



Goiânia, 17 de abril de 2020.

**TERMO DE REFERÊNCIA****AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO**  
TR N.º 8827/2020De: Farmácia  
Para: Setor de Compras**1. MATERIAL**

Compra emergencial de medicamentos.

**2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL**

CÓD MV	DESCRIÇÃO	QTDE SOLICITADA
14642	ATRACURIO 10MG/ML 2,5ML AMP	150
24639	AZITRÔMICINA 500MG INJETAVEL	500
14812	CLORETO DE POTASSIO 10% 10ML AMP	2000
14808	CLORETO DE POTASSIO 60MG/ML 100ML XAROPE	500
16609	DEXMEDETOMIDINA 100MCG/ML 2ML AMP	50
14961	FENTANIL 0,05MG/ML 10ML AMP	1500
14960	FENTANIL 0,05MG/ML 2ML AMP	500
15029	ITRACONAZOL 100MG COMP	3000
15036	MIDAZOLAM 5MG/ML 10ML AMP	6000
15035	MIDAZOLAM 5MG/ML 3ML AMP	500
15078	OXACILINA 500MG FA	2000
15226	SOLUÇÃO BASICA P/ HEMODIALISE 5L GALAO	200
15104	SOLUÇÃO RINGER LACTATO 500ML BOLSA	600
15112	SULFAMETOXAZOL 400MG + TRIMETOPRIMA 80MG COMP	15000

**3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO**

Segue solicitação de compra de medicamentos padronizados para reposição de estoque visto cancelamento de itens nas últimas compras dos referidos medicamentos, que seguem: Atracurio amp e Fentanil 10ml amp (fornecedor Medicamental), Cloreto de potássio 10% 10ml (fornecedor Pró Saúde), Midazolam 10ml amp e Sulfametoxazol+trimetoprima cp (fornecedor Cientifica). Os demais itens foram solicitados devido aumento de consumo. 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;

**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**

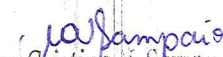
**6.1.** O prazo para o pagamento será de aproximadamente 60 (trinta) dias a partir da apresentação da nota fiscal.

**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 N. Sampaio  
Coordenação de Farmácia  
ISG/HDT

**Coordenação de Farmácia – Setor Farmácia**