

Goiânia, 08 de novembro de 2024.

TERMO DE REFERÊNCIA

TR. Nº66498/2024

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra de materiais e medicamentos.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

| CÓD. MV SOUL | DESCRIÇÃO | QUANTIDADE A PEDIR |
|--------------------|---|-----------------------|
| 6940 | SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA SOL INJ 80 + 16MG/ML 5ML | 450 |
| 7289 | METILPREDNISOLONA PO P/ SOL INJ 500MG | 50 |
| 70982 | LIDOCAINA 2% SOL INJ 20MG/ML 5ML | 300 |
| 25426 | CANULA DE CARLENS EM PVC DUPLO LUMEN C/CUFF G. CARINAL 37 E | 1 |
| 25514 | DIPROP DE BECLOMETASONA AEROSOL 50MCG/DOSE 200 DOSES | 5 |
| 26090 | ATADURA DE RAYON ESTERIL APROX. 7,5CM X 5M | 50 |

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de compra de materiais e medicamentos. Os medicamentos: SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA SOL INJ 80 + 16MG/ML 5ML, METILPREDNISOLONA PO P/ SOL INJ 500MG, LIDOCAINA 2% SOL INJ 20MG/ML 5ML, foram solicitados devido ao cancelamento do fornecedor após autorização da OC. Os demais itens foram solicitados por insucesso na cotação da programação trimestral. A falta dos itens solicitados pode levar a desassistência aos pacientes, por essa razão, justifico a solicitação de compra. Para análise, é utilizado o relatório de consumo, 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 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.



HDT
Hospital Estadual de
Doenças Tropicais
Dr. Anuar Aued

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Coordenação de Suprimentos