

Goiânia, 03 de agosto de 2020.

**TERMO DE REFERÊNCIA****AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO**

TR N.º 9114/2020

De: Farmácia  
Para: Setor de Compras**1. MATERIAL**

Compra de medicamentos.

**3. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL**

COD	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE SOLICITADA
14578	AMOXICILINA + AC CLAVULANICO 1,2G SOL INJ FA	300
14581	AMPICILINA 1G SOL INJ FA	200
23747	CETAMINA (DEXTROCETAMINA) 50MG/ML 2ML FA (KETAMIN)	500
14748	CETAMINA 50MG/ML 10ML FA	300
22318	CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML AMP	5000
15388	CLORETO DE SODIO 20% 10ML AMP	1000
15340	GANCICLOVIR 500MG FA	100
14973	GENTAMICINA 40MG/ML 2ML AMP	200
14992	GLUCONATO DE CALCIO 10% 10ML AMP	400
15035	MIDAZOLAM 5MG/ML 3ML AMP	2000
15062	NIFEDIPINO 20MG COMP RETARD	1500
15110	SOLUCAO P/ DIALISE PERITONEAL C/ GLICOSE 1,5% 1000ML BOLSA	20
15113	SULFAMETOXAZOL 40MG + TRIMETOPRIMA 8MG/ML 100ML FR	200
15117	SULFATO DE MAGNESIO 500MG/ML 10ML AMP	600
14864	SUXAMETONIO 500MG FA	60
15403	VITAMINA B1+ VIT B6+ VIT B12 5000MCG	30

**4. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO**

Segue solicitação de compra de medicamentos para abastecimento da Unidade. Os medicamentos solicitados apresentam previsão de dias de abastecimento de estoque abaixo de 15 dias. A falta desses medicamentos pode levar a desassistência ao paciente e influenciar no aumento da morbimortalidade na Unidade. Para análise do consumo utilizamos consumo no último mês/ últimos 15 dias, sazonalidade e epidemiologia atual.

**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;

Flávia Carvalho da Silva  
Compradora  
HDT/ISG-GO

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 (trinta) 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,

  
Mara Cristina N. Sampaio  
Coordenação de Farmácia  
ISG/HDT

**Mara Cristina Nolasco Sampaio**  
**Farmacêutica – Coordenação Setor Farmácia**

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