

Goiânia, 07 de dezembro de 2020.

**TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO
TR N.º 9419/2020**

De: Farmácia
Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra emergencial de medicamentos.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

CÓD MV	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE SOLICITADA
16358	ANIDULAFUNGINA 100MG FA	20
15116	ATROPINA SULFATO 0,5MG/ML 1ML AMP	100
15352	AZATIOPRINA 50MG COMP (NP)	800
16357	BECLOMETASONA SPRAY 250MCG DOSEADOR C/ BOCAL 200 DOSES	10
14715	BISACODIL 5MG DRAG	750
25101	CETAMINA (DEXTROCETAMINA) 50MG/ML 10ML	100
23747	CETAMINA (DEXTROCETAMINA) 50MG/ML 2ML	500
14784	CLONIDINA 0,100MG CP	2010
14880	CLORPROMAZINA 25MG COMP	600
14899	DESMOPRESSINA SPRAY NASAL FRASCO	4
16609	DEXMEDETOMIDINA 100MCG/ML 2ML AMP	200
18252	ENOXAPARINA 20MG SERINGA	100
14966	FLUMAZENIL 0,1MG/ML 5ML AMP	20
15340	GANCICLOVIR 500MG FA	300
15486	GLICERINA 12% 500ML FR	60
15000	HEPARINA 5000UI/0,25ML SUBCUTANEA AMP	600
15264	INSULINA NPH HUMANA 100UI/ML 10ML FA	20
15058	NALOXONA 0,4MG/ML 1ML AMP	30
15348	NITAZOXANIDA 500MG CP	72
15109	SALBUTAMOL 0,5MG/ML 1ML AMP	500

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de compra de emergência para abastecimento da Unidade. Diante da iminência de falta desses medicamentos e possível desassistência ao paciente lançamos compra para ressurgimento. 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;

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 (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 Carvalhino da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO