

Goiânia, 09 de Junho de 2020

TERMO DE REFERÊNCIA
TR. Nº 089/2020

De: Engenharia Clínica - HDT

Para: Gerência Administrativa - HDT

1. MATERIAL: Aquisição de peças para máquina de hemodiálise**DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL:**

Aquisição de peças para as máquinas de hemodiálise B.BRAUN do HDT

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

Item	Descrição	Qde
1	Maintenance kit (Dialog Machines) código 3451893H 24103	3
2	Motor for Piston Pump código 3456055B 25033	4
3	O-ring 2.7x1.5 código 34570012 25034	30
4	Gear pump with magnet (Micropump V2) código 34560319 25035	1

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO:

Destinação: UTI Adulto

Considerando a demanda atual de pacientes que realizam hemodiálise na UTI do HDT.

Considerando que não possuímos contrato de manutenção das máquinas de hemodiálise.

Considerando a necessidade de se adquirir o kit de manutenção para manutenção preventiva das máquinas.

Considerando a necessidade de se possuir peças para manutenções corretivas.

Considerando que hoje a máquina de hemodiálise ns 50523 está parada aguardando peças, justificando desta forma esta aquisição.

Flávia Carvalho da Silva
Compradora
HDT/ISG-GOAntônio Jorge de A. Maciel
Gerente Administrativo
HDT/HAA

4. QUANTIDADE E MEMÓRIA DE CÁLCULO:

- 4.1. Item 1 – 3 unidades;
- 4.2. Item 2 – 4 unidades;
- 4.3. Item 3 – 30 unidades;
- 4.4. Item 4 – 1 unidade.

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:

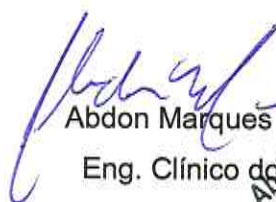
6.1. O prazo para o pagamento será de aproximadamente 60 (sessenta) dias a partir da apresentação da nota fiscal.

Flávia Carneiro da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO

Antônio Jorge de A. Maciel
Gerente Administrativo
HDT/HAA

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
Eng. Clínico do SUS
CREA: 71831D-GO
HDT/ISG


Antônio Jorge de A. Maciel
Gerente Administrativo
HDT/HAA


Flávia Carvalho da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO