

Goiânia, 05 de junho de 2023.

## TERMO DE REFERÊNCIA

TR. Nº 38534/2023

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

### 1. MATERIAL

Compra de medicamentos.

### 2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

CÓD.	DESCRIÇÃO	PEDIDO
5742	AMOXICILINA 500MG + AC CLAVULANICO 125MG COMP	216
67893	CREME HIDRATANTE CORPORAL S/ CHEIRO 200ML	20
30365	ESCETAMINA SOL INJ 50MG/ML 10ML	380
48131	DAPSONA CAPS 100MG - MANIPULADO	60
40684	IPRATROPIO BROMETO 0,25MG/ML 20ML FR	25
17037	LIDOCAINA 10% SPRAY 50ML FR	15
17944	LIDOCAINA 2% 30G TUBO GELEIA	50
23348	OFLOXACINO SOL OFTALMICA 0,3% FR 5ML	2
52373	OLEO DE COCO COMESTIVEL SACHE 15ML	200
23683	RACECADOTRILA CAPS 100MG	207
5467	SALBUTAMOL 100MCG/DOSE AEROSSOL	100
15044	SUXAMETONIO 100MG FA	20
8024	TRIANCINOLONA ORABASE 1MG/G 10G	20
20436	ADENOSINA SOL INJ 3MG/ML 2ML	50
25042	VASOPRESSINA SOL INJ 20U/ML 1ML	200

### **3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO**

Solicitação para compra de medicamentos para abastecimento da Unidade. Os medicamentos solicitados foram relançados por não serem fechados na programação mensal por falta de cotação. A falta desses medicamentos pode levar a desassistência aos pacientes da 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.

### **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.

Davone A. dos Silva  
Supervisor de Farmácia  
CPF: 15564  
HDT/ISG

Supervisão de Farmácia