

Goiânia, 24 de Janeiro de 2024.

## TERMO DE REFERÊNCIA

TR. Nº55269/2024

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

### 1. MEDICAMENTOS

Compra de medicamentos.

### 2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MEDICAMENTO

COD MV SOUL	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE A PEDIR
15687	CLONIDINA COMP 0,150MG	300
5215	DEXAMETASONA CREME 0,1% 10G	50
16123	FLUCONAZOL SOL INJ 2MG/ML 100ML	150
27968	MORFINA SOL INJ 10MG/ML 1ML - GEN HIPOLABOR	300
6746	OXACILINA PO P/ SOL INJ 500MG	500
6484	TENOXCAM PO P/ SOL INJ 20MG	200
32181	MORFINA COMP 10MG (M)	100

### 3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de compra mensal de medicamento para abastecimento da Unidade. Os medicamentos solicitados foram lançado devido necessidade de ressuprimento e proximidade de ruptura do estoque, para abastecimento. A falta desses medicamentos pode levar a desassistência ao paciente da Unidade. Para análise, é utilizado o consumo dos últimos três meses, sazonalidade e epidemiologia atual.

### QUANTIDADE E MEMÓRIA DE CÁLCULO

Conforme item 2 deste Termo de Referência.

### 4. DAS OBRIGAÇÕES DO FORNECEDOR

Núbia Oliveira  
Coordenadora de Suprimentos  
HDT/ISG

5.1. Atender aos pedidos com as descrições publicadas e manter os preços irrealizáveis, 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 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

## 5. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:

6.1. O prazo para o pagamento será de no mínimo 60 (sessenta) 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 74810-970-Jd Goiás – Goiânia – Goiás.

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

  
Núbia Oliveira  
Coordenadora de Suprimentos  
HDT/ISG

7/1  
Núbia Oliveira  
Coordenadora de Suprimentos  
HDT/ISG





**HDT**  
Hospital Estadual de  
Doenças Tropicais  
Dr. Anuar Auad

**SES**  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



3

## Coordenação de Suprimentos

P/ **Núbia Oliveira**  
Coordenadora de Suprimentos  
HDT/ISG