

Goiânia, 16 de junho de 2020.

TERMO DE REFERÊNCIA**AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO**

TR N.º 9004/2020

De: Farmácia
Para: Setor de Compras**1. MATERIAL**

Compra de medicamentos.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

COD MV	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE SOLICITADA
14642	ATRACURIO 10MG/ML 2,5ML AMP	1000
14732	CARBAMAZEPINA 200MG COMP	5000
24765	CISATRACURIO 2MG/ML 5ML AMP	500
24121	CLONIDINA 150MCG/ML 1ML AMP	500
14932	DIPIRONA 500MG/ML 2ML AMP	5000
24766	ETOMIDATO 2MG/ML 10ML AMP	100
14961	FENTANIL 0,05MG/ML 10ML AMP	5000
14960	FENTANIL 0,05MG/ML 2ML AMP	10000
15406	GABAPENTINA 300MG CAPS	2000
15036	MIDAZOLAM 5MG/ML 10ML AMP	5000
15035	MIDAZOLAM 5MG/ML 3ML AMP	7000
15042	MORFINA 10MG/ML 1ML AMP	3000
15080	PANCURONIO 2MG/ML 2ML AMP (PAVULON)	1000
23720	PREGABALINA 75MG COMP	1000
19915	QUETIAPINA 250MG COMP	3000
19914	QUETIAPINA 100MG COMP	500
15105	RISPERIDONA 2MG COMP	2000
24970	SUXAMETONIO 100MG FA	200
14864	SUXAMETONIO 500MG FA	200

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Segue solicitação de compra emergencial de medicamento para abastecimento da Unidade. Itens solicitados são utilizados para atendimento de pacientes que precisam de ventilação mecânica e necessidade de manobras para conter a insuficiência respiratória. A falta desses medicamentos pode levar a desassistência ao paciente e aumento da morbimortalidade na Unidade. Para análise do consumo utilizamos consumo no último mês/ últimos 15 dias, sazonalidade e epidemiologia atual.

4. QUANTIDADE E MEMÓRIA DE CÁLCULO

Conforme item 2 deste Termo de Referência.

5. DAS OBRIGAÇÕES DO FORNECEDOR


Flávia Carvalho da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO



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 (trinta) 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,


Mara Cristina N. Sampaio
Coordenação de Farmácia
ISG/HDT

Mara Cristina Nolasco Sampaio
Farmacêutica – Coordenação Setor Farmácia


Flávia Carvalho da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO