

Goiânia, 24 de julho de 2025.

TERMO DE REFERÊNCIA

TR. Nº87456/2025

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra de medicamento.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

Cod. Item	Desc. Item	Unid.	Qtd.
18245	IMUNOGLOBULINA HUMANA SOL INJ 50MG/ML 100ML	FRASCO	24

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicito a compra do medicamento acima, em razão da necessidade da paciente T.P.T.T., internada na UTI ADULTO A. O tratamento foi validado pela Diretoria Técnica da Unidade. A falta do item solicitado pode levar a desassistência a paciente, por essa razão, justifico a 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 17:00 horas, em dias úteis, 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, no campo de observações, os dados bancários para pagamento, o texto “Material adquirido com o recurso do contrato de gestão n.º 091/2012 SES/GO - 17º Termo aditivo” e quando houver Contrato formalizado, inserir o número do contrato;

5.5. O FORNECEDOR deverá apresentar mensalmente sob pena de não liquidação das faturas as seguintes certidões com regularidade:

- Certidão de Tributos Federais
- Certidão Negativa de Débitos Estaduais
- Certidão Trabalhista
- Certidão FGTS
- Cartão do CNPJ

1. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:

6.1. O prazo para o pagamento será de no mínimo **60 (sessenta)** dias a partir da apresentação da nota fiscal, via transferência bancária ou PIX;

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 nº 03.969.808/0003-31, com endereço na Av. Deputado Jamel Cecílio, n.º 3310 sala 104 – Jardim Goiás - CEP 74.810-970– Goiânia – Goiás.

6.4. As notas deverão vir sem rasuras e estar no período de validade de emissão.



HDT
Hospital Estadual de
Doenças Tropicais
Dr. Anuar Auad

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Assinado eletronicamente por:
Dayane Alves
CPF: ***.616.831-**
Data: 24/07/2025 08:46:00 -03:00



Supervisão de Farmácia

HDT/ISG

Assinado eletronicamente por:
Leila Maria de Lima Aquino
CPF: ***.855.741-**
Data: 24/07/2025 09:02:10 -03:00



Esse documento foi assinado por Dayane Alves e Leila Maria de Lima Aquino. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/J9DWR-YQGMB-AH68E-CHXN3>





MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: J9DWR-YQGMB-AH68E-CHXN3

Esse documento foi assinado pelos seguintes signatários nas datas indicadas (Fuso horário de Brasília):

- ✓ Dayane Alves (CPF *****.616.831-****) em 24/07/2025 08:46 - Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
177.107.33.90	Não disponível
Autenticação	farmacia.hdt@isgsaude.org (Verificado)
Login	
VmPEbV/1pjw05QxfQN2UWBEq5xHqTf9InCPEc6yvSGQ=	
SHA-256	

- ✓ Leila Maria de Lima Aquino (CPF *****.855.741-****) em 24/07/2025 09:02 - Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
179.96.17.238	Não disponível
Autenticação	leila.maria.hdt@isgsaude.org (Verificado)
Login	
mLR36uPA3dLNQvCuWvW9DM2wHi0jzY7fnt47sEDAINY=	
SHA-256	

Para verificar as assinaturas, acesse o link direto de validação deste documento:

<https://mundo.easydocmd.com.br/validate/J9DWR-YQGMB-AH68E-CHXN3>

Ou acesse a consulta de documentos assinados disponível no link abaixo e informe o código de validação:

<https://mundo.easydocmd.com.br/validate>