

Goiânia, 10 de maio de 2021.

**TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO
TR N.º 9844/2021**De: Farmácia
Para: Setor de Compras**1. MATERIAL**

Compra de medicamentos.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

CÓD MV	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE SOLICITADA
14725	BUPIVACAINA HIPERBARICA 5MG/ML + GLICOSE 80MG/ML 4ML AMP	25
23747	CETAMINA (DEXTROCETAMINA) 50MG/ML 2ML FA (KETAMIN)	1000
14784	CLONIDINA 0,100MG COMP	2000
14808	CLORETO DE POTASSIO 60MG/ML 100ML XAROPE	200
14801	CLORETO DE POTASSIO 600MG COMP (NP)	1000
14894	DESLANOSIDEO 0,2MG/ML 2ML AMP	50
18252	ENOXAPARINA 20MG SERINGA	100
14971	FUROSEMIDA 40MG COMP	300
15029	ITRACONAZOL 100MG CAPS	2000
15013	IVERMECTINA 6MG COMP	500
15344	LEVOFLOXACINA 500MG 100ML BOLSA	50
25211	LOÇÃO HIDRATANTE CORPORAL (FISIOGEL) 400ML	10
15021	LOPERAMIDA 2MG COMP	400
16027	METADONA CLORIDRATO 5MG COMP	1000
15348	NITAZOXANIDA 500MG COMP	42
16027	METADONA CLORIDRATO 5MG COMP	500
15090	POLIMIXINA B 500.000UI FA	400
24115	SEVOFLURANO 1MG/ML 250ML FR	5
15117	SULFATO DE MAGNESIO 500MG/ML 10ML AMP	400
15122	TIOPIENTAL 1G FA	25

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de compra de medicamentos para abastecimento da Unidade. Medicamentos solicitados foram lançados devido necessidade de ressuprimento visto proximidade de ruptura do estoque. A falta desses medicamentos podem 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. 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 irremediáveis, 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,



Vanessa de Assis Reis
Supervisora Farmacêutica
HDT/ISG CRF: 8803

Farmacêutica – Coordenação Setor Farmácia


Flávia Carvalho da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO