

Goiânia, 06 de julho de 2020.

TERMO DE REFERÊNCIA**AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO**
TR N.º 9053/2020De: Farmácia
Para: Setor de Compras**1. MATERIAL**

Compra de medicamento.

3. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL**4.**

COD MV	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE SOLICITADA
14509	ACICLOVIR 250MG INJ FA	400
14603	ACIDO VALPROICO 250MG (VALPROATO DE SODIO) CAPS GELATINOSA	300
15355	ACIDOS GRAXOS ESSENCIAIS, VIT A, VIT E (DERSANI) 100ML FR	200
14545	AGUA P/ INJECAO 500ML BOLSA	500
14578	AMOXICILINA + AC CLAVULANICO 1.2G SOL INJ FA	400
16358	ANIDULAFUNGINA 100MG FA	10
14653	AZITROMICINA 40MG/ML 15ML SUSP ORAL FR	100
14672	BENZILPENICILINA CRISTALINA 5.000.000UI (POTASSICA) INJ FA	500
14708	BICARBONATO DE SODIO 8,4% 250ML BOLSA	70
14715	BISACODIL 5MG DRAG	360
14739	CEFALOTINA 1G FA	200
15332	CLONAZEPAM 0,5MG COMP	200
14784	CLONIDINA 0,100MG COMP	2010
16012	COLAGENASE 0,6U/G 30G POMADA	50
14899	DESMOPRESSINA 10MCG/DOSE 2,5ML SPRAY NASAL FRASCO (NP)	9
14942	ESCOPOLAMINA 20MG/ML 1ML AMP	500
15029	ITRACONAZOL 100MG CAPS	4000
15023	MEROPENEM 1G FA	600
20486	METILPREDNISOLONA 125MG FA	200
15090	POLIMIXINA B 500.000UI FA	300

5. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Segue solicitação de compra de medicamentos para abastecimento da Unidade. Os medicamentos solicitados apresentam previsão de dias de abastecimento de estoque abaixo de 15 dias. 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.

Flávia Carvalho da Silva
Compradora

Alameda do Contorno, 3.556 - Jardim Bela Vista, Goiânia - GO - CEP 74474-500. Telefone: (62) 3209-3573.

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;

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
Farmacêutica
CRF/GO 6384

Mara Cristina Nolasco Sampaio
Farmacêutica – Coordenação Setor Farmácia


Flávia Carvalho da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO