

Goiânia, 15 de março de 2022.

**TERMO DE REFERÊNCIA**  
**AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO**  
TR N.º 15631/2022

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

**1. MATERIAL**

Compra de medicamentos e materiais por cancelamento.

**2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL**

CÓD MV	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE SOLICITDA
6991	CURATIVO HIDROCOLOIDE REGULAR ESTERIL APROX. 10X10CM	150
4815	LAMINA P/ BARBEAR ACO INOX	264
12459	MEROPENEM PO P/ SOL INJ 1G	1100
39370	GLICERINA ENEMA SOL 12% FR. 500ML	20
38980	SOLUCAO P/HEMOD. FRAC. ACIDA (NACL+ASSO) 5000ML	38
38420	GEL PARA ECG FR 100 GRAMA	10

**3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO**

Solicitação de compra mensal de medicamentos e materiais para abastecimento da Unidade. Os medicamentos e materiais solicitados foram lançados devido necessidade de ressuprimento visto proximidade de ruptura do estoque para abastecimento do mês de Março/2022, em decorrência de cancelamentos dos fornecedores. A falta desses 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;

**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;

Flávia Carvalho da Silva  
Compradora  
HDT/SS-GO

**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.

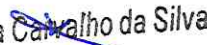
**6.2.** A Contratada deverá manter o fornecimento por mais 90 (noventa) dias mesmo que não ocorram os pagamentos das faturas

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

  
Flávia Carvalho da Silva  
Compradora  
HDT/ISG-GO