

Goiânia, 25 de março de 2020.

TERMO DE REFERÊNCIA**AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO**
TR N.º 8737/2020

De: Farmácia

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra pastas para prontuários farmacêuticos.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

CÓD MV	DESCRIÇÃO	QTDE SOLICITADA
17318	PASTA DIGITO TERMINAL EM PAPEL KRAFT 300G	2000

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de aquisição de pastas para arquivamento do prontuário farmacêutico. O material solicitado será destinado para uso na Farmácia Ambulatorial. As pastas possibilitam o arquivamento físico organizado dos prontuários farmacêuticos nos armários deslizantes da Unidade. A utilização das pastas dar-se-á para arquivo do histórico de dispensação de medicamentos para os pacientes ambulatoriais de forma sequencial numérica.

Visto a cronicidade do tratamento medicamentoso realizado pelos pacientes atendidos nesse local é essencial a guarda dos documentos comprobatórios da dispensação, para prestação de contas para os órgãos externos de controle (Vigilância Sanitária, ANVISA, SES/GO, entre outros) e acompanhamento do tratamento dispensado.

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:

- Certidão Negativa de Débitos Municipais

Ismael Moreira da Rocha Junior
Comprador
HDT / ISG - GO



- 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

Farmacêutica – Setor Farmácia

Ismael Moreira da Rocha Junior
Comprador
HDT / ISG - GO 