

Goiânia, 10 de julho de 2024.

**TERMO DE REFERÊNCIA**  
**TR. Nº61444/2024**

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

**1. MATERIAL**

Compra emergencial de medicamento

**2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL**

CÓD. MV SOUL	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE A PEDIR
18671	PROPOFOL SOL INJ 10MG/ML 20ML (M)	1300

**3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO**

Solicitação de compra emergencial de medicamento para abastecimento da Unidade. O medicamento acima foi solicitado pela terceira vez desde a programação mensal de julho, devido a cancelamentos pelos fornecedores que faturaram. A falta desse medicamento pode levar a desassistência ao paciente da Unidade. Para análise, é utilizado o consumo dos últimos três meses, 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, via e-mail, no site do ISG ou jornal;

**5.2.** Atender aos pedidos de acordo a demanda enviada pelos compradores;

Esse documento foi assinado por: Dayaneide Alves de Azevedo, CPF: 034.041.110-00, em 10/07/2024, no endereço eletrônico: <https://brasil.matricula.assessorias.com.br/validar/92BU2-HHRV3-LHQKY-UYPM>

**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.

Assinado eletronicamente por:  
Dayane Alves  
CPF: \*\*\*.616.831-\*\*  
Data: 10/07/2024 16:48:03 -03:00

MUNDO DIGITAL  
CERTIFICAÇÃO DIGITAL

## Supervisão de Farmácia

## Coordenação de Suprimentos

Assinado eletronicamente por:  
Ismael Moreira da Rocha Junior  
CPF: \*\*\*.241.901-\*\*  
Data: 10/07/2024 17:44:55 -03:00

MUNDO DIGITAL



Esse documento foi assinado por Dayane Alves e Ismael Moreira da Rocha Junior, com o Certificado Digital em nome do 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. Para validar a assinatura acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/92BJ2-HHRV3-LHQKY-UYPM>