

Goiânia, 22 de junho de 2020.

**TERMO DE REFERÊNCIA****AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO**  
TR N.º 9017/2020De: Farmácia  
Para: Setor de Compras**1. MATERIAL**

Compra de medicamentos.

**2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL**

CÓD MV	DESCRIÇÃO	QTDE SOLICITADA
14574	AMITRIPTILINA 25MG COMP	1000
14578	AMOXICILINA + AC CLAVULANICO 1.2G SOL INJ FA	300
14581	AMPICILINA 1G SOL INJ FA	200
14650	AZITROMICINA 500MG COMP	5000
14772	CLINDAMICINA 300MG CAPS	500
15001	ENOXAPARINA 40MG SERINGA	600
14948	FENITOINA 100NG COMP	500
14965	FLUCONAZOL 2MG/ML 100ML BOLSA	1000
15065	NOREPINEFRINA 2MG/ML 4ML AMP	2000
15081	PARACETAMOL 500MG COMP	2000
15123	VANCOMICINA 500MG FA	500

**3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO**

Solicitação de compra de medicamentos para abastecimento da Unidade. Itens solicitados apresentam estoque menor que 15 dias de abastecimento. 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 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;

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;

**Flávia Carvalho da Silva**  
Compradora  
HDT/ISG-GO



**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