

Goiânia, 09 de Junho de 2020.

## TERMO DE REFERÊNCIA

TR. Nº 088/2020

De: Engenharia Clínica - HDT

Para: Gerência Administrativa - HDT

1. **MATERIAL:** Aquisição de peças para autoclave CISA do HDT

### 2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

Item	Descrição	Qde
1	Válvula reguladora de pressão ¼ para autoclave CISA 25031	1
2	Dobradiça CLIP TOP Níquel 170 graus para autoclave CISA 25032	3

### 3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO:

Destinação: CME do HDT

Considerando a necessidade de aquisição de peças para manutenção corretiva da autoclave CISA do HDT.

Considerando a necessidade de aquisição das dobradiças e da válvula reguladora, que vem apresentando problemas, que podem se agravar no futuro paralisando o funcionamento da autoclave.

Considerando a necessidade de se esterilizar os materiais do centro cirúrgico, UTIs, ALAS e Emergência justifica-se a aquisição destas peças.

*Flávia Carvalho da Silva*  
Compradora  
HDT/ISG-GO

*Antônio Jorge de A. Maciel*  
Gerente Administrativo  
HDT/HAA

Fone: 0800-643-3700 | Email: [ouvidoria@saude.go.gov.br](mailto:ouvidoria@saude.go.gov.br)  
Av. Contorno s/nº, Jardim Bela Vista - Goiânia - Goiás - CEP: 74.853-120

#### 4. QUANTIDADE E MEMÓRIA DE CÁLCULO:

- 4.1. Item 1 – 1 (uma) unidade;
- 4.2. Item 2 – 3 (três) unidades.

#### 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 60 (sessenta) dias a partir da apresentação da nota fiscal.

6.2. 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.

*Flávia Carvalho da Silva*  
Compradora  
HDT/ISG-GO



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

*Antônio Jorge de A. Maciel*  
Gerente Administrativo  
HDT/HAA

*Abdon Marques Cunha*  
Abdon Marques Cunha  
Eng. Clínico do HDT  
CREA: 77851-D-GO  
HDT/ISG

*[Large blue scribble]*

*Flávia Carvalho da Silva*  
Compradora  
HDT/ISG-GO

Fone: 0800-643-3700 | Email: [ouvidoria@saude.go.gov.br](mailto:ouvidoria@saude.go.gov.br)  
Av. Contorno s/nº, Jardim Bela Vista - Goiânia - Goiás - CEP: 74.853-120