

Goiânia, 10 de agosto de 2020.

TERMO DE REFERÊNCIA**AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO**
TR N.º 9132/2020De: Farmácia
Para: Setor de Compras**1. MATERIAL**

Compra de medicamentos.

3. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL		QUANTIDADE SOLICITADA
COD	DESCRIÇÃO	
14834	CLORETO DE SODIO 0,9% 100ML BOLSA	7000
14827	CLORETO DE SODIO 0,9% 250ML BOLSA	2000
14818	CLORETO DE SODIO 0,9% 500ML BOLSA	4000
15388	CLORETO DE SODIO 20% 10ML AMP	2000
15271	CLOREXIDINA 0,2% SOL AQUOSA 1L FR	50
15645	CLOREXIDINA 2% DEGERMANTE FR 100ML	200
15274	CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5% 1L FR	50

4. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO
Solicitação de compra de insumos para abastecimento da Unidade. Os medicamentos e correlatos solicitados apresentam previsão de dias de abastecimento de estoque abaixo de 10 dias. A falta desses medicamentos e correlatos 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 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;


Flávia Carvalho da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO



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
Mara Cristina N. Sampaio
Coordenação de Farmácia
ISG/HDT

Mara Cristina Nolasco Sampaio
Farmacêutica – Coordenação Setor Farmácia