

Goiânia, 13 de setembro de 2024.

**TERMO DE REFERÊNCIA**  
**TR. Nº63572/2024**

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

**1. MATERIAL**

Compra emergencial de medicamentos e materiais.

**2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL**

| CÓD. MV SOUL | DESCRIÇÃO  | QUANTIDADE A PEDIR |
|--------------|--|--------------------|
| 34477        | ONDANSETRONA COMP 4MG                                  | 60                 |
| 47897        | ACIDO FOLINICO COMP 15MG                               | 1500               |
| 33501        | ACIDO VALPROICO COMP 250MG (M)                         | 100                |
| 4925         | AMITRIPTILINA COMP 25MG (M)                            | 100                |
| 4853         | BACLOFENO COMP 10MG                                    | 400                |
| 49381        | DIPROP DE BECLOMETASONA AEROSSOL 250MCG/DOSE 200 DOSES | 15                 |
| 25514        | DIPROP DE BECLOMETASONA AEROSSOL 50MCG/DOSE 200 DOSES  | 5                  |
| 6748         | CLINDAMICINA SOL INJ 150MG/ML 4ML                      | 500                |
| 15896        | CLOREXIDINA SOL DEGERMANTE 2% FRASCO 100ML             | 200                |
| 32404        | CLOREXIDINA SOLUCAO ALCOOLICA A 0,5% 100ML             | 264                |
| 5215         | DEXAMETASONA CREME 0,1% 10G                            | 250                |
| 14417        | ESPIRONOLACTONA COMP 25MG                              | 30                 |
| 6449         | CLORIDRATO DE ETILEFRINA SOL INJ 10MG/ML 1ML           | 12                 |
| 5467         | SALBUTAMOL SPRAY 200 DOSES                             | 100                |
| 23683        | RACECADOTRILA CAPS 100MG                               | 108                |
| 25036        | VASELINA SOLIDA 500G                                   | 40                 |
| 37837        | SONDA P/ ASPIRACAO TRAQUEAL C/ VALVULA Nº 10           | 200                |
| 5225         | AZITROMICINA COMP 500MG                                | 2100               |
| 18634        | CODEINA COMP 30MG (M)                                  | 120                |

Esse documento foi assinado por Ismael Moreira da Rocha Junior, Preenchimento de formulário. Para validar o documento, acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validar/4RVVP-UJHR6K-HQ4LU-838J9> documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validar/4RVVP-UJHR6K-HQ4LU-838J9>

### 3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação emergencial de compra de medicamentos devido a cancelamento de entrega após autorização de ordem de compra. A falta dos itens solicitados 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

Assinado eletronicamente por:  
Ismael Moreira da Rocha Junior  
CPF: \*\*\*.241.901-\*\*  
Data: 13/09/2024 16:20:10 -03:00



Esse documento foi assinado por Ismael Moreira da Rocha Junior, Para Realizar Perícia ou Emitir o Certificado de Autenticidade, Acesse o link: <https://mundo.easydocmd.com.br/validade/4RVVP-UJHR6K-HQ4LU-838J9>  
documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validade/4RVVP-UJHR6K-HQ4LU-838J9>