

Goiânia, 29 de Novembro de 2021.

TERMO DE REFERÊNCIA**TR. Nº 047/2021**

De: Coordenação Geral de Enfermagem

CC: Gerência Administrativa

1. MATERIAL:

Medidor de pressão arterial Adulto com esfigmomâmetro aneroide, livre de mercúrio.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL 37369

Medidor de pressão adulto com esfigmomanômetro aneroide, livre de mercúrio.

Corpo metálico cromado;

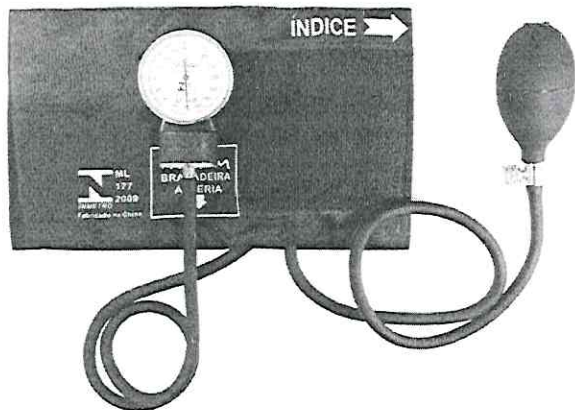
Pera em látex com válvula de precisão, com ajuste preciso;

Medida da braçadeira:

Circunferência do braço de 22-28 cm

Tamanho do manguito: 12 (L) x 22 cm (C)

Garantia de no mínimo 02 (dois) anos após a instalação ou compra.

Flávia Carolina da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO:

Destina-se aos seguintes setores, Ala B, Ala C, Ala D, Ala A, Ala E, Emergência,

A solicitação se dá pela escassez de Medidor de pressão adulto com esfigmomanômetro aneroide nas enfermarias e na emergência para atendimento do protocolo de NEWS da instituição. Protocolo esse, responsável por sinalizar e diminuir os riscos de deterioração clínica dos pacientes adultos internados na instituição. Hoje os aparelhos existentes não contemplam a demanda.

4. QUANTIDADE E MEMÓRIA DE CÁLCULO:

Ala B: 10 aparelhos

Ala C: 40 aparelhos

Ala D: 05 aparelhos

Ala A: 05 aparelhos

Emergência: 05 aparelhos

Ala E: 05 aparelhos

Total de 70 aparelhos.

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.



Patricia Lisboa
RT e Coordenadora de Enfermagem
HDT/ISG

Patricia Moreira de Araújo Lisboa

RT e Coordenação de Enfermagem HDT/HAA/ISG

COREN 363388 – GO

Antônio Jorge de A. Maciel
Gerente Administrativo
HDT/HAA

Flávia  da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO