

Goiânia, 08 de abril de 2021.

**TERMO DE REFERÊNCIA  
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO  
TR N.º 9777/2021**De: Farmácia  
Para: Setor de Compras**1. MATERIAL**

Compra de medicamentos.

**2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL**

CÓD MV	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE SOLICITADA
24582	CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5% 30ML TWIST OFF FR	600
24583	CLOREXIDINA DEGERMANTE 2% 30ML TWIST OFF FR	210
24584	CLOREXIDINA SOL AQUOSA 1% 30ML TWIST OFF FR	360

**3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO**

Solicitação de compra de clorexidinas para abastecimento da Unidade. Itens solicitados foram lançados devido necessidade de ressurgimento devido proximidade de ruptura do estoque. A falta desses medicamentos podem levar a desassistência ao paciente e aumento da morbimortalidade na Unidade. Para análise do consumo utilizamos consumo no último mês/ últimos 15 dias, sazonalidade e epidemiologia atual. Para análise do consumo utilizamos consumo no último mês/ últimos 15 dias, sazonalidade e epidemiologia atual.

**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 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

*Flávia Carvalho da Silva*  
Compradora  
HDT/ISG-GO

*Plácida Reis*  
Mara Cristina N. Sampaio  
Coordenação de Farmácia  
ICELANT

- Certidão FGTS
- Certidão de Tributos Federais

**6. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

6.1. O prazo para o pagamento será de aproximadamente 60 (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 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 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,

*PI Vanessa Reis*  
*Mara Cristina N. Sampaio*  
Coordenação de Farmácia  
ISG/HDT  
**Mara Cristina Nolasco Sampaio**  
Farmacêutica – Coordenação Setor Farmácia

*Flávia Carvalho da Silva*  
Compradora  
HDT/ISG-GO