

Goiânia, 24 de Janeiro de 2024.

TERMO DE REFERÊNCIA
TR. Nº55267/2024

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MATERIAIS

Compra de materiais hospitalares.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MEDICAMENTO

COD MV SOUL	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE A PEDIR
222	COLETOR DE URINA SISTEMA ABERTO NAO ESTERIL 2000ML	2000
38859	COMPRESSA CAMPO OPERAT S/ FIO RADIOPACO 45 X 50 CM PCT 50UN	100
31599	COMPRESSA 7,5 X 7,5CM ESTERIL C/ 13 FIOS BRANCA (PCT 10UN)	2000
43760	ELETRODO PARA MONITORIZACAO ECG	2000
29216	FIXADOR DE TUBO ENDOTRAQUEAL ADULTO	60
22482	LUVA CIRURGICA ESTERIL Nº 6,5	400
386	LUVA DE PROCEDIMENTO NAO ESTERIL P	150
34340	LUVA DE PROCEDIMENTO NITRILICA NAO ESTERIL S/ TALCO P	20
40672	MASCARA DESCARTAVEL COM PROTECAO TRIPLA C/ TIR	10000
361	SERINGA DESC 03ML LUER LOCK (ROSCA) S/ AGULHA	2000
44448	SONDA DE FOLEY 2 VIAS LIVRE DE LATEX Nº 22	10
402	TOUCA CIRURGICA DESCARTAVEL BRANCA C/ ELASTICO	2000

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de compra semanal de materiais para abastecimento da Unidade. Os materiais solicitados foram lançado devido necessidade de ressuprimento e proximidade de ruptura do estoque, para abastecimento semanal. A falta desses medicamentos pode levar a desassistência ao paciente da Unidade. Para análise, é utilizado o consumo dos últimos três meses, sazonalidade e epidemiologia atual.

P/
Núbia Oliveira
Coordenadora de Suprimentos
HDT/ISG

QUANTIDADE E MEMÓRIA DE CÁLCULO

Conforme item 2 deste Termo de Referência.

4. 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

5. 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.

Níbia Oliveira
Coordenadora de Suprimentos
HDT/ISG



HDT
Hospital Estadual de
Doenças Tropicais
Dr. Anuar Aund

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



3


Núbia Oliveira
Coordenadora de Suprimentos
HDT/ISG

Coordenação de Suprimentos

21
Núbia Oliveira
Coordenadora de Suprimentos
HDT/ISG
