

Goiânia, 07 de dezembro de 2021.

**TERMO DE REFERÊNCIA  
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO**

TR N.º 13133/2021

De: Farmácia

Para: Setor de Compras

**1. MATERIAL**

Compra emergencial de medicamento.

**2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL**

| CÓD MV | DESCRIÇÃO                | QUANTIDADE SOLICITADA |
|--------|--------------------------|-----------------------|
| 16120  | TIGECICLINA SOL INJ 50MG | 28                    |

**3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO**

Solicitação de compra emergencial de medicamento para atendimento de demanda do paciente RONEVALDO VILELA DE FREITAS SOBRINHO – ALA C; LEITO 47B. Paciente apresentando cellulite facial e abscesso septal, cultura evidenciando *Klebsiella pneumoniae* com resistência intermediária ao meropenem. Apresentou reação adversa ao uso de polimixina b, sendo solicitado então TIGECICLINA em caráter de urgência. A falta desse medicamento pode levar a desassistência ao paciente e aumento da morbimortalidade do mesmo.

**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,

  
**Dayane Alves da Silva**  
Supervisora de Farmácia  
CRF/GO: 15564  
HDT/ISG  
**Supervisora de Farmácia**

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