



Goiânia, 18 de setembro de 2020.

TERMO DE REFERÊNCIA**AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO**
TR N.º 9253/2020De: Farmácia
Para: Setor de Compras**1. MATERIAL**

Compra de medicamentos.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

CÓD MV	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE SOLICITADA
14509	ACICLOVIR 250MG INJ FA	500
14545	AGUA P/ INJECAO 500ML BOLSA	600
14626	AMIODARONA 50MG/ML 3ML AMP	300
14650	AZITROMICINA 500MG COMP	2000
14672	BENZILPENICILINA CRISTALINA 5.000.000UI (POTASSICA) INJ FA	400
14719	BROMOPRIDA 5MG/ML 2ML AMP	1200
14720	BUPIVACAINA 0,5% 20ML FR	50
14747	CEFTRIAXONA 1G FA EV/IM	1000
23747	CETAMINA (DEXTROCETAMINA) 50MG/ML 2ML FA	600
14748	CETAMINA 50MG/ML 10ML FA	100
14766	CLARITROMICINA 500MG FA	100
15388	CLORETO DE SODIO 20% 10ML AMP	1000
14899	DESMOPRESSINA 10MCG/DOSE 2,5ML SPRAY NASAL FRASCO	3
14932	DIPIRONA 500MG/ML 2ML AMP	3960
14934	DOMPERIDONA 1MG/ML 100ML FR SUSP ORAL	120
15001	ENOXAPARINA 40MG SERINGA	800
14942	ESCOPOLAMINA 20MG/ML 1ML AMP	800
14950	FENOBARBITAL 100MG/ML 2ML AMP EV/IM	200
14965	FLUCONAZOL 2MG/ML 100ML BOLSA	700
25152	GANCICLOVIR 250MG (1MG/ML) 250ML BOLSA	100
15340	GANCICLOVIR 500MG FA	200
15014	LACTULOSE 667MG/ML 120ML FR SOL ORAL	100
15344	LEVOFLOXACINA 500MG 100ML BOLSA	120
15017	LIDOCAINA 10% (100MG/ML) SPRAY 50ML FR	20
15030	METRONIDAZOL 500MG 100ML BOLSA	200
15077	ONDANSETRONA 2MG/ML 2ML AMP	2000
15107	SALBUTAMOL 100MCG/DOSE AEROSSOL	100
15113	SULFAMETOXAZOL 40MG + TRIMETOPRIMA 8MG/ML 100ML FR	200
15117	SULFATO DE MAGNESIO 500MG/ML 10ML AMP	600

Flávia Carolina da Silva
Compradora
HDT/ISG-GOAlameda do Contorno, 3.556 - Jardim Bela Vista, Goiânia - GO - CEP 74474-500. Telefone: (62) 3201-3673. *JS*

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de compra de soluções parenterais para abastecimento da Unidade. Os medicamentos solicitados apresentam previsão de dias de abastecimento de estoque abaixo de 15 dias de consumo. A falta desses medicamentos 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;

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
Coordenação de Farmácia
ISG/HDT

Mara Cristina Nolasco Sampaio
Farmacêutica – Coordenação Setor Farmácia


Flávia Carvalho da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO