

Goiânia, 09 de novembro de 2023.

**TERMO DE REFERÊNCIA****TR Nº52130/2023**

ATO 9/11

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

**1. MATERIAL**

Compra de materiais hospitalares.

**2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL**

<b>COD MV</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>PEDIDO</b>
6632	CANULA ENDOTRAQUEAL DESC. S/ BALAO Nº 5,5	04
21450	CURATIVO CIRURGICO ALGODONADO ESTERIL 10X15CM COXIM	60
40981	DIALISADOR FIBRAS CAPILARES F8 HEMODIALISE ALTO FLUXO	24
320	FIBRA DE LIMPEZA BRANCA BAIXA ABRASIVIDADE	30
34312	FRASCO P/ DIETAS ENTERAIS 300ML	630
48569	GRAMPEADOR CIRURGICO LINEAR CORTANTE 80MM	1
46505	INTEGRADOR QUIMICO CLASSE 5 SES	400
25995	LINHA SANGUE ARTERIAL ESTERIL PARA MAQUINA DE HEMODIALISE	20
59894	PAPEL MANTEIGA 1M X 20M	02
52980	TAMPA DE VEDACAO PARA CONECTOR LUER MACHO/FEMEA	2800

**3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO**

Solicitação de compra mensal de materiais para abastecimento da Unidade. Os materiais solicitados foram lançados devido necessidade de ressurgimento, devido proximidade de ruptura do estoque para abastecimento do mês de outubro/2023. A falta desses materiais pode levar a desassistência ao paciente da Unidade. Para análise, é utilizado o consumo dos últimos três meses, sazonalidade e epidemiologia atual.

**4. QUANTIDADE E MEMÓRIA DE CÁLCULO**

Conforme item 2 deste Termo de Referência.

## **5. DAS OBRIGAÇÕES DO FORNECEDOR**

**5.1.** Atender aos pedidos com as descrições publicadas e manter os preços irrecorríveis, 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

## **6. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:**

**6.1.** O prazo para o pagamento será de no mínimo 30 (trinta) 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.

**HDT**

Hospital Estadual de Doenças Tropicais  
Dr. Anuar Auad



**SES**  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



  
**Núbia Oliveira**  
Coordenadora de Suprimentos  
HDT/ISG

Coordenação de Suprimentos