

Goiânia, 29 de dezembro de 2020.

**TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO
TR N.º 9513/2020**De: Farmácia
Para: Setor de Compras**1. MATERIAL**

Compra de medicamentos.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

CÓD MV	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE SOLICITADA
15116	ATROPINA SULFATO 0,5MG/ML 1ML AMP	100
15645	CLOREXIDINA DEGERMANTE 2% FR 100ML	300
14935	DOPAMINA 5MG/ML 10ML AMP	50
18252	ENOXAPARINA 20MG SERINGA	150
15486	GLICERINA 12% 500ML FRASCO	60
14992	GLUCONATO DE CALCIO 10% 10ML AMP	200
14997	HALOPERIDOL 5MG/ML 1ML AMP	300
16360	HIDRALAZINA 50MG COMP	300
15029	ITRACONAZOL 100MG CAPS	2000
15079	OXIDO DE ZINCO + VITAMINA A, D 45G	100
15109	SALBUTAMOL 0,5MG/ML 1ML AMP	500
24238	SULFADIAZINA DE PRATA 1% 30G CREME	200
15354	SULFADIAZINA DE PRATA 1% 50G CREME	200
15117	SULFATO DE MAGNESIO 500MG/ML 10ML AMP	400
15119	TEICOPLANINA 400MG FA	30
15121	TIAMINA 300MG (VITAMINA B1) COMP	600
15347	TIGECICLINA 50MG FA (NP)	20

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de compra para abastecimento da Unidade. Os medicamentos solicitados apresentaram aumento de consumo e a quantidade em estoque prevê abastecimento para menos de 15 dias de consumo, considerando o consumo atual. 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;

Flávia Carvalho da Silva
Compradora

Alameda do Contorno, 3.556 - Jardim Bela Vista, Goiânia - GO - CEP 74474-500. Telefone: (62) 9201-3673.

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