

Goiânia, 09 de abril de 2024.

TERMO DE REFERÊNCIA
TR. N°58237/2024

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Solicitação de compra de medicamento não padronizado.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MEDICAMENTO

COD. MV SOUL	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE A PEDIR
48166	LINEZOLIDA COMP 600MG	60

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

O medicamento foi solicitado para o paciente A.B.V., internado na ALA C: Paciente vivendo com HIV (CD4 9, CV 1.180.000 cópias em 13/03/2024), com história de abandono de TARV reiniciada na internação atual. Possui diagnóstico de nocardiose pulmonar e cutânea (2022), com abandono de tratamento e piora do quadro. Realizado tentativa de tratamento com sulfametoxazol + trimetoprima evoluindo com farmacodermia refratária à tentativa de dessensibilização, necessitando com isso, deste medicamento. A solicitação foi validada e autorizada pela Coordenação médica e Diretoria Técnica.

4. QUANTIDADE E MEMÓRIA DE CÁLCULO

Conforme item 2 deste Termo de Referência.

5. DAS OBRIGAÇÕES DO FORNECEDOR

Luizel Moreira da Rocha Júnior
Comprador

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

6.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;

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.

Dayane Alves da Silva
Supervisora da Farmácia
CRF/GO: 15564
HDT/ISG

Supervisão de Farmácia

Ismael Moreira da Rocha Júnior
Comprador
HDT/ISG-GO