

Goiânia, 22 de junho de 2020.

## TERMO DE REFERÊNCIA

### AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO TR N.º 8991/2020

De: Farmácia  
Para: Setor de Compras

#### 1. MATERIAL

Compra emergencial de medicamentos.

#### 2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

CÓD MV	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE SOLICITADA
14642	ATRACURIO 10MG/ML 2,5ML AMP	500
24765	CISATRACURIO 2MG/ML 5ML AMP	200
14961	FENTANIL 50 MCG/ML 10ML AMP	5000
14960	FENTANIL 50 MCG/ML 2ML AMP	10000
15042	MORFINA 10MG/ML 1ML AMP	3000
15080	PANCURONIO 2MG/ML 2ML AMP (PAVULON)	500
24896	PROPOFOL 10MG/ML 50ML AMP	500

#### 3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Segue solicitação de compra emergencial de medicamentos padronizados na Unidade. Estoque atual apresenta-se crítico para esses itens, devido grande utilização e aumento de consumo, sendo necessária reposição para que não ocorra desassistência ao paciente. Para análise do consumo utilizamos dados de consumo trimestral anterior, 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 irrealizáveis, 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*  
Mara Cristina N Sampaio  
Coordenação de Farmácia  
ISG/HDT

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