

Goiânia, 14 de julho de 2023.

**TERMO DE REFERÊNCIA****TR. Nº 41276/2023**

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

**1. MATERIAL**

Compra de material emergencial.

**2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL**

CÓD.	DESCRIÇÃO	PEDIDO
52146	CANULA DE TRAQUEOSTOMIA CROMADA STANDARD Nº 04	02
30162	CURATIVO HIDROFIBRA PRATA C/ ALGINATO APROX. 10 X 10 CM	20
40672	MASCARA DESCARTAVEL COM PROTECAO TRIPLA C/ TIR	30600
37907	SERINGA DESC 20ML LUER SLIP (LISA) S/ AGULHA (2)	3000
452	SONDA URETRAL PVC SILICONIZADO Nº 12	35
25409	SONDA RETAL Nº 10	20
34312	FRASCO P/ DIETAS ENTERAIS 300ML	1170
71477	INTRODUTOR DE AGULHA E CATETER PICC 3FR	3
71479	INTRODUTOR DE AGULHA E CATETER PICC 4FR	20

**3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO**

Faz-se necessária a aquisição dos materiais acima, que são padronizados na Unidade e que, suas faltas podem levar a desassistência aos pacientes que necessitarem.

Os materiais **452 - SONDA URETRAL PVC SILICONIZADO Nº 12** e **34312 - FRASCO P/ DIETAS ENTERAIS 300ML** foram lançados devido cancelamento na programação. A falta desses materiais pode levar a desassistência aos pacientes da Unidade.

Ismael Moreira da Silva Junior  
Comprador  
HDT/SG-GO

#### 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.

Ismael Moreira da Rocha Junior  
Comprador  
HDT/ISG-GO



**HDT**  
Hospital Estadual de  
Doenças Tropicais  
Dr. Anuar Aued

**SES**  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Dayane Alves da Silva  
Supervisora de Farmácia  
CRF/GO: 15564  
*[Handwritten signature]*

Supervisão de Farmácia

*[Handwritten signature]*  
Ismael Moreira da Rocha Junior  
Comptador  
HDT/SG-GO