

Goiânia, 02 de dezembro de 2019.

TERMO DE REFERÊNCIA**AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO**
TR N.º 8422/2019De: Farmácia
Para: Setor de Compras**1. MATERIAL**

Compra de medicamentos.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

CÓD MV	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE SOLICITADA
14578	AMOXICILINA + AC CLAVULANICO 1.2G SOL INJ FA	500
14720	BUPIVACAINA 0,5% 20ML FR	25
14766	CLARITROMICINA 500MG FA	500
14919	DEXCLORFENIRAMINA 2MG COMP	500
14932	DIPIRONA 500MG/ML 2ML AMP	3000
15001	ENOXAPARINA 40MG SER	400
14961	FENTANIL 50 MCG/ML 10ML AMP	2000
15340	GANCICLOVIR 500MG FA	250
15344	LEVOFLOXACINA 500MG 100ML BOLSA	24
15017	LIDOCAINA 10% (100MG/ML) SPRAY 50ML FR	20
15019	LIDOCAINA 2% C/VASO 20ML FA	100
15023	MEROPENEM 1G FA	500
15070	OMEPRAZOL 20MG CAPS	1008
15078	OXACILINA 500MG FA	2000
15088	PIPERACILINA + TAZOBACTAM 4,5G FA	700
14931	SIMETICONA 75MG/ML 10-15ML FR GTS	320
24238	SULFADIAZINA DE PRATA 1% 30G CREME	20

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de medicamentos para ressuprimento da Unidade. Esta compra se deve a necessidade de reabastecimento de itens com estoque crítico, sendo que alguns deles apresentaram cancelamento da entrega levando à criticidade do estoque.

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;

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;

Ismael Moreira da Rocha, Júnior
Comprador
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