

Goiânia, 12 de abril de 2021.

**TERMO DE REFERÊNCIA  
AQUISIÇÃO DE DIETA  
TR N.º 9785/2021**De: Farmácia  
Para: Setor de Compras**1. MATERIAL**

Compra de fórmulas infantis.

**2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL**

CÓD MV	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE SOLICITADA
25594	FORMULA C/PRE E/OU PROBIOTICOS,P/ 1ºSEMESTRE(APTAMIL 1) 800G	120
21594	FORMULA C/PRE E/OU PROBIOTICOS,P/ 2ºSEMESTRE(APTAMIL 2) 800G	100
15305	FORMULA INFANTIL DE PARTIDA (PARA O 1º SEMESTRE)	200
15307	FORMULA INFANTIL DE SEGUIMENTO (PARA O 2º SEMESTRE)	150

**3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO**

Solicitação de compra de Fórmulas infantis para abastecimento da Unidade. Os produtos solicitados são utilizados por crianças, de 0 a 1 ano de idade, filhos de mães vivendo com HIV/AIDS. A aquisição dar-se-á neste momento devido dificuldade de abastecimento do HDT, cuja distribuição é de responsabilidade da Assistência Farmacêutica da SES/GO prezando que a referida população não fique desassistida. Para análise do consumo utilizamos consumo dos produtos no ano de 2020.

**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 (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

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

- 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 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,

  
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