

Goiânia, 02 de dezembro de 2020.

TERMO DE REFERÊNCIA**AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO**

TR N.º 9382/2020

De: Farmácia
Para: Setor de Compras**1. MATERIAL**

Compra de insumos para Agência Transfusional.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

CÓD MV	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE SOLICITADA
19077	BOLSA DE TRANSFERÊNCIA DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES 150ML	50
19080	BOLSA DE TRANSFERÊNCIA DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES 300ML	50
19082	EQUIPO P SANGUE E HEMODERIVADOS C/ CÂMARA DUPLA FLEXÍVEL	500
19206	FILTRO P/ REMOCAO LEUCOCITOS ATE 6 UND CONCENTRADO PLAQUETAS	60
19084	FILTRO P/ REMOÇÃO LEUCÓCITOS P/ 01 UND CONC. DE HEMÁCIAS	60
19365	SORO ANTI- D MONOCLONAL PARA TIPAGEM SANGUINEA	3
19359	SORO ANTI-A MONOCLONAL PARA TIPAGEM SANGUINEA	3
19368	SUSPENSOES A 3% (REVERCEL) DE CELULAS DE DOADORES RH NEGATIVO	6
19366	SORO SANGUÍNEO (CONTROCELL) PARA IMUNOHEMATOLOGIA	6
19370	CÉLULA DE TRIAGEM (TRIACEL) DE ANTICORPOS IRREGULARES	6

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de compra de insumos para Agência transfusional para abastecimento da Unidade. Os insumos solicitado encontra-se sem estoque na Unidade devido consumo aumentado. A falta dos insumos pode levar a desassistência ao paciente. 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 irremovíveis, 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;

Flávia Carneiro da Silva

Compradora
HDT/ISG-GO



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 Nolasco Sampaio
Coordenação de Farmácia
ISG/HDT

Mara Cristina Nolasco Sampaio
Farmacêutica – Coordenação Setor Farmácia


Flávia Carvalho da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO