

Goiânia, 11 de fevereiro de 2020.

**TERMO DE REFERÊNCIA****AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO**  
TR N.º 8592/2020De: Farmácia  
Para: Setor de Compras**1. MATERIAL**

Compra de medicamentos.

**2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL**

CÓD MV	DESCRIÇÃO	QTDE SOLICITADA
14545	AGUA P/ INJECAO 500ML BOLSA	1000
15221	ALCOOL 70% 1L	100
14642	ATRACURIO 10MG/ML 2,5ML AMP	100
16357	BECLOMETASONA SPRAY 250MCG DOSEADOR C/ BOCAL 200 DOSES	20
14708	BICARBONATO DE SODIO 8,4% 250ML BOLSA	70
14715	BISACODIL 5MG DRAG	500
22318	CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML AMP	10000
14818	CLORETO DE SODIO 0,9% 500ML BOLSA	8000
15388	CLORETO DE SODIO 20% 10ML AMP	2000
14919	DEXCLORFENIRAMINA 2MG COMP	1000
14936	DOXICICLINA 100MG COMP	200
15340	GANCICLOVIR 500MG FA	320
15000	HEPARINA 5.000UI/0,25ML SUBCUTANEA AMP	500
15013	IVERMECTINA 6MG COMP	1000
15028	LINEZOLIDA 2MG/ML 300ML BOLSA	30
15030	METRONIDAZOL 500MG 100ML BOLSA	200
15064	NITROPRUSSIATO DE SODIO 25MG/ML 2ML AMP	30
15095	PROMETAZINA 25MG/ML 2ML AMP	100
15104	SOLUCAO RINGER LACTATO 500ML BOLSA	300
15114	SULFAMETOXAZOL 400MG + TRIMETOPRIMA 80MG/ML 5ML AMP	3000

**3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO**

Solicitação de medicamentos cancelados pelos fornecedores ganhadores da Programação mensal de medicamentos referente ao mês de Fevereiro/2020. Frente à expectativa de entrega o estoque está no limite para atendimento do consumo atual tendo um risco eminente de desabastecimento e desassistência ao paciente. Para análise do consumo utilizamos dados de consumo trimestral anterior, consumo no último mês, 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 irrevogáveis, conforme proposta publicada na plataforma eletrônica de compra (BIONEXO) e no site do ISG ou jornal *Ismael Moreira da Rocha Júnior*  
Comprador  
HDT/ISG - GO



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 Nolasco Sampaio  
Coordenadora do Setor Farmácia

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