



Goiânia, 09 de outubro de 2023.

TERMO DE REFERÊNCIA**TR. Nº 50821/2023**

9-10

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra programada de medicamentos.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

COD.	DESCRIÇÃO	PEDIDO
6067	CEFTAZIDIMA PO P/ SOL INJ 1G	50
57650	METILPREDNISOLONA PO P/ SOL INJ 125MG	50
38968	AMPICILINA SODICA PO P/ SOL INJ 1G	200
18971	DEXMEDETOMIDINA SOL INJ 100MCG/ML 2ML (M)	200
5015	ALBENDAZOL COMP 400MG	30
28233	ANIDULAFUNGINA PO P/ SOL INJ 100MG	20
62769	AZUL DE METILENO A 1% 2ML	10
10289	CLORETO DE POTASSIO COMP 600MG	400
38559	LIDOCAINA 3% + HEMIT. DE NOREPINEFRINA 0,04MG/ML - TBT 1,8ML	10
23348	OFLOXACINO SOL OFTALMICA 0,3% FR 5ML	02
38068	PERMANGANATO DE POTASSIO PO OU COMP 100MG	10
52373	OLEO DE COCO COMESTIVEL SACHE 15ML	100
518	ALCOOL LIQUIDO 70% 1000ML	400
73048	LEVETIRACETAM COMP 250MG (M)	200

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de compra de medicamentos devido não cotação ou cancelamento da programação mensal de outubro/2023. Os medicamentos solicitados foram lançados devido necessidade de ressuprimento. A falta desses medicamentos pode levar a desassistência ao paciente e aumento da morbimortalidade na Unidade. Para análise, é utilizado o consumo dos últimos três meses, sazonalidade e epidemiologia atual.

QUANTIDADE E MEMÓRIA DE CÁLCULO

Conforme item 2 deste Termo de Referência.

4. DAS OBRIGAÇÕES DO FORNECEDOR

5.1. Atender aos pedidos com as descrições publicadas e manter os preços irrealizáveis, 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

5. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:

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

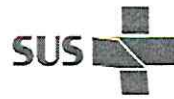
6.2. A Contratada deverá manter o fornecimento por mais 60 (sessenta) dias mesmo que não ocorram os pagamentos das faturas;

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.

HDT

Hospital Estadual de Doenças Tropicais
Dr. Anuar Auad



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



3


Maira Oliveira
Coordenadora de Suprimentos
HDT/ISG
Supervisão de Farmácia