

Goiânia, 05 de agosto de 2020.

TERMO DE REFERÊNCIA**AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO**
TR N.º 9127/2020De: Farmácia
Para: Setor de Compras**1. MATERIAL**

Compra de medicamentos.

3. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

COD MV	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE SOLICITADA
14509	ACICLOVIR 250MG INJ FA	600
14578	AMOXICILINA + AC CLAVULANICO 1,2G SOL INJ FA	300
14588	AMPICILINA + SULBACTAM 3G SOL INJ FA	100
15116	ATROPINA SULFATO 0,5MG/ML 1ML AMP	100
14661	BECLOMETASONA 50MCG/DOSE SOLUÇÃO SALINA FR	10
14715	BISACODIL 5MG DRAG	300
15271	CLOREXIDINA 0,2% SOL AQUOSA 1L FR	20
15001	ENOXAPARINA 40MG SERINGA	600
15018	LIDOCAINA 2% 30G TUBO GELEIA	200
15065	NOREPINEFRINA 2MG/ML 4ML AMP	2000
15072	OMEPRAZOL 40MG FA	400
15104	SOLUCAO RINGER LACTATO 500ML BOLSA	600

4. 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 influenciar no 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

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;

Flávia 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 (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