

Goiânia, 07 de outubro de 2020.

**TERMO DE REFERÊNCIA****AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO**  
TR N.º 9288/2020De: Farmácia  
Para: Setor de Compras**1. MATERIAL**

Compra de medicamento.

**2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL**

CÓD MV	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE SOLICITADA
15352	AZATIOPRINA 50MG COMP	100
25231	BETAMETASONA (VALERATO) 0,1% (1MG/G) CREME 30G	50
25177	CICLOSPORINA 100MG/ML 50ML FRASCO	5
25205	LOÇÃO HIDRATANTE CORPORAL (CERAVE) 473ML	20
25206	LOÇÃO HIDRATANTE CORPORAL (DERMOVANCE S) 500ML	20
25211	LOÇÃO HIDRATANTE CORPORAL (FISIOGEL) 400ML	20
25212	LOÇÃO HIDRATANTE CORPORAL (HYDRAPORIN) 450G	20
25208	LOÇÃO HIDRATANTE CORPORAL (LIPIKAR BAUME) 473ML	20
25209	LOÇÃO HIDRATANTE CORPORAL (NUTRATOPIC BAUME) 400ML	20
25207	LOÇÃO HIDRATANTE CORPORAL (NUTRIOL) 400ML	20
25210	LOÇÃO HIDRATANTE CORPORAL (XERACALM AD) 200ML	20
15345	METOTREXATO 2,5MG COMP (NP)	50
25080	PERMETRINA 5% LOCAO 60ML FRASCO	20

**3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO**

Solicitação de compra de medicamentos para tratamento de acometimentos dermatológicos. Para garantir uma recuperação mais rápida dos pacientes e diminuir o tempo de internação dos mesmos faz-se necessária a aquisição de tais produtos. A solicitação de compra teve uma análise da médica dermatologista preceptora da Unidade. Para análise do consumo utilizamos como perspectiva a 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

## 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