

**TERMO DE REFERÊNCIA  
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS**

TR N.º 32247/2022

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

**1. MATERIAL**

Compra de urgência de medicamentos.

**2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL**

COD MV	DESCRIÇÃO	PEDIDO
12501	AMPICILINA + SULBACTAM PO P/ SOL INJ 2 + 1G	100
6748	CLINDAMICINA SOL INJ 150MG/ML 4ML	350
16117	LINEZOLIDA SOL INJ 2MG/ML 300ML	60
16123	FLUCONAZOL SOL INJ 200MG BOLSA	150
27889	TRAMADOL SOL INJ 50MG/ML 1ML (M)	250

**3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO**

Faz-se necessária a aquisição de urgência dos medicamentos descritos acima, que apresentam estoque mínimo e assim evitamos 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 dele 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 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 Alves da Silva  
Supervisora da Farmácia  
CPF: 15564

  
**Supervisão de Farmácia**