

Goiânia, 17 de Janeiro de 2024.

## TERMO DE REFERÊNCIA

TR. Nº54912/2024

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

### 1. MEDICAMENTOS

Compra de medicamentos.

### 2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MEDICAMENTO

COD MV SOUL	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE A PEDIR
4975	AMIODARONA SOL INJ 50MG/ML 3ML	400
15687	CLONIDINA COMP 0,150MG	120
3912	INSULINA REGULAR SOL INJ 100U/ML 10ML (G)	10
5044	INSULINA NPH SOL INJ 100U/ML 10ML (G)	10
16118	DAPTOMICINA PO P/ SOL INJ 500MG	48
65292	AZUL DE METILENO A 0,01% - SERINGA 1ML	10
62769	AZUL DE METILENO A 1% 2ML	10
43849	AZUL DE METILENO A 1% 5ML	10
22298	HIDROXIUREIA CAPS 500MG	30

### 3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de compra mensal de medicamento para abastecimento da Unidade. Os medicamentos solicitados foram lançado devido necessidade de ressuprimento e proximidade de ruptura do estoque, para abastecimento. A falta desses medicamentos pode levar a desassistência ao paciente da Unidade. Para análise, é utilizado o consumo dos últimos três meses, sazonalidade e epidemiologia atual.

#### QUANTIDADE E MEMÓRIA DE CÁLCULO

Conforme item 2 deste Termo de Referência.

Núbia Oliveira  
Coordenadora de Suprimentos  
HDT/ISG

#### **4. DAS OBRIGAÇÕES DO FORNECEDOR**

**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

#### **5. 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



3

  
**Núbia Oliveira**  
Coordenadora de Suprimentos  
HDT/ISG

Coordenação de Suprimentos

  
**Núbia Oliveira**  
Coordenadora de Suprimentos  
HDT/ISG