

Goiânia, 10 de julho de 2024.

TERMO DE REFERÊNCIA
TR. Nº61401/2024

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra de emergencial de medicamentos.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

CÓD. MV SOUL	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE A PEDIR
33501	ACIDO VALPROICO COMP 250MG (M)	160
18971	DEXMEDETOMIDINA SOL INJ 100MCG/ML 2ML (M)	250
29959	CLORPROMAZINA COMP 25MG (M)	400
18612	FENOBARBITAL SOL INJ 100MG/ML 2ML (M)	100
5222	GABAPENTINA CAPS 300MG (M)	500
5030	HALOPERIDOL SOL INJ 5MG/ML 1ML (M)	75

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação emergencial de compra de medicamentos para abastecimento da Unidade. A CLORPROMAZINA COMP 25MG foi lançada por ter sido cancelada pelo fornecedor em cotação anterior, o FENOBARBITAL SOL INJ 100MG/ML 2ML foi lançado por insucesso em cotação anterior e os demais por aumento de consumo. 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.

Esse documento foi assinado por: Dayvany de Oliveira e Silva, Coordenadora de Gestão de Medicamentos, Unidade de Assistência Farmacêutica Básica, Rua da Constituição, 100, Centro, Goiânia, Goiás, CEP: 74.000-000. Para mais informações, acesse o endereço eletrônico: dayvany.oliveira@ses.go.gov.br ou dayvany.oliveira@ses.go.gov.br. Suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/AYBVS-EC8Q5-TGWH6-PA742>

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, 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.



Assinado eletronicamente por:
Dayane Alves
CPF: ***.616.831-**
Data: 11/07/2024 12:22:00 -03:00



Supervisão de Farmácia

Assinado eletronicamente por:
Ismael Moreira da Rocha Junior
CPF: ***.241.901-**
Data: 11/07/2024 12:28:01 -03:00



Esse documento foi assinado por Dayane Alves e Ismael Moreira da Rocha Junior. Para verificar a validade das assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/AYBVS-EC8Q5-TGWH6-PA742>

