

Goiânia, 14 de outubro de 2024.

**TERMO DE REFERÊNCIA**  
**TR. Nº65062/2024**

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
24568	CLORETO DE POTASSIO 6% SOL ORAL 60MG/ML 100ML	40
49547	GANCICLOVIR PO P/ SOL INJ 500MG	100
5410	MANITOL SOL INJ 20% 250ML	50
27264	METADONA COMP 5MG (M)	300
41108	MICAFUNGINA SODICA PO P/ SOL INJ 100MG	14
13649	RINGER C/ LACTATO SOL INJ 500ML	200
39777	SULFATO DE MAGNESIO 10% SOL INJ 100MG/ML 10ML	200
33776	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 500ML - BOLSA	500
24962	PREDNISOLONA SOL ORAL 3MG/ML 60ML	15
18562	MORFINA SOL INJ 10MG/ML 1ML (M)	150
83223	INSULINA LISPRO SOL INJ 100UI/ML 10ML (G)	10
3912	INSULINA REGULAR SOL INJ 100U/ML 10ML (G)	10
45772	SONDA DE ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL SISTEMA FECHADO 10FR 54-56CM	3
34326	LUVA DE PROCEDIMENTO NITRILICA NAO ESTERIL SEM TALCO G	20

**3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO**

Solicitação emergencial de compra de medicamentos e materiais por aumento de consumo e a LUVA DE PROCEDIMENTO NITRILICA NAO ESTERIL SEM TALCO G por cancelamento de entrega após autorização das ordens de compra da programação

Esse documento foi assinado por Ismael Moreira da Rocha Junior, Ana Paula Pereira Silveira Tillmann, Brécia Moreira Barros e Antônio Jorge Almeida Maciel. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validar/VDEB2-GGP5J-SY5GQ-ZCBCJ>

mensal de outubro. 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**

### **Coordenação de Suprimentos**