

Goiânia, 14 de julho de 2021.

**TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO
TR N.º 9996/2021**De: Farmácia
Para: Setor de Compras**1. MATERIAL**

Compra emergencial de medicamentos.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

CÓD MV	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE SOLICITADA
47897	ACIDO FOLINICO 15MG COMP	1000
18612	FENOBARBITAL 100MG/ML 2ML AMP	300
18573	CLORPROMAZINA SOL INJ 25MG/5ML	300
35718	MILRINONA 1MG/ML 10ML AMP	20
6455	ONDANSETRONA 4MG AMP	2000
8549	PARACETAMOL 500MG COMP	1000
10830	VITAMINA B1 + B6 + B12 5000MCG 2ML AMP	200
28233	ANIDULAFUNGINA 100 MG	20
5681	CLORETO DE SODIO SOL. INJ. 0,9% 10 ML	3600
18645	FLUMAZENIL SOL INJ 0,5 MG 5ML (20
5622	FUROSEMIDA SOL INJ 20 MG 2 ML	600
27264	METADONA COMP 5 MG	1000

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de compra emergencial de medicamentos para abastecimento da Unidade. Medicamentos solicitados foram lançados, havendo necessidade de ressurgimento 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

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;

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,



Vanessa de Assis Rê
Supervisora Farmácia
HDT/ISG CRF-21

Farmacêutica – Coordenação Setor Farmácia

Flávia Carvalho da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO