

Goiânia, 21 de julho de 2020.

**TERMO DE REFERÊNCIA****AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO**  
TR N.º 9088/2020De: Farmácia  
Para: Setor de Compras**1. MATERIAL**

Compra de medicamentos.

**3. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL**

COD	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE SOLICITADA
14549	AGUA P/ INJECAO 10ML AMP	5000
14571	ALBENDAZOL 400MG COMP	100
15116	ATROPINA SULFATO 0,5MG/ML 1ML AMP	300
14698	BICARBONATO DE SODIO 8,4% 10ML AMP	1000
14739	CEFALOTINA 1G FA	200
14784	CLONIDINA 0,100MG COMP	1000
14935	DOPAMINA 5MG/ML 10ML AMP	200
14992	GLUCONATO DE CALCIO 10% 10ML AMP	1000
15029	ITRACONAZOL 100MG COMP	2000
15013	IVERMECTINA 6MG COMP	500
15022	MANITOL 20% 200MG/ML 250ML BOLSA	80
15112	SULFAMETOXAZOL 400MG + TRIMETOPRIMA 80MG COMP	5000
15403	VITAMINA B1+ VIT B6+ VIT B12 5000MCG	100
20285	VASOPRESSINA 20 U/ML 1ML AMP	100

**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 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;

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

Alameda do Contorno, 3.556 - Jardim Bela Vista, Goiânia - GO - CEP 74474-500. Telefone: (62) 3201-3673.



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