

Goiânia, 24 de março de 2020.

TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO
TR N.º 8718/2020De: Farmácia
Para: Setor de Compras**1. MATERIAL**

Compra emergencial de medicamentos cancelados.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

CÓD MV	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE SOLICITADA
14588	AMPICILINA + SULBACTAM 3G SOL INJ FA0,4 MG/ML FLACONETE 2ML	100
16358	ANIDULAFUNGINA 100MG FA	20
14812	CLORETO DE POTASSIO 10% 10ML AMP	3000
14808	CLORETO DE POTASSIO 60MG/ML 100ML XAROPE	500
22318	CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML AMP	5000
14818	CLORETO DE SODIO 0,9% 500ML BOLSA	8010
15273	CLOREXIDINA DEGERMANTE 2% 1L FR	60
14947	FENITOINA 100MG COMP	300
14961	FENTANIL 50MCG/ML 10ML AMP	2000
15036	MIDAZOLAM 5MG/ML 10ML AMP	1000
15009	INSULINA REGULAR HUMANA 100UI/ML 20ML FA	20
15021	LOPERAMIDA 2ML COMP	400

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Segue solicitação emergencial de itens que foram cancelados na programação de março/2020 ou de cancelamentos de compras como a SC 8664, SC 8685, compras complementares à programação, há risco de ruptura de estoque caso a compra não seja efetivada.

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 irrevogáveis, 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, 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:

Ismael Moreira da Rocha Júnior
CompradorP. Vanessa Reis
Mara Cristina N. Sampaio
Coordenação de Farmácia



- 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

P. Vanessa Reis

Mara Cristina Nolasco Sampaio
Farmacêutica – Coordenação Setor Farmácia

Ismael Moreira da Rocha Junior
Comprador
HDT/ISG-GO