

Goiânia, 11 de Agosto de 2022.

**TERMO DE REFERÊNCIA**  
**TR. Nº 061/2022**

De: Engenharia Clínica / HDT  
Para: Departamento de compras

**1. MATERIAL:**

Kit preventiva para manutenção da autoclave da marca CISA

**2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL:**

Item	Especificação	Qde
1	<p>Aquisição de kit de preventiva / consumeives para autoclave seria 640/2P da marca CISA. Este kit é composto por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 (duas) guarnições de silicone especial da marca CISA</li> <li>• 1 (um) filtro de ar bacteriológico</li> <li>• 6 (seis) fitas de cartucho de impressora FH 190</li> <li>• 30 (trinta) papéis para impressora FH 190</li> </ul>	1

54533

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

Local: CME

Considerando a necessidade de se realizar as manutenções preventivas da autoclave do HDT.

Considerando que o HDT não possui mais kit de preventiva em estoque.

Considerando que as manutenções preventivas diminuem consideravelmente a incidência das corretivas, assim como mantem a autoclave funcionando por mais tempo e aumenta sua vida útil, justifica-se desta forma a aquisição destes kits.

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

Item 1: 1 (uma) unidade

Flávia Carvalho da Silva  
Compradora  
HDT/ISG-GO

**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:**

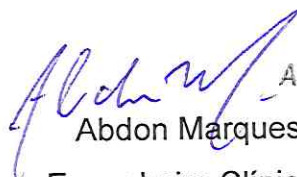
**6.1.** O prazo para o pagamento será de aproximadamente 60 (Sessenta) dias a partir da apresentação da nota fiscal.

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

**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.

  
Abdon Marques Cunha  
Engenheiro Clínico  
Cunha 783/D-GO  
HDT/ISG  
Engenheiro Clínico do HDT

  
Eng. Allan Fonseca Osório  
Coordenador de Engenharia e Manutenção  
CREA 100758168/DGO  
HDT/ISG

  
Flávia Carvalho da Silva  
Compradora  
HDT/ISG-GO