

Goiânia, 12 de Junho de 2023.

**TERMO DE REFERÊNCIA****TR. Nº 38738/2023**

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

**1. MATERIAL**

Compra emergencial de medicamentos.

**2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL**

<b>CÓD</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>PEDIDO</b>
6747	CLINDAMICINA CAPS 300MG	640
30365	ESCETAMINA SOL INJ 50MG/ML 10ML (M)	200
49547	GANCICLOVIR PO P/ SOL INJ 500MG	326
18647	FLUOXETINA COMP 20MG (M)	200
16117	LINEZOLIDA SOL INJ 2MG/ML 300ML	200
34477	ONDANSETRONA COMP 4MG	200
42923	POLIMIXINA B 500.000 UI F/A INJETAVEL	50

**3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO**

Faz-se necessária a aquisição dos medicamentos acima descritos em caráter emergencial, CLINDAMICINA COMP E GANCICLOVIR FR, foram cancelados pelos fornecedores na compra mensal de medicamentos PAC 161/2023, o item ESCETAMINA INJ 10 ml, não foi fechado na programação pelo aumento de valor, segue em anexo e-mail do fabricante com a justificativa do aumento. A POLIMIXINA o fornecedor tem previsão para chegar a seu estoque dia 16/06/2023, não temos mais em estoque tendo que fechar com fornecedor local para que não falte na unidade, os demais itens tratam de medicamentos padronizados na Instituição que, após análise do relatório da posição de estoque atual e alerta de consumo diário crítico, apresentou aumento de consumo. A falta deles pode levar a desassistência aos pacientes em uso.

**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 irreeajustáveis, conforme proposta publicada na plataforma eletrônica de compra via e-mail, no site do ISG ou jornal;

**5.2.** Atender aos pedidos de acordo a demanda enviada pelos compradores;

**5.3.** Os pedidos deverão ser entregues no Hospital Estadual de Doenças Tropicais – HDT das 08:00 às 18:00 horas, em dias úteis e havendo necessidade aos sábados das 08:00 às 12:00 horas impreterivelmente, tendo em vista que os pedidos deverão ser entregues com 03 (três) dias corridos para os fornecedores locais e até 08 (oito) dias para fornecedores de outros Estados;

**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
- Cartão do CNPJ

## **6. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:**

**6.1.** O prazo para o pagamento será de no mínimo 30 (trinta) dias a partir da apresentação da nota fiscal;

**6.2.** A Contratada deverá manter o fornecimento por mais 60 (sessenta) 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 Av. Olinda Quadra: H 4 LT 1/03 – Parque Lozandes - CEP 74.884.120 – Goiânia – Goiás.

**6.4.** As notas deverão vir sem rasuras e estar no período de validade de emissão.



Supervisão de Farmácia