

Goiânia, 02 de Fevereiro de 2023.

**TERMO DE REFERÊNCIA****TR. Nº 001/2023**

De: Supervisão de Enfermagem Áreas não críticas

CC: GEOP

Para: Gerência Administrativa

**1. MATERIAL:**

1.1 Colchão de solteiro para cama hospitalar para pacientes adultos

1.2 Colchão para berço hospitalar pediatria

**2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL:****2.1 Colchão solteiro para cama hospitalar adulto.**

Material impermeável

186 cm de comprimento

79 cm de largura

15 cm de altura

Cor: Azul ou preto

**2.2 Colchão para berço hospitalar pediatria.**

Material impermeável

140 cm de comprimento

65 cm de largura

15 cm de altura

Cor: Azul ou preto

**3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO:**

Aquisição se faz necessário para atender a demanda e ter em estoque de colchões caso necessário de troca emergencial. Destinã-se aos seguintes setores – UTI Adulto,



Emergência, Ala A adulto, Ala A pediatria, Ala C, Ala B e Ala D. A justificativa para aquisição é a substituição dos colchões em mal estado de conservação.

#### 4. QUANTIDADE E MEMÓRIA DE CÁLCULO:

33 colchões Adulto 50158  
07 colchoes de Berços Ala A pediatria 58406  
Total: 40 colchões

#### 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 30 (trinta) 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. Olinda Quadra: H 4 LT 1/03 – Parque Lozandes - CEP 74.884.120 – Goiânia – Goiás.
- 6.4.** As notas deverão vir sem rasuras e estar no período de validade de emissão.

**José Inácio de Sá Neto**  
Supervisão de enfermagem  
Pacientes Não Críticas  
Coren-GO 525.603  
HDT/ISG

  
José Inácio de Sá Neto  
Supervisão de Enfermagem  
Pacientes Não Crítico  
COREN: 525603  
HDT/ISG

  
**Sabrina Lima**  
Gerente Operacional  
HDT/ISG



  
**Igor Guimarães**  
Gerente Administrativo Interino  
HDT/ISG