

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

TR N.º 7473/2018

De: Farmácia

Para: Setor de Compras

**1. MATERIAL**

Compra de medicamentos.

**2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL**

CÓD. MV	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE
14599	ACIDO AMINOCAPROICO 200MG/ML 20ML SOL INJ FA	FA C/20ML	50
14614	ALBUMINA HUMANA 20% 200MG/ML 50ML FR C/ EQUIPO	FRASC C/50ML	20
14578	AMOXICILINA + AC CLAVULANICO 1,2G SOL INJ FA	FA C/1000MG	160
15128	AMOXICILINA 500MG + AC CLAVULANICO 125MG COMP	COMP C/500MG	200
14642	ATRACURIO 10MG/ML 2,5ML AMP	AMP C/2,5ML	100
14748	CETAMINA 50MG/ML 10ML FA	FA C/ 10ML	25
14918	DEXAMETASONA 0,1% TUBO 10G	TUBO C/10G	100
15003	HIDROCORTISONA 100MG FA	FA C/100MG	800
15017	LIDOCAINA 10% SPRAY 50ML FR	FRASC C/50ML	15
15023	MEROPENEM 1G FA	FA C/1000MG	200
15031	METRONIDAZOL 250MG COMP	COMP C/250MG	50
15080	PANCURONIO 2MG/ML 2ML AMP (PAVULON)	AMP C/2ML	200
15090	POLIMIXINA B 500.000UI FA	FA C/500.000UI	200
15094	PREDNISONA 5MG COMP	COMP C/5MG	200
15092	PREDNISOLONA 3MG/ML 60ML FR SOL ORAL	FRASC C/60ML	20
16356	SALBUTAMOL 2,5MG/2,5ML INALATORIO P/ NEBULIZACAO FLACONETE	FLAC C/2,5ML	300
15119	TEICOPLANINA 400MG FA	FA C/400MG	30
15124	VARFARINA 5MG COMP SULCADO	COMP C/5MG	100

**3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO**

Faz-se necessária aquisição dos itens solicitados referente ao não abastecimento pleno na Programação que foi entregue este mês. Sendo assim, alguns medicamentos em seu consumo normal estão com seus estoques baixos com possibilidade de ruptura. A solicitação foi baseada no consumo trimestral anterior e dos últimos 15 dias.

**4. QUANTIDADE E MEMÓRIA DE CÁLCULO**

Conforme item 2 deste Termo de Referência.

  


HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS  
Heloisa de Castro  
Diretora Técnica - HDT/HA  
Vander de Moura das S. Junior  
Comprador  
HDT/SG - GO

## 5. DAS OBRIGAÇÕES DO FORNECEDOR

5.1. Atender aos pedidos com as descrições publicadas e manter os preços irredutíveis, 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**  
**Farmacêutica – Coordenação Setor Farmácia**