

Goiânia, 07 de agosto de 2024.

**TERMO DE REFERÊNCIA**  
**TR. Nº62304/2024**

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

**1. MATERIAL**

Compra de medicamentos e materiais.

**2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL**

| CÓD. MV SOUL | DESCRIÇÃO   | QUANTIDADE A PEDIR |
|--------------|---|--------------------|
| 18652        | ACIDO VALPROICO XAROPE 250MG/5ML 100ML (M)                | 2                  |
| 5190         | ALCOOL ETILICO ABSOLUTO 99,5% 1000ML                      | 2                  |
| 70758        | ALTEPLASE PO P/ SOL INJ 10MG                              | 2                  |
| 28233        | ANIDULAFUNGINA PO P/ SOL INJ 100MG                        | 30                 |
| 62769        | AZUL DE METILENO A 1% 2ML                                 | 10                 |
| 67893        | CREME HIDRATANTE CORPORAL 200ML                           | 20                 |
| 48131        | DAPSONA CAPS 100MG - MANIPULADO                           | 60                 |
| 3912         | INSULINA REGULAR SOL INJ 100U/ML 10ML (G)                 | 12                 |
| 23348        | OFLOXACINO SOL OFTALMICA 0,3% FR 5ML                      | 2                  |
| 10830        | VITAMINA B1 + VITAMINA B6 + VITAMINA B12 SOL INJ 5000 MCG | 10                 |
| 6940         | SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA SOL INJ 80 + 16MG/ML 5ML    | 1400               |
| 30957        | SULFADIAZINA DE PRATA 1% TUBO 50G                         | 200                |
| 12007        | SULFADIAZINA COMP 500MG                                   | 600                |
| 6455         | ONDANSETRONA SOL INJ 2MG/ML 2ML                           | 1000               |
| 518          | ALCOOL LIQUIDO 70% 1000ML                                 | 324                |
| 5225         | AZITROMICINA COMP 500MG                                   | 1000               |
| 6993         | AMOXICILINA + CLAVULANATO SUSP ORAL 250 + 62,5MG/5ML 75ML | 10                 |
| 2191         | CURATIVO ALGINATO DE CALCIO ESTERIL APROX. 10 X 20 CM     | 80                 |
| 37907        | SERINGA DESC 20ML LUER SLIP (LISA) S/ AGULHA (2)          | 5000               |

Esse documento foi assinado por Ismael Moreira da Rocha Junior, Ana Paula Pereira Silveira Tillmann, Antônio Jorge Almeida Maciel e Andressa Rafaella Ribeiro Carneiro. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/7YZLZ-WFM2D-Z95MV-Z98XS>

|       |   |     |
|-------|---|-----|
| 19693 | DISPOSITIVO INTRAVENOSO PERIFERICO C/ DISP. SEGURANCA Nº 23 | 50  |
| 37837 | SONDA P/ ASPIRACAO TRAQUEAL C/ VALVULA Nº 10                | 120 |
| 32404 | CLOREXIDINA SOLUCAO ALCOOLICA A 0,5% 100ML                  | 180 |
| 16114 | HIDRALAZINA COMP 50MG                                       | 160 |

### 3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação emergencial de compra de medicamentos e materiais, devido a insucesso de compra na programação mensal para abastecimento do mês de agosto e cancelamentos pelos fornecedores após autorização das ordens de compra. A falta desses medicamentos pode levar a desassistência aos pacientes, por essa razão, justifico a solicitação de compra.

### 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;

**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.

### Supervisão de Farmácia

### Coordenação de Suprimentos