

Goiânia, 07 de Fevereiro de 2024.

TERMO DE REFERÊNCIA

TR. Nº55795/2024

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MEDICAMENTOS

Compra de medicamentos.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MEDICAMENTO

COD MV SOUL	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE A PEDIR
29288	ACETILCISTEINA GRANULADO 600MG 5G	50
10291	ACICLOVIR COMP 200MG	800
11248	ACICLOVIR PO P/ SOL INJ 250MG	500
25297	ACIDO AMINOCAPROICO SOL INJ 200MG/ML 20ML	20
11499	ACIDO TRANEXAMICO SOL INJ 50MG/ML 5ML	50
5617	AGUA BIDEUTILADA SOL INJ 10ML	4000
518	ALCOOL LIQUIDO 70% 1000ML	200
5528	AMICACINA SOL INJ 250MG/ML 2ML	300
11306	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO PO P/ SOL INJ 1G + 200MG	300
12501	AMPICILINA + SULBACTAM PO P/ SOL INJ 2 + 1G	300
38968	AMPICILINA SODICA PO P/ SOL INJ 1G	300
5225	AZITROMICINA COMP 500MG	1000
5618	BICARBONATO DE SODIO SOL INJ 8,4% 10ML	200

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de compra de medicamentos para reposição de acordo com planejamento de compras semanais e cancelamento de fornecedores ,após confirmação via portal Bionexo para abastecimento da Unidade. Os medicamentos solicitados foram lançado devido necessidade de ressuprimento e proximidade de ruptura do estoque,

Luizel Moreira da Rocha Junior
Comprador
HDT/ISE-GO

ruptura do estoque, para abastecimento. A falta desses medicamentos pode levar a desassistência ao paciente da 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 irrevogáveis, 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 60 (sessenta) 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;


Jonas Moreira da Rocha Júnior
Comprador
HDT/ISG-GO

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. Deputado Jamel Cecilio nº3310 sala 104 –CEP 74810-970-Jd Goiás – Goiânia – Goiás.

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



Núbia Oliveira
Coordenadora de Suprimentos
HDT/ISG

Coordenação de Suprimentos



Jamel Moreira da Rocha Júnior
Comprador
HDT/ISG - GO