

Goiânia, 25 de junho de 2024.

**TERMO DE REFERÊNCIA**  
**TR. Nº60909/2024**

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

**1. MATERIAL**

Compra emergencial de medicamentos

**2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL**

CÓD. MV SOUL	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE A PEDIR
28693	RITUXIMABE SOL INJ 10MG/ML 50ML	04

**3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO**

Medicamento solicitado em caráter emergencial para atender à solicitação de compra emergencial recebida via Comunicado Interno (CI Nº64/2024, da Coordenação Médica das Áreas Críticas), com validação da Diretoria Técnica, para a paciente G.S.S, internada na UTI B desta Unidade, com hipótese diagnóstica de Síndrome de Sjogren. No momento, paciente com indicação de uso de 1g de rituximabe em D0 e D15, e manutenção a cada 6 meses.

**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;

Esse documento foi assinado por: Dayvany de Oliveira e Silva, Coordenadora de Compras, através do sistema eletrônico de compras, sob o protocolo de compra nº 60909/2024, em 25/06/2024, às 14:05:00. Para validar a assinatura, acesse o endereço eletrônico: <https://www.siget.com.br/validador/assinaturas>. O código de verificação é: 9Y5VJ-PTBUH-8VFB7-STXDC.

**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.

Assinado eletronicamente por:  
Dayane Alves  
CPF: \*\*\*.616.831-\*\*  
Data: 25/06/2024 17:43:01 -03:00

## **Supervisão de Farmácia**

Assinado eletronicamente por:  
Ismael Moreira da Rocha Junior  
CPF: \*\*\*.241.901-\*\*  
Data: 26/06/2024 09:17:45 -03:00

Esse documento foi assinado por Dayane Alves e Ismael Moreira da Rocha Junior, cuja validade é de 180 dias. Para verificar a validade das assinaturas acesse <https://www.mundoeasydocmd.com.br/validar/9Y5VJ-PTBUH-8VFB7-STXDC>