

HDTHospital Estadual de Doenças Tropicais
Dr. Anuar Auad

314499023

SUSSES
Secretaria de
Estado da
Saúde

Goiânia, 26 de setembro de 2023.

TERMO DE REFERÊNCIA

TR. Nº50306/2023

ATO 27/09

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MEDICAMENTO E MATERIAL

Compra de materiais e medicamentos.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

CÓD	DESCRIÇÃO	PEDIDO
15896	CLOREXIDINA SOL DEGERMANTE 2% FRASCO 100ML	300
49762	DIALISADOR FIBRAS CAPILARES F7 HEMODIALISE BAIXO FLUXO	20
19506	DESMOPRESSINA SOLUCAO NASAL/SPRAY 100MCG/ML 2,5ML	04
518	ALCOOL LIQUIDO 70% 1000ML	80

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Faz-se necessária a aquisição dos medicamentos e materiais acima em caráter de aumento de consumo devido a surto de Enterobacter na UTI A e UTI B e ALA Solicito também o remanejamento de compra de desmopressina e dialisador uma vez que não houve cotação anterior e álcool 70% aumento de consumo .

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 Jamel Cecilio Nº 3310 SL 104- CEP 74.810.907 – Jardim Goiás-Goiânia – Goiás.

6.4. As notas deverão vir sem rasuras e estar no período de validade de emissão.

Nubia Oliveira
Coordenadora de Suprimentos
HDT/ISG

Coordenação de Suprimentos.