

Goiânia, 26 de junho de 2024.

TERMO DE REFERÊNCIA
TR. Nº60995/2024

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra emergencial de medicamentos

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

CÓD. MV SOUL	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE A PEDIR
70758	ALTEPLASE PO P/ SOL INJ 10MG	03

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Medicamento não padronizado, solicitado em caráter emergencial via Formulário de Solicitação de Compra de Material e/ou Medicamento Eventual ou Emergencial, para o paciente E.M.S.P., internada na UTI Pediátrica desta Unidade, com a seguinte justificativa: "Medicação indicada como primeira linha de tratamento para pneumonia complicada c/ derrame pleural de líquido característico de empiema...".

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, via e-mail, no site do ISG ou jornal;
- 5.2.** Atender aos pedidos de acordo a demanda enviada pelos compradores;

Esse documento foi assinado por: [Assinatura] em: [Data] no endereço: [Endereço]. Para mais informações, consulte o site: [Site].

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: 26/06/2024 16:53:05 -03:00

Supervisão de Farmácia

Assinado eletronicamente por:
Ismael Moreira da Rocha Junior
CPF: ***.241.901-**
Data: 27/06/2024 11:40:19 -03:00

Esse documento foi assinado por Dayane Alves e Ismael Moreira da Rocha Junior, cuja validade é ilimitada, para fins de controle de acesso. Para mais informações, consulte o site: <https://www.mundoeasydocmd.com.br/validar/XZU9S-9DWNX-AMY47-LV7FP>