

**TERMO DE REFERÊNCIA**  
**AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO**

TR N.º 7418/2018

De: Farmácia

Para: Setor de Compras

**1. MATERIAL**

Compra de medicamentos.

**2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL**

<b>CÓD</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>QUANTIDADE</b>
14599	ACIDO AMINOCAPROICO 200MG/ML 20ML SOL INJ FA	40
14589	ANFOTERICINA B 50MG SOL INJ FA	100
14672	BENZILPENICILINA 5.000.000UI POTASSICA SUSP INJ FA	400
14698	BICARBONATO DE SODIO 8,4% 10ML AMP	400
15490	CLOBAZAM 10MG COMP	100
15645	CLOREXIDINA 2% DEGERMANTE FR 100ML	240
14919	DEXCLORFENIRAMINA 2MG COMP	1000
14943	ESPIRONOLACTONA 25MG COMP	500
15003	HIDROCORTISONA 100MG FA	400
15021	LOPERAMIDA 2MG COMP	500
15069	OLEO MINERAL 100ML FR	20
15070	OMEPRAZOL 20MG CÁPS	300
15079	OXIDO DE ZINCO + VITAMINA A, D 45G	15
15089	PIRIMETAMINA 25MG COMP	5000
15104	SOLUCAO RINGER LACTATO 500ML BOLSA	100

**3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO**

Para o estoque na CAF (CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO), a ser utilizado na Unidade.

Esta aquisição refere-se ao cancelamento de alguns medicamentos da Programação de medicamentos de junho/18. Possibilidade eminente de ruptura de estoque de alguns dos itens devido, com maior gravidade e emergencialmente. Baseado no consumo médio trimestral e no consumo dos últimos 15 dias.

#### 4. QUANTIDADE E MEMÓRIA DE CÁLCULO

Conforme solicitação de compra.

#### 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 (BIONEXO) e no site do ISG ou jornal;

5.2. Atender aos pedidos de acordo a demanda enviada pelos compradores, sendo realizada a programação no décimo quinto dia útil;

5.3. Os pedidos deverão ser entregues no Hospital de Doenças Tropicais – HDT/HAA, das 08:00 às 18:00, em dias úteis, podendo haver necessidade de entrega aos sábados, das 08:00h às 12:00h, impreterivelmente, tendo em vista que os pedidos deverão ser entregues com 05 (cinco) dias corridos;

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

#### 6. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

6.1. O prazo para o pagamento será de aproximadamente 40 (trinta) dias a partir da apresentação da nota fiscal.

6.2. A Contratada deverá manter o fornecimento por mais 90 (noventa) dias mesmo que não ocorra 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 Avenida Olinda, s/n Qd H4 Lt. 01 a 03. Bairro Park Lozandes. CEP 74884-120. Goiânia-GO.

6.4. As notas deverão vir sem rasuras e estar no período de validade de emissão.

Atenciosamente,

  
Mara Cristina N. Sampaio  
Coordenação de Farmácia  
ISG/HDT

**Mara Cristina Nolasco Sampaio**

  
Vander de Monteiro dos S. Junior  
Comprador  
HDT/ISG - GO