

Goiânia, 23 de novembro de 2020.

**TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO
TR N.º 9379/2020**

De: Farmácia
Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra emergencial de medicamentos.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL.

CÓD MV	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE SOLICITADA
15028	LINEZOLIDA 2MG/ML 300ML BOLSA	50
15110	SOLUÇÃO P/ DIALISE PERITONEAL C/ GLICO 1,5% 1000ML	40
25028	SOLUÇÃO P/ DIALISE PERITONEAL C/ GLICO 1,5% 2500ML	40

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de compra de emergência para abastecimento da Unidade. Os medicamentos solicitados apresentaram aumento abrupto de consumo e a quantidade em estoque prevê abastecimento para menos de 7 dias de consumo. Sendo assim, diante da iminência de falta desses medicamentos e possível desassistência ao paciente lançamos compra para ressuprimento. 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:

Ismael Moreira da Rocha Junior
Comprador
HDT / ISG - GO



- 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

Mara Cristina Nolasco Sampaio
Farmacêutica – Coordenação Setor Farmácia

Ismael Moreira da Rocha Junior
Comprador
HDT / ISG - GO