

Goiânia, 30 de janeiro de 2019.

TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO
TR N.º 7807/2019

De: Farmácia

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra de medicamentos.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

CÓD MV	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE SOLICITADA
15340	GANCICLOVIR 500MG FA	200

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Faz-se necessária aquisição deste medicamento devido necessidade emergencial de abastecimento da Unidade, visto que não houve Programação de medicamentos para o mês corrente e há iminência de ruptura de estoque/desabastecimento da Unidade levando à desassistência dos pacientes. Já houve bloqueio de atendimento do Hospital Dia na última semana devido à falta deste medicamento. Devido à singularidade terapêutica que este medicamento tem não há possibilidade de substituição. A solicitação foi baseada no consumo trimestral anterior, consumo dos 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;

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

Ismael Moreira da Rocha Júnior
Comprador
HDT / ISG - GO

- Certidão de Tributos Federais

6. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

6.1. O prazo para o pagamento será de aproximadamente 40 (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 ocorra 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 Nolasco Sampaio
Coordenação de Farmácia
ISG/HDT

Mara Cristina Nolasco Sampaio
Farmacêutica – Coordenação Setor Farmácia

De acordo
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS
Dra. Marina M. Roriz Pedrosa
Diretora Técnica HDT/HAA