

Goiânia, 10 de janeiro de 2024.

TERMO DE REFERÊNCIA
TR. Nº 002/2024

De: **REABILITAÇÃO**

Para: **SETOR DE COMPRAS**

1. MATERIAL

ITEM 1: ASSISTENTE DE TOSSE.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

Características

- Fonte CA 100 a 240 V CA, 50/60 Hz
- Cough-Track modo automático (ligado ou desligado)
- Fonte de corrente contínua (CC) 12 V CC
- Pressão de inalação 0 -70 cmH20, em incrementos de 1 cmH20
- Pressão de exalação 0- 70 cmH20 em incrementos de 1 cmH20
- Tempo de inalação 0 a 5 s, em incrementos de 0,1 s
- Tempo de exalação 0 a 5 s, em incrementos de 0,1 s
- Valores de fluxo de inalação Baixo/Médio/Alto
- Tempo de pausa 0 a 5 s, em incrementos de 0,1 s
- Frequência 1 a 20 Hz, em incrementos de 1 Hz
- Amplitude 1 a 10 cmH20, em incrementos de 1 cmH20
- Voltagem 100 V – 240 V (Bivolt)
- Oscilação Desligado/Inalar/Exalar/Ambo
- Dimensão do Produto 23,1 x 29,2 x 19



Esse documento foi assinado por Ismael Moreira da Rocha Junior, Fabrício Soares de Paula, Priscila Caroline de Sousa Costa Oliveira, Priscila Caroline de Sousa Costa Oliveira, Ana Paula Pereira Silveira Tillmann, Andressa Rafaela Ribeiro Carneiro e Antônio Jorge Almeida Maciel. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/AMPG9-EQZGQ-4DLAP-SLMY6>

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 60 (sessenta) 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. Deputado Jamel Cecílio, nº 3310 sala 104 – Jardim Goiás - CEP 74..810-970– Goiânia – Goiás.

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

Atenciosamente,

Fabrício Soares de Paula

Coordenador do Setor de Reabilitação e Cuidados Paliativos

Igor Guimarães
Gerente Administrativo
HDT/ISG

Sabrina Lima
Gerente Operacional
HDT/ISG

Dra. Karina Borges de M...
CRM-GO 15.113
HDT/ISG

Este documento foi assinado por: Fabrício Soares de Paula, Priscila Caroline de Sousa Costa Oliveira, Priscila Caroline de Sousa Costa Oliveira, Ana Paula Pereira Silveira, Rafaela Tilmann, Andressa Rafaela Ribeiro Carneiro e Antônio Jorge Almeida Maciel. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/AMPG9-EQZGQ-4DLAP-SLMY6>