

Goiânia, 20 de junho de 2024.

TERMO DE REFERÊNCIA

TR. Nº60752/2024

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra emergencial de medicamentos

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

CÓD. MV SOUL	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE A PEDIR
5991	ALBUMINA HUMANA SOL INJ 20% 50ML (G)	20
6993	AMOXICILINA + CLAVULANATO SUSP ORAL 250 + 62,5MG/5ML 75ML	4
13903	ANFOTERICINA B DESOXICOLATO PO P/ SOL INJ 50MG (G)	20
8037	ANLODIPINO COMP 5MG	160
5164	BISACODIL COMP 5MG	30
24958	CLARITROMICINA PO P/ SOL INJ 500MG	60
6747	CLINDAMICINA CAPS 300MG	130
16970	CLOREXIDINA SOLUCAO AQUOSA 0,2% 1000ML	35
26375	ESCETAMINA SOL INJ 50MG/ML 2ML (M)	30
14417	ESPIRONOLACTONA COMP 25MG	130
16114	HIDRALAZINA COMP 50MG	130
27264	METADONA COMP 5MG (M)	30
13728	METRONIDAZOL SOL INJ 5MG/ML 100ML	60
23713	QUETIAPINA COMP 25MG (M)	300
30957	SULFADIAZINA DE PRATA 1% TUBO 50G	35
27889	TRAMADOL SOL INJ 50MG/ML 1ML (M)	150

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de compra emergencial de medicamentos para abastecimento da Unidade. Os medicamentos solicitados foram lançados devido necessidade de ressurgimento e proximidade de ruptura do estoque, para abastecimento da Unidade até a realização da

Esse documento foi assinado por Ismael Moreira da Rocha Junior, Andressa Rafaela Ribeiro Carneiro e Antônio Jorge Almeida Maciel. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/GZL5Y-7ZB28-F9MLK-9S8MM>

próxima programação mensal. A falta desses itens pode levar a desassistência ao paciente da Unidade. Para análise, é utilizado o consumo dos últimos três meses, 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 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