

Goiânia, 08 de fevereiro de 2019.

**TERMO DE REFERÊNCIA**  
**AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO**  
TR N.º 7817/2019

De: Farmácia

Para: Setor de Compras

**1. MATERIAL**

Compra emergencial de medicamentos.

**2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL**

COD MV	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE SOLICITADA
14965	FLUCONAZOL 2MG/ML 100ML BOLSA	300
15225	SOLUÇÃO ACIDA P/ HEMODIALISE (CALCIO:3,5MEQ/L) 5L GALÃO	100

**3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO**

Faz-se necessária aquisição destes medicamentos devida necessidade emergencial de abastecimento da Unidade, visto que não houve Programação de medicamentos para o mês corrente e há iminência ou já houve a ruptura de estoque/desabastecimento da Unidade para tais, levando à desassistência dos pacientes. Itens com menos de 07 dias de estoque e devido variabilidade de consumo o estoque pode romper em 05 dias. A solicitação foi baseada no consumo trimestral anterior, consumo dos 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 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:

- Certidão Negativa de Débitos Municipais
- Certidão Negativa de Débitos Estaduais
- Certidão FGTS
- Certidão de Tributos Federais

Ismael Moreira da Rocha Júnior  
Comprador  
HDT/HAA - GO

## 6. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

**6.1.** O prazo para o pagamento será de aproximadamente 40 (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 ocorra 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*  
Mara Cristina N. Sampaio  
Coordenação de Farmácia  
ISG/HDT

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

*Ciente  
de acordo*

HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS  
Dra. Marina M. Roriz Pedros.  
Diretora Técnica HDT/HAA

*Ismael Moreira da Rocha Júnior*  
Comptador  
HDT/ISG-GO