

Goiânia, 15 de abril de 2024.

TERMO DE REFERÊNCIA
TR. Nº58438/2024

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Solicitação de compra emergencial.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MEDICAMENTO

| COD. MV SOUL | DESCRIÇÃO | QUANTIDADE A PEDIR |
|--------------------|----------------------------------|-----------------------|
| 18245 | IMUNOGLOBULINA HUMANA SOL INJ 5G | 14 |

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

O medicamento foi solicitado para o paciente J.L.P.A., internado na UTI ADULTO A com quadro grave de anemia hemolítica. Após avaliação da hematologia, foi solicitado Imunoglobulina 1g/kg/dia por 2 dias. Em razão do grave quadro do paciente e possuímos um estoque de 18 frascos, sendo necessário 32 para o tratamento completo, realizo esta solicitação de compra em caráter emergencial do quantitativo que falta.

Informo que de acordo com o CID do paciente, será possível a reposição do medicamento pelo CEMAC JB – Central Estadual de Medicação de Alto Custo Juarez Barbosa a partir da abertura de processo (em andamento), avaliação e autorização por eles.

4. QUANTIDADE E MEMÓRIA DE CÁLCULO

Conforme item 2 deste Termo de Referência.

Ismael Moreira da Rocha Junior
Comprador
HDT - GO

5. 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


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


Irmãel Mercina da Rocha Júnior
Comprador
LPT/ISG/GO