

320 7 49 442

Goiânia, 27 de outubro de 2023.

**TERMO DE REFERÊNCIA****TR. Nº 51638/2023**

ATO 27/10

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

**1. MEDICAMENTOS**

Compra de medicamento por cancelamento de solicitação de compra .

**2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DOS MEDICAMENTOS**

CÓD	DESCRIÇÃO	PEDIDO
50941 ✓	CREME REPARADOR PANTENOL 5% + MADECASSOSIDE (CICAPLAST) 20ML	10 ✓
18971 ✓	DEXMETOMIDINA SOL INJ 100MCG/ML 2ML (M)	150 ✓
17037 ✓	LIDOCAINA 10% SOL TOPICA SPRAY 100MG/ML 50ML	5 ✓
5098 ✓	LOPERAMIDA COMP 2MG	120 ✓
23150 ✓	PREDNISOLONA 1% SUSP OFTALMICA 10MG/ML 5ML	1 ✓
42810	PROPOFOL SOL INJ 10MG/ML 10ML (M)	100
18671	PROPOFOL SOL INJ 10MG/ML 20ML (M)	100
10142	SACCHAROMYCES BOULARDII PO ORAL 200MG	90

**3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO**

Faz-se necessária a aquisição do material acima, pois se trata de um item padronizado na Instituição e, após análise do relatório da posição de estoque atual e alerta de consumo diário crítico apresentaram aumento de consumo. A falta dele pode levar a desassistência aos pacientes na Unidade.

**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 via e-mail, no site do ISG ou jornal;

**5.2.** Atender aos pedidos de acordo a demanda enviada pelos compradores;

**5.3.** Os pedidos deverão ser entregues no Hospital Estadual de Doenças Tropicais HDT das 08:00 às 18:00 horas, em dias úteis e havendo necessidade aos sábados das



Ismael Moreira de Almeida  
Compras



08:00 às 12:00 horas impreterivelmente, tendo em vista que os pedidos deverão ser entregues com 03 (três) dias corridos para os fornecedores locais e até 08 (oito) dias para fornecedores de outros Estados;

**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
- Cartão do CNPJ

#### **6. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:**

**6.1.** O prazo para o pagamento será de no mínimo 30 (trinta) dias a partir da apresentação da nota fiscal;

**6.2.** A Contratada deverá manter o fornecimento por mais 60 (sessenta) 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 Av. Deputado Jamel Cecilio nº3310 sala 104-CEP 74.810-970-Jd Goiás – Goiânia – Goiás.

**6.4.** As notas deverão vir sem rasuras e estar no período de validade de emissão.

  
**Nubia Oliveira**  
Coordenadora de Suprimentos  
HDT/ISG

Coordenação de Suprimentos

  
**Daniel Moreira da Costa Junior**  
Coordenador  
HDT/ISG