

Goiânia, 13 de abril de 2023.

**TERMO DE REFERÊNCIA****TR. Nº 36563/2023**

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

**1. MATERIAL**

Compra emergencial de medicamentos cancelados ou sem cotação na programação mensal.

**2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL**

CÓD	DESCRIÇÃO	PEDIDO
27897	PARACETAMOL + FOSFATO DE CODEINA COMP 500 + 30MG (M)	400
3923	CLONAZEPAM COMP 0,5MG (M)	480
33501	ACIDO VALPROICO COMP 250MG (M)	100
18595	RISPERIDONA COMP 2MG (M)	390
33776	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 500ML - BOLSA	2040
34075	NITROGLICERINA SOL INJ 5MG/ML 5ML	10
12459	MEROPENEM PO P/ SOL INJ 1G	1500

**3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO**

Solicitação de compra de medicamentos devido cancelamento da programação mensal de abril/2023. Os medicamentos solicitados foram lançados devido necessidade de ressuprimento. A falta deles pode levar a desassistência ao paciente e aumentar da morbimortalidade na 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.


Flávia Carvalho da Silva  
Compradora  
HDT/ISG-GO

## 5. 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

## 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.

  
Dayane Alves da Silva  
Supervisora da Farmácia  
CRF/GO: 15564  
HDT/ISG

Supervisão de Farmácia

  
Flávia Carvalho da Silva  
Compradora  
HDT/ISG-GO