

Goiânia, 26 de maio de 2023.

**TERMO DE REFERÊNCIA****TR. Nº 040/2023**

De: Setor de Nutrição e Dietética

Para: Setor de Compras

**1. MATERIAL**

Compra para reposição de estoque.

**2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL**

Cód MV	Descrição Contrato	Apresentação	Solicitação de compra
21584	DIETA ENTERAL OLIGOM. HIPERP. 1,3 A 1,4 KCAL/ML	BOLSA 500ML	42

**3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO**

Solicitação de compra em caráter emergencial de dieta enteral oligomérica, indicada em casos de diarreia não osmóticas e intolerâncias gastrointestinais. Portanto, tal solicitação advém devido falta de dietas oligoméricas comercializadas pelo fornecedor contratado fazendo-se necessário adquirir via cotação a fim de manter a oferta aos pacientes com indicação de uso.

**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 irrealizáveis, 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;

*Flávia Carvalho da Silva*  
Compradora  
HDT/ISG-GO

*Cristina Póvoa*  
Supervisão de Enfermagem  
Paciente Crítico  
COREN: 232.425  
*Cristina Póvoa*

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.

  
Beatriz Gonçalves Cruz  
Supervisora de Nutrição  
CRN/1 - 12145  
HDT/ISG

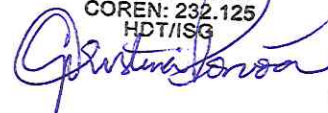
---


**Beatriz Gonçalves Cruz**  
Supervisora de Nutrição – HDT/ISG  
CRN/1 - 12145

*Ciente em*  
*26.05.23*

  
Igor Guimarães  
Gerente Administrativo  
HDT/ISG

**Cristina Póvoa**  
Supervisão de Enfermagem  
Paciente Crítico  
COREN: 232.125  
HDT/ISG



  
Flávia Carvalho da Silva  
Compradora  
HDT/ISG-GO