

Goiânia, 14 de agosto de 2020.

TERMO DE REFERÊNCIA
TR. Nº 014/2020

De : Serviço de Nutrição e Dietética

Para : Setor de Compras

1. MATERIAL:

Suprimentos nutricionistas padronizados no HDT.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL:

CÓD MV	DESCRIÇÃO	APRESENTAÇÃO	SUGESTÃO DE COMPRA
24127	Alimento Oral/Enteral Polimerico p/ Crianças	Pote 400 g	20
15322	Dieta Enteral Oligomerica Hipercalorica e Hiperproteica	Cx c/ 250 mL	192
25020	Dieta Enteral Polimerica Hiperc Hiperp (>70 g de ptn/L)	Frasc c/ 1L	320
15308	Formula Infantil Isenta de Lactose	Lata 400 g	10
15238	Modulo de L-Glutamina	Sache c/ 10 g	150
25075	Modulo de Mix de Fibras Soluveis e Insolueis	Lata c/ 250 g	5
25021	Modulo de Probiotico	Sache c/ 2 g	120
15231	Modulo de Whey Protein Isolado	Pote c/ 250 g	30
15301	Suplemento Oral Hipercalorico E Hiperproteico (2.0 Kcal/mL)	Cx c/ 200 mL	216
15295	Suplemento Oral Hipercalorico e Hiperproteico (Chocolate)	Cx c/ 200 mL	432
24274	Suplemento Oral para Cicatrizacao C/ Prolina	Cx c/ 200 mL	24
25108	Dieta Enteral Oligomerica, Normocal e Hiperprot >90 g ptn/L	1 Litro	240

Ismael Moreira da Rocha Junior
Comprador
HDT / ISG - GO

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO:

Compra de reposição do estoque dos suprimentos de nutrição para serem consumidos no mês de Setembro/2020.

4. QUANTIDADE E MEMÓRIA DE CÁLCULO:

Conforme descrito no Item 2.

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

Ismael Moreira da Rocha Junior
Comprador
HDT / ISG - GO

- 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.

Nathalya Mosonowa Souza
Supervisora de Nutrição HDT/ISG
Nutricionista CRN 1 - 6045

Nathalya Mosonowa Souza
Supervisora de Nutrição – HDT/HAA/ISG
CRN 1 - 6045

Ismael Moreira da Rocha Junior
Comprador
HDT / ISG - GO