

Goiânia, 13 de Fevereiro de 2023.

**TERMO DE REFERÊNCIA****TR. Nº 34734/2023**

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

**1. MATERIAL**

Compra de medicamentos.

**2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL**

<b>CÓD</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>PEDIDO</b>
25803	ALCOOL SWAB 70%	800
12501	AMPICILINA + SULBACTAM PO P/ SOL INJ 2 + 1G	150
23570	BENZILPENICILINA BENZATINA PO P/ SOL INJ 1.200.000UI	50
24958	CLARITROMICINA PO P/ SOL INJ 500MG	50
8564	CLONIDINA COMP 0,100MG	190
26375	ESCETAMINA SOL INJ 50MG/ML 2ML (M)	50
21248	FENTANILA SOL INJ 50MCG/ML 5ML (M)	20
16123	FLUCONAZOL SOL INJ 200MG BOLSA	210
5044	INSULINA NPH SOL INJ 100U/ML 10ML (G)	10
23683	RACECADOTRILA CAPS 100MG	90
18595	RISPERIDONA COMP 2MG (M)	200
10142	SACCHAROMYCES BOULARDII PO ORAL 200MG	120
33768	SALBUTAMOL SOL INJ 0,5MG/ML 1ML	50
16371	TERBUTALINA SOL INJ 0,5MG/ML 1ML	200
8024	TRIANCINOLONA ACETONIDA ORABASE 1MG/G 10G	10

**3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO**

Faz-se necessária a aquisição dos medicamentos acima, pois se tratam de medicamentos padronizados na Instituição e, após análise do relatório da posição de estoque atual e alerta de consumo diário crítico, apresentaram aumento de consumo e a falta desses medicamentos pode levar a desassistência aos pacientes em uso deles na Unidade.

#### **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 30 (trinta) 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. Olinda Quadra: H 4 LT 1/03 – Parque Lozandes - CEP 74.884.120 – 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 Auad



Dayane Aives da Silva  
Supervisora da Farmácia  
CRF/GO: 15564  
HDT/ISC

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Dayane Aives da Silva'.

Supervisão de Farmácia

**SES**  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde

