

Goiânia, 10 de setembro de 2021.

**TERMO DE REFERÊNCIA**  
**AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO**  
TR N.º 11244/2021

De: Farmácia

Para: Setor de Compras

**1. MATERIAL**

Compra emergencial de medicamentos.

**2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL**

3.

CÓD MV	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE SOLICITADA
5742	AMOXICILINA + CLAVULANATO 500MG COMP	300
48150	CEFTRIAXONA 1G IM	50
4974	DESLANOSIDEO 0,5MG/ML 2ML	500
18612	FENOBARBITAL 100MG/ML 20ML AMP	200
49547	GANCICLOVIR 500MG FA	300
35718	MILRINONA 1MG/ML 10MLAMP	30

**3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO**

Solicitação de compra emergencial de medicamentos para abastecimento da Unidade. Medicamentos solicitados foram lançados devido necessidade de ressurgimento visto proximidade de ruptura do estoque, e dificuldade de aquisição encontrado no mercado, não temos nenhuma representante deste grupo em 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 90 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;

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

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  
Farmacêutica HDT/Coordenação Setor Farmácia

Flávia Carvalho da Silva  
Compradora  
HDT/ISG-GO