

Goiânia, 09 de dezembro de 2021

**TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MATERIAIS**

TR N.º 153/2021 ✓

De: Almoxarifado – HDT

Para: Setor de Compras – HDT

1. MATERIAL**Item 01:** Aparelho de ar condicionado SPLIT 18.000 BTU'S;**2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL**

1	Ar-condicionado split de 18.000 BTU's Condicionador de ar split 18.000 BTU's, tensão, frequência, fase (V, Hz, ph) 220V / 60 Hz. Classificação Energética A Nível de ruído unidade externa [(máxima) dB(A)] 47 Faixa de temperatura externa mínima para refrigeração [°C] 17~30. Garantia: mínima de 12 meses. Deve possuir certificação do INMETRO	1
----------	--	----------

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Destinação: Farmácia ambulatorial

Considerando que o ambiente é destinado a guarda e distribuição de medicamentos, é de extrema importância a instalação de aparelho de ar condicionado a fim de se controlar as temperaturas mínimas mantendo o ambiente climatizado conforme recomendações da ANVISA.

Hospital de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad- HDT/HAA
 Alameda Contorno, Nº 3556, Jardim Bela Vista
 Goiânia - GO CEP: 74853-120
 Fone: (62)3201-3673 / (62)3201-3674

4. QUANTIDADE E MEMÓRIA DE CÁLCULO

Item 1: 1 (hum) unidade.

5. DAS OBRIGAÇÕES DO FORNECEDOR

- 5.1. Atender os pedidos com as descrições publicadas e manter os preços irrealizáveis, conforme proposta publicada na plataforma eletrônica de compra e no site do ISG ou jornal;
- 5.2. Atender os 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. DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

6.1. O prazo para o pagamento será de aproximadamente 30 (trinta) dias a partir da apresentação da nota fiscal.

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

Hospital de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad- HDT/HAA
Alameda Contorno, Nº 3556, Jardim Bela Vista.
Goiânia - GO CEP: 74853-120
Fone: (62)3201-3673 / (62)3201-3674

Ismael Moreira da Rocha
Comprador
HDT/ISG/GO

Av. Olinda, QD. H-04, Lote 01 AO 03, Park Lozandes. CEP: 74.884-120, Goiânia-GO.

6.3. As notas deverão vir sem rasuras e estar no período de validade de emissão.

Allan Fonseca Osório
Coordenador de Manutenção
HDT/ISG

Eng. Allan Fonseca Osório
Coordenador Núcleo Manutenção
ISG/HDT

Camila Costa
Gerente Administrativa
HDT/ISG

Gabriela Alvares
Gerente Operacional
HDT/ISG

Ismael Moreira da Rocha Junior
Comprador
HDT / ISG - GO