

Goiânia, 20 de junho de 2022.

**TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS**

TR N.º 18334/2022

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra de urgência de medicamento

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

COD MV	DESCRIÇÃO	PEDIDO
11248	ACICLOVIR PO P/ SOL INJ 250MG	500
23570	BENZILPENICILINA BENZATINA PO P/ SOL INJ 1.200.000UI	100
5222	GABAPENTINA CAPS 300MG	160
16372	GLICOSE SOL INJ 50% 10ML	600
16114	HIDRALAZINA COMP 50MG	220
3912	INSULINA REGULAR SOL INJ 100U/ML 10ML	10
34081	METOPROLOL COMP 25MG	210
11783	METRONIDAZOL COMP 250MG	230
6746	OXACILINA PO P/ SOL INJ 500MG	1200
18595	RISPERIDONA COMP 2MG	90
10142	SACCHAROMYCES BOULARDII PO ORAL 200MG	140
25042	VASOPRESSINA SOL INJ 20U/ML 1ML	100

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Faz-se necessária a aquisição de urgência dos medicamentos descritos acima, que apresentam estoque mínimo e assim evitarmos rupturas. Analisando o relatório da posição de estoque atual dos subestoques e alerta de consumo diário crítico, a falta desses medicamentos podem levar a desassistência aos pacientes em uso deles na Unidade. Para análise utilizamos consumo dos últimos quinze dias.

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;

Flávia Carvalho da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO

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 (sessenta) 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,

Dayane Alves da Silva
Supervisora da Farmácia
CPF: GO. 15564
40173G

Supervisão de Farmácia

Flávia Carvalho da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO