

**TERMO DE REFERÊNCIA  
AQUISIÇÃO DE INSUMOS**

TR N.º 30787/2022

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

**1. MATERIAL**

Compra de urgência de medicamentos devido cancelamento dos fornecedores e não cotação na programação de compras do mês de outubro..

**2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL**

<b>COD MV SOUL</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>QUANTIDADE A PEDIR</b>
12210	LACTULOSE XPE 667MG/ML 120ML	50
5215	DEXAMETASONA CREME 0,1% 10G	200
38998	ITRACONAZOL CAPS 100MG	2770
5528	AMICACINA SOL INJ 250MG/ML 2ML	150
28233	ANIDULAFUNGINA PO P/ SOL INJ 100MG	30
12007	SULFADIAZINA COMP 500MG	200
52373	OLEO DE COCO COMESTIVEL SACHE 15ML	20
48135	PIRIDOXINA COMP 50MG	90
48281	CREME HIDRATANTE CORPORAL S/ CHEIRO 400ML	10

**3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO**

Faz-se necessária a aquisição dos medicamentos acima, que apresentam estoque mínimo e assim evitarmos sua ruptura. Os itens foram cancelados da programação mensal de setembro pelos fornecedores.

**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
- 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 Aives da Silva  
Supervisora da Farmácia  
CRF/GO: 15564  
HDT/ISG



**Supervisão de Farmácia**

  
Flávia Carvalho da Silva  
Compradora  
HDT/ISG-GO