



292 239 298

Goiânia, 12 de Junho de 2023.

TERMO DE REFERÊNCIA

TR. Nº 38763/2023

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

MATERIAIS HOSPITALARES.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

CÓD.	DESCRIÇÃO	PEDIDO
17079	ADESIVO FIXADOR ESTERIL P/ PUNCAO VEN PERIF 5 X 7,4 CM	1.200
38874	ESPARADRAPO HIPOALERGENICO MICROPOROSO 50 MM X 4,5 M	200
5160	LAMINA P/ MICROSCOPIA LISA 26X76 CX C/50	1
3896	CANULA ENDOTRAQUEAL DESC. C/ BALAO Nº 8,0	20
223	FRALDA GERIATRICA DESCARTAVEL G	576
42878	MASCARA N95/PFF2 S/VALVULA C/ CLIP NASAL METALICO E ELASTICO	1.422
22482	LUVA CIRURGICA ESTERIL Nº 6,5	400
386	LUVA DE PROCEDIMENTO NAO ESTERIL P	800
20491	ACIDO PERACETICO C/ TIRAS REAGENTES	2
39132	AGULHA DE FISTULA 16G C/ PROTECAO P/ PUNCAO	6
44442	FIXADOR CITOPATOLOGICO SPRAY 100ML	1

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de compra emergencial dos materiais (ADESIVO FIXADOR, ESPARADRAPO HIP. MICROPORE, LAMINA P/ MICROSCOPIA, CANULA ENDROTRAQUEAL, FRALDA G, MASCARA N95, LUVA CIRURGICA 6.5 e LUVA DE PROCEDIMENTO P) descrito acima que foram cancelados da compra mensal e os materiais (ACIDO PERACETICO, AGULHA DE FISTULA e FIXADOR CITOPATOLOGICO) que tiveram aumento de consumo e o estoque ficou crítico, assim evitamos a sua ruptura.. A falta desses materiais pode levar a desassistência aos pacientes da Unidade.

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 irrevogáveis, 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. 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.

Dayane Alves da Silva
Supervisora de Farmácia
CRF/GO: 15564
HDT/ISG



Supervisão de Farmácia