

338245761

Goiânia, 11 de março de 2024.

## TERMO DE REFERÊNCIA

TR. Nº 57060/2024

11-12 => Emerg.

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

### 1. MEDICAMENTOS

Compra emergencial de medicamentos não padronizados.

### 2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MEDICAMENTO

COD. MV SOUL	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE A PEDIR
10093	FLUDROCORTISONA COMP 0,1MG	30
34089	SACARATO DE HIDROXIDO FERRICO SOL INJ 20MG/ML 5ML	30

### 3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Os medicamentos acima solicitados não são padronizados na Unidade e são necessários para o tratamento dos seguintes pacientes:

- C.A.R., internado na UTI ADULTO B, necessita de FLUDROCORTISONA COMP 0,1MG, com a seguinte justificativa descrita em Formulário de Solicitação de Compra de Material e/ou Medicamento Eventual ou Emergencial: "Pcte com meningoencefalite, apresentando desautonomia, sem resposta ao uso de hidrocortisona".
- T.G.O., internado na ALA B, necessita de SACARATO DE HIDROXIDO FERRICO SOL INJ 20MG/ML 5ML, com a seguinte justificativa descrita em Formulário de Solicitação de Compra de Material e/ou Medicamento Eventual ou Emergencial: "Paciente PVHIV com ferritina 486, ferro 12.9, Ht 2.2, Hb 7.2".
- S.M.S., internada na ALA A, necessita de SACARATO DE HIDROXIDO FERRICO SOL INJ 20MG/ML 5ML, com a seguinte justificativa descrita em

descrita em Formulário de Solicitação de Compra de Material e/ou Medicamento Eventual ou Emergencial: “Paciente PVHIV, em tratamento irregular, co-infecção por tuberculose, apresentando anemia grave, mesmo após transfusão de 02 concentrados de hemácias. Mantendo queda de hemoglobina. Ferritina 94.3, ferro 3.9, transferrina 146, Hb 7.8, Ht 27.2%”.

- E.A.M., internado na ALA D, necessita de SACARATO DE HIDROXIDO FERRICO SOL INJ 20MG/ML 5ML, com a seguinte justificativa descrita em Formulário de Solicitação de Compra de Material e/ou Medicamento Eventual ou Emergencial: “Paciente HIV, DRC dialítica, apresentando anemia em exames laboratoriais. Durante a internação fez uso de 01 CH”.

Desta forma, justifico esta solicitação de compra.

#### QUANTIDADE E MEMÓRIA DE CÁLCULO

Conforme item 2 deste Termo de Referência.

#### 4. 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, 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.

  
Dayane Alves da Silva  
Supervisora da Farmácia  
CRF/GO: 15564  
HDT/ISC

Supervisão de Farmácia

