

Goiânia, 25 de junho de 2020.

TERMO DE REFERÊNCIA

AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO
TR N.º 9025/2020

De: Farmácia
Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra de medicamentos.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

CÓD MV	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE SOLICITADA
14642	ATRACURIO 10MG/ML 2,5ML AMP	1000
24765	CISATRACURIO 2MG/ML 5ML AMP	500
16609	DEXMEDETOMIDINA 100MCG/ML 2ML AMP	100
14933	DOBUTAMINA 250MG/20ML AMP	300
14938	EPINEFRINA 1MG/ML 1ML AMP	1500
14961	FENTANIL 0,05MG/ML 10ML AMP	5000
14960	FENTANIL 0,05MG/ML 2ML AMP	8000
24881	FENTANIL 0,05MG/ML 2ML AMP	6000
15042	MORFINA 10MG/ML 1ML AMP	5000
15065	NOREPINEFRINA 2MG/ML 4ML AMP	2000
15080	PANCURONIO 2MG/ML 2ML AMP (PAVULON)	1000
15097	PROPOFOL 10MG/ML 10ML AMP	300
24970	SUXAMETONIO 100MG FA	500
14864	SUXAMETONIO 500MG FA	300
20285	VASOPRESSINA 20 U/ML 1ML AMP	300

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de compra de medicamentos para abastecimento da Unidade. Itens solicitados apresentam iminência e até mesmo desabastecimento no mercado. Os medicamentos apresentados são de suma importância para atendimento de pacientes com estado geral grave, cito pacientes com problemas respiratórios que precisam de ventilação mecânica, drogas vasoativas. A falta desses medicamentos pode levar a desassistência ao paciente e aumento da morbimortalidade na Unidade. 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 Caryalho 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 Carvalho da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO