

Goiânia, 11 de julho de 2022.

**TERMO DE REFERÊNCIA**  
**AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS**  
TR N.º 19117/2022

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

**1. MATERIAL**

Compra de urgência de medicamentos

**2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL**

COD MV	DESCRIÇÃO	PEDIDO
33501	ACIDO VALPROICO COMP 250MG	300
19506	DESMOPRESSINA SOLUCAO NASAL/SPRAY 100MCG/ML 2,5ML	2
7681	DEXCLORFENIRAMINA SOL ORAL 2MG/5ML 120ML	20
18971	DEXMEDETOMIDINA SOL INJ 100MCG/ML 2ML	100
17292	FILGRASTINA SOL INJ 300MCG 1ML (G)	20
42811	PROPOFOL SOL INJ 10MG/ML PFS 1% SERINGA 20ML	300
18252	ROCURONIO, BROMETO SOL INJ 10MG/ML 5ML	150
12007	SULFADIAZINA 500MG	270
49748	CREME HIDRATANTE COM UREIA 10% 150G	20

**3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO**

Faz-se necessária a aquisição de urgência dos medicamentos descritos acima, que apresentam estoque mínimo e assim evitarmos rupturas. Analisando o relatório da posição de estoque atual dos subestoques e alerta de consumo diário crítico, a falta desses medicamentos podem levar a desassistência aos pacientes em uso deles na Unidade. Para análise utilizamos consumo dos últimos quinze dias.

**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;

Ismael Moreira da Rocha Junior  
Comprador  
HDT/ISG-GO

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 (sessenta) 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  
CPF/GO: 15564  
HDT/ISG

**Supervisão de Farmácia**

Ismael Moreira da Rocha Junior  
Comprador  
HDT/ISG-GO