

Goiânia, 13 de março de 2020.

TERMO DE REFERÊNCIA**AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO**
TR N.º 8683/2020De: Farmácia
Para: Setor de Compras**1. MATERIAL**

Compra emergencial de DEXMEDETOMIDINA.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

3.

CÓD MV	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE SOLICITADA
16609	DEXMEDETOMIDINA 100MCG/ML 2ML AMP	50

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Segue solicitação emergencial do item, devido aumento de consumo de dois pacientes das UTIs, um paciente da UTI pediátrica e outro paciente da UTI adulto, estamos na iminência de ruptura de 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 irredutíveis, 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, imprerivelmente, 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

Ismael Moreira da Rocha Júnior
Comprador
HDT / ISG - GO

P/ Vanessa Reis
Mara Cristina N. Sampaio
Coordenadora de Farmácia



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,

Pl. Janesca Rios

Mara Cristina N. Sampaio
Coordenação de Farmácia

Mara Cristina Nolasco Sampaio
Farmacêutica – Coordenação Setor Farmácia


Ismael Moreira da Rocha Júnior
Comprador
HDT / ISG - GO