

Goiânia, 16 de Setembro de 2019.

TERMO DE REFERÊNCIA**T.R. Nº 017/2019**

De: Serviço de Nutrição

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Dietas enterais, fórmulas infantis, módulos e suplementos nutricionais padronizados do HDT.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

CÓD	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QTD
24125	ALIMENTO ORAL/ENTERAL OLIGOMERICO NORMOCALORICO P/ CRIANCAS	LATA 400 G	5
15322	DIETA ENTERAL OLIGOMERICA HIPERCALORICA E HIPERPROTEICA	LATA 250 ML	48
15307	FORMULA INFANTIL DE SEGUIMENTO (PARA O 2º SEMESTRE)	LATA 400 G	10
15238	MODULO DE L-GLUTAMINA	SACHE C/ 10 G	200
24124	MODULO DE MALTODEXTRINA	1 KG	2
15253	MODULO DE SIMBIOTICO	SACHE C/ 6 G	120
15231	MODULO DE WHEY PROTEIN ISOLADO	POTE C/ 250 G	20
15301	SUPLEMENTO ORAL HIPERCALORICO E HIPERPROTEICO (2.0 KCAL/ML)	CX C/ 200 ML	108
15295	SUPLEMENTO ORAL HIPERCALORICO E HIPERPROTEICO (CHOCOLATE)	CX C/ 200 ML	270
24274	SUPLEMENTO ORAL PARA CICATRIZACAO C/ PROLINA	CX C/ 200 ML	96

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de compra para reposição de suprimentos nutricionais na CAF para o consumo no mês de Outubro/2019.

Ismael Moreira da Rocha Junior
Comprador
HDT / ISG - GO

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

- Cartão do CNPJ

6. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

6.1. O prazo para o pagamento será de aproximadamente 40 (quarenta) dias a partir da


Ismael Moreira da Rocha Junior
Comprador
HDT / ISG - GO

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, QD. H-04, Lote 0, AO 03, Park Lozandes. CEP: 74.884-120 Goiânia-GO.

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 CRM 1 - 6045

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

Ismael Moreira da Rocha Júnior
Comprador
HDT/ISG-GO