

Goiânia, 19 de julho de 2021.

**TERMO DE REFERÊNCIA  
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO**

TR N.º 10080/2021

De: Farmácia

Para: Setor de Compras

**1. MATERIAL**

Compra emergencial de medicamentos.

**2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL**

CÓD MV	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE SOLICITADA
4974	DESLANOSIDEO SOL INJ 0,4 MG	50
38973	CLOREXIDINA 0,12% ANTISSEPTICO BUCAL 250ML	47
18645	FLUMAZENIL SOL INJ 0,5 MG 5ML	25
33776	CLORETO DE SODIO SOL. INJ. 0,9% 500ML	1250
49547	GANCICLOVIR PO P/ SOL INJ FR 500MG	150
12501	AMPICILINA + SULBACTAM SOL. INJ. 3G	90
42492	GLUCONATO DE CALCIO SOL. INJ. 10%	400
43461	SIMETICONA SOL ORAL 75MG/ML 15ML	200
6455	ONDANSETRONA SOL INJ 4MG AMP 2ML	3100

**3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO**

Solicitação de compra emergencial de medicamentos para abastecimento da Unidade. Medicamentos solicitados foram lançados, havendo necessidade de ressuprimento visto 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 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;

Flávia Carvalho da Silva  
Compradora

**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 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,



Vanessa de Assis Reis  
Supervisora Farmacêutica  
HDT/ISG CRF: 8803

**Farmacêutica – Coordenação Setor Farmácia**

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