



Goiânia, 03 de Março de 2023

**TERMO DE REFERÊNCIA**  
**TR. Nº 019/2023**De: Engenharia Clínica  
Para: Setor de compras**1. MATERIAL**

Peças para poltrona de acompanhante marca Medsaúde

**2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL**

Item	Descrição	Qde
1	Coluna de gás para poltrona 118mm H-215 CLAS 3 DORSO compatível com poltrona de acompanhante Medsaúde	5 68801 ✓
2	Gatilho invertido dorso para poltrona dorso compatível com poltrona de acompanhante Medsaúde	5 68802 ✓
3	Mola 3.2 x 30int x 36.4ext x 300 de comprimento e 11mm de dorso compatível com poltrona de acompanhante Medsaúde	5 68877 ✓
4	Coluna de gás para poltrona 118m H-215 Clas 3 peseira compatível com poltrona de acompanhante Medsaúde	5 68918 ✓
5	Gatilho invertido dorso para poltrona peseira compatível com poltrona de acompanhante Medsaúde	5 68803 ✓

**3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO**

Destinação: Alas e Emergência

Considerando as cadeiras de acompanhantes adquiridas ISG/HDT.

Considerando a necessidade de aquisição de peças de reposição para estas cadeiras, justifica-se a aquisição deste material.

#### 4. QUANTIDADE E MEMÓRIA DE CÁLCULO

- Item 1 – 5 (cinco) unidades;
- Item 2 – 5 (cinco) unidades;
- Item 3 – 5 (cinco) unidades;
- Item 4 – 5 (cinco) unidades;
- Item 5 – 5 (cinco) unidades;

#### 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





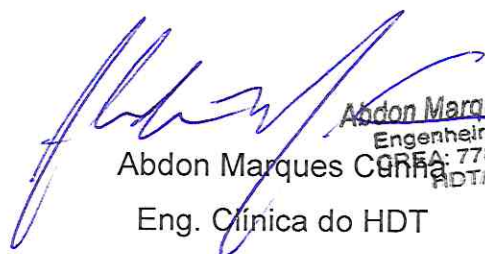
- Cartão do CNPJ

## 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 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.

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



Abdon Marques Cunha  
Engenheiro Clínico  
CREA: 7783/D-GO  
HDT/ISG  
Eng. Clínica do HDT



Eng. Allan Fonseca Osório  
Coordenador de Engenharia e Manutenção  
CREA: 1000758168/DGO  
HDT/ISG