

Goiânia, 02 de março de 2022.

**TERMO DE REFERÊNCIA**  
**AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO**  
TR N.º 15253/2021

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

**1. MATERIAL**

Compra programada de medicamentos.

**2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL**

CÓD MV	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE SOLICITADA
5528	AMICACINA 250MG/ML 2ML AMP	100
13903	ANFOTERICINA B 50MG SOL INJ FA	20
33776	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 500ML - BOLSA	500
48281	CREME HIDRATANTE CORPORAL S/ CHEIRO 400ML	10
25300	ISOSSORBIDA 20MG CP	60
17948	OXIDO DE ZINCO + VITAMINA A, D 45G	20
42535	PROMETAZINA 25MG/ML2ML AMP	50
38980	SOLUCAO ACIDA P/ HEMODIALISE 5L GALAO	60
38170	NEOSTIGMINA, METILSULFATO 500MCG/1ML SOL INJ	20

**3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO**

Solicitação de compra mensal de medicamentos para abastecimento da Unidade. Medicamentos solicitados foram lançados devido necessidade de ressuprimento visto proximidade de ruptura do estoque para abastecimento do mês de Março/2022. A falta desses medicamentos podem levar a desassistência ao paciente e aumento da morbimortalidade na Unidade. Para análise do consumo utilizamos 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 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;

Flávia Carvalho da Silva  
Compradora  
HDT/SSG-GO

Alameda do Contorno, 3.556 - Jardim Bela Vista, Goiânia - GO - CEP 74474-500. Telefone: (62) 3201-3673.

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
- 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 Aves da Silva**  
Supervisora da Farmácia  
CRF/GO: 15564  
HDT/ISG  
Supervisão de Farmácia

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