

Goiânia, 17 de Março de 2021.

**TERMO DE REFERÊNCIA****TR. Nº 003/2022**

De: Supervisão de Enfermagem CC/ CME

Para: Gerência Administrativa

**1. MATERIAL:**

Item 1: Caixa plástica transparente, com tampa e travas laterais;

**2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL:**

Item 1: Caixa plástica transparente com tampa e travas laterais, resistente, fabricada em polipropileno ou polietileno de alta densidade. Com medidas Externas: A=20; L=40; C=60 cm (aproximadamente); Fabricadas de acordo com as principais normas da Vigilância Sanitária, Resistentes ao impacto, Exemplo em anexo.

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

*Flávia Carneiro da Silva*  
Compradora  
HDT/SG-GO

As caixas serão destinadas para uso no CME para transporte dos aparelhos endoscópicos ao centro cirúrgico após desinfecção química e após a realização do exame para o encaminhamento dos aparelhos contaminados ao expurgo. As caixas devem conter identificação como aparelho desinfectado e aparelho contaminado, sendo que há na unidade 3 aparelhos, endoscópio, colonoscópio e broncoscópio e cada aparelho deverá ter sua caixa exclusiva para limpo e sujo conforme descrito na RDC 06 de 2013, que traz as boas práticas para limpeza, desinfecção e transporte dos

aparelhos endoscópicos. Informo que as caixas existentes na unidade estão quebradas, necessitando de reposição com urgência.

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

Item 1: 7 unidades 53437

#### 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 e no site do ISG ou jornal;

5.2. Atender aos pedidos de acordo a demanda enviada pelos compradores, sendo realizada a programação no décimo quinto dia útil;

5.3. Os pedidos deverão ser entregues no Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad – 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 05 ( cinco ) dias corridos;

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 aproximadamente 60 (Sessenta) dias a partir da apresentação da nota fiscal.

6.2. A Contratada deverá manter o fornecimento por mais 90 (noventa) 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.

  
**Sabrina Karla de Lima**  
Supervisora de Enfermagem  
CC/CME - HDT / ISG

Sabrina Karla de Lima  
Enfermeira Supervisora  
CC/ CME - HDT/ ISG  
COREN GO- 422.943

  
**Patrícia Lisboa**  
RT e Coordenadora de Enfermagem  
HDT/ISG

  
**Gabriela Alvares**  
Gerente Operacional  
HDT/ISG



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