

Goiânia, 31 de julho de 2024.

TERMO DE REFERÊNCIA
TR. Nº62065/2024

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra emergencial de medicamentos e materiais

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

CÓD. MV SOUL	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE A PEDIR
34080	QUETIAPINA COMP 100MG (M)	360
20072	DANTROLENO PO P/ SOL INJ 20MG	12
39543	CURATIVO TIPO STOPPER ADULTO CAIXA COM 500 UND	2
46294	FRASCO P/ DRENAGEM TORACICA 3 VIAS 2000ML	13
6818	SAPATILHA PROPE DESC. APROX. 25G NAO ESTERIL	1000

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação emergencial de compra de medicamentos para abastecimento da Unidade. O item: QUETIAPINA COMP 100MG (M) foi solicitado por ter sido cancelado pelo fornecedor, DANTROLENO PO P/ SOL INJ 20MG foi solicitado para pagamento de empréstimo pendente e os demais itens foram solicitados 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.

5. DAS OBRIGAÇÕES DO FORNECEDOR

Esse documento foi assinado por Ismael Moreira da Rocha Junior, Antônio Jorge Almeida Maciel, Ana Paula Pereira Silveira Tillmann e Andressa Rafaella Ribeiro Carneiro. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/MJJX7-C62YG-KZ2B2-4K7CL>

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.

Supervisão de Farmácia

Coordenação de Suprimentos