

**TERMO DE REFERÊNCIA  
AQUISIÇÃO DE INSUMOS  
TR N.º 32643/2022**

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 dezembro.

**1. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL**

<b>COD MV SOUL</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>QUANTIDADE A PEDIR</b>
13903	ANFOTERICINA B PO P/ SOL INJ 50MG (G)	225
27889	TRAMADOL SOL INJ 50MG/ML 1ML (M)	120
15044	SUXAMETONIO PO P/ SOL INJ 100MG	30
49381	BECLOMETASONA SPRAY 250MCG AEROSOL DOSIMETRADO 200 DOSES	10
38559	LIDOCAINA 3% + HEMIT. DE NOREPINEFRINA 0,04MG/ML - TBT 1,8ML	50
38998	ITRACONAZOL CAPS 100MG	1545
29954	NITAZOXANIDA COMP 500MG	190
23683	RACECADOTRILA CAPS 100MG	60
33768	SALBUTAMOL SOL INJ 0,5MG/ ML AMP 1ML	200
65292	AZUL DE METILENO A 0,01% - SERINGA 1ML	50

**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 dezembro pelos fornecedores.

**4. QUANTIDADE E MEMÓRIA DE CÁLCULO**

*Flávia Carvalho da Silva*  
Compradora  
HDTAS/CC



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 de Farmácia  
CRF/GO: 15564  
HDT/ISG



**Supervisão de Farmácia**

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