

Goiânia, 15 de Outubro de 2021.

**TERMO DE REFERÊNCIA  
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO**

TR N.º 12028/2021

De: Suprimentos/Farmácia

Para: Setor de Compras

**1. MATERIAL**

Compra emergencial de medicamentos.

**2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL**

5528	AMICACINA SOL INJ 250MG/ML 2ML	200
18612	FENOBARBITAL SOL INJ 100MG/ML 2ML	200
7918	NISTATINA SUSP ORAL 50ML	10
17948	OXIDO DE ZINCO + VIT A+D TUBO 45G	20
43461	SIMETICONA SOL ORAL 75MG/ML 15ML	50
6068	VANCOMICINA PO P/ SOL INJ 500MG	300
6455	ONDASETRONA SOL INJ 4MG AMP 2ML	200

**3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO**

Solicitação de compra emergencial de medicamentos para abastecimento da Unidade, devido o cancelamento dos memso em compras anteriores. Medicamentos solicitados foram lançados devido necessidade de ressurgimento visto proximidade de ruptura do estoque, e dificuldade de aquisição encontrado no mercado, não temos nenhuma representante deste grupo em 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 90 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 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, 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:

*Flávia Carvalho da Silva*

- 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,

  
**Coordenação Suprimentos/Farmácia**

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