



Goiânia, 12 de maio de 2020.

TERMO DE REFERÊNCIA**AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO**

TR N.º 8826/2020

De: Farmácia
Para: Setor de Compras**1. MATERIAL**

Compra de insumos da Agência transfusional.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

COD MV	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE SOLICITADA
19370	CÉLULA DE TRIAGEM (TRIACEL) DE ANTICORPOS IRREGULARES	2
19366	SORO SANGUÍNEO (CONTROCELL) PARA IMUNOHEMATOLOGIA	4
19368	SUSPENSOES A 3% (REVERCEL) DE CELULAS DE DOADORES RH NEGATIVO	2

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação referente a compra de insumos da Agência transfusional. Esta compra será para reabastecimento dos reagentes de hemácias, reagentes esses que tem curto prazo de vencimento (validade de 28 dias). Para análise do consumo utilizamos dados de consumo trimestral anterior, consumo no último mês, consumo dos últimos 15 dias, sazonalidade e epidemiologia atual.

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 irreeajustáveis, 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
- Certidão Negativa de Débitos Estaduais
- Certidão FGTS
- Certidão de Tributos Federais

Ismael Moreira da Rocha Junior
Comprador
HDT / ISG - GO

Alameda do Contorno, 3.556 - Jardim Bela Vista, Goiânia - GO - CEP 74474-500. Telefone: (62) 3201-3673.



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
Farmacêutica
CRF/GO 6384

Coordenação de Farmácia – Setor Farmácia


Ismael Moreira da Rocha Junior
Comprador
HDT / ISG - GO