

**TERMO DE REFERÊNCIA**  
**AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS**  
TR N.º 33052/2022

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

### 1. MATERIAL

Compra de urgência de medicamento.

### 2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

COD MV	DESCRIÇÃO	PEDIDO
51575	CICLOSPORINA CAPS 50MG	90
52207	BENZILPENICILINA POTASSICA PO P/ SOL INJ 400.000UI	10
18601	SERTRALINA COMP 50MG (M)	30

### 3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Faz-se necessária a aquisição de urgência dos medicamentos descritos acima, que foram solicitados por demanda específica de pacientes hospitalizados na unidade. Se tratam de medicamentos não padronizados e a compra foi previamente autorizada pela Diretoria Técnica. A falta desse medicamento pode levar a desassistência aos pacientes.

### 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;

**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, improrrogavelmente, 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:

Ismael Moreira da Rocha Junior  
Comprador  
HDT/MSG-GO



- 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  
CRF/GO: 15564  
HDT/ISG



**Coordenação de Suprimentos**

Ismael Moreira da Costa Junior  
Comprador  
HDT/ISG-GO

