos

Izrael Moreira
Comptador
HDT/ISG