

Goiânia, 19 de abril de 2021.

**TERMO DE REFERÊNCIA  
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO  
TR N.º 9799/2021**De: Farmácia  
Para: Setor de Compras**1. MATERIAL**

Compra de medicamentos.

**2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL**

CÓD MV	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE SOLICITADA
14516	ACIDO ACETILSALICILICO 100MG COMP	500
24180	AMOXICILINA+AC CLAVULANICO 400MG+57MG/5/ML PO 70ML FR(NP)	5
14747	CEFTRIAXONA 1G FA EV/IM	1000
14784	CLONIDINA 0,100MG COMP	2000
14909	DEXAMETASONA 2MG/ML 1ML AMP	3000
14901	DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5ML AMP	1000
14950	FENOBARBITAL 100MG/ML 2ML AMP EV/IM	400
14970	FUROSEMIDA 10MG/ML 2ML AMP	800
23019	LEVETIRACETAM 250MG COMP (KEPPRA)	2000
15021	LOPERAMIDA 2MG COMP	500
16027	METADONA CLORIDRATO 5MG COMP	1000
15070	OMEPRAZOL 20MG CÁPS	2000
15077	ONDANSETRONA 2MG/ML 2ML AMP	2000

**3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO**

Solicitação de compra de medicamentos para abastecimento da Unidade. Medicamentos solicitados foram lançados devido necessidade de ressuprimento visto proximidade de ruptura do estoque. A falta desses medicamentos podem levar a desassistência ao paciente e aumento da morbimortalidade na Unidade. Para análise do consumo utilizamos consumo no último mês/ últimos 15 dias, sazonalidade e epidemiologia atual. 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;

**5.2.** Atender aos pedidos de acordo a demanda enviada pelos compradores, sendo realizada a programação no décimo quinto dia útil;

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

44

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

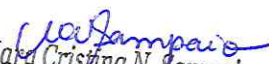
6.1. O prazo para o pagamento será de aproximadamente 60 (trinta) dias a partir da apresentação da nota fiscal.

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