

Goiânia, 12 de Março de 2024.

**TERMO DE REFERÊNCIA**  
**TR. Nº57260/2024**

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

**1. MATERIAIS E MEDICAMENTOS**

Compra de medicamentos e materiais.

**2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL**

COD MV SOUL	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE A PEDIR
2191	CURATIVO ALGINATO DE CALCIO ESTERIL APROX. 10 X 20 CM	200
40300	CURATIVO CATETER TRANSPARENTE ESTERIL 6 X 7 CM	300
34177	FILTRO UMIDIFICADOR DE BARREIRA HME/HMEF ADULTO C/ TUBO EXT.	100
42540	ATADURA CREPE NAO ESTERIL 10CM 13 FIOS	600
40891	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 100ML	3000
35718	MILRINONA SOL INJ 1MG/ML 10ML	50
18671	PROPOFOL SOL INJ 10MG/ML 20ML (M)	400
4910	FENITOINA COMP 100MG (M)	120
22578	CARBOXIMETILCELULOSE 0,5% SOL OFTALMICA 5MG/ML 5ML	10

**3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO**

4. Solicitação de remanejamento emergencial por motivo de cancelamento de fornecedores para abastecimento da Unidade. Os materiais e medicamentos solicitados foram lançado devido necessidade de ressuprimento e proximidade de ruptura do estoque, para abastecimento semanal. 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**

*Luizel Moreira da Rocha Júnior*  
Comprador  
HDT/ISG-GO

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, 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

## **6. 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.

*Isabel Moreira da Costa Junior*  
Comprador  
127.180.00



HDT  
Hospital Estadual de  
Doenças Tropicais  
Dr. Anuar Auad

SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



3

  
Nubia Oliveira  
Coordenadora de Suprimentos  
HDT/ISG

Coordenação de Suprimentos

  
Comp. Suprimentos  
HDT/ISG-140