

Goiânia, 25 de julho de 2024.

TERMO DE REFERÊNCIA
TR. Nº61894/2024

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

1. MATERIAL

Compra de emergencial de materiais.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

CÓD. MV SOUL	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE A PEDIR
30163	INDICADOR QUIMICO PARA LAVADORA ULTRASSONICA	100
39127	CONTADOR C/ CAMARA RETRATIL P/ MEDICACAO EM AEROSSOL	10
30162	CURATIVO HIDROFIBRA PRATA C/ ALGINATO APROX. 10 X 10 CM	20
39543	CURATIVO TIPO STOPPER ADULTO CAIXA COM 500 UND	2
45816	DRENO TORAXICO ESTERIL RADIOPACO 32FR - 50CM	6
219	FRALDA GERIATRICA DESCARTAVEL M	200
59894	PAPEL MANTEIGA 1M X 20M	3
49439	ESCOVA PLANA RIGIDA 75MM X 17 X 15	5
39466	ESCOVA CABO AMARELO 22CM CERDAS NYLON FLEX 78 X 17 X 20 MM	5

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação emergencial de compra de materiais para abastecimento da Unidade. Os itens acima foram solicitados por terem sido cancelados pelos fornecedores em cotação anterior ou por aumento de consumo. A falta desses itens pode levar a desassistência ao paciente da Unidade. Para análise, é utilizado o consumo dos últimos três meses, sazonalidade e epidemiologia atual.

4. QUANTIDADE E MEMÓRIA DE CÁLCULO

Esse documento foi assinado por: Karina Balmir Baccetta - Sócio-banca Única - CPF: 030.110.110-11 - e-mail: karina@hospitalthrop.com.br - Assinatura: /s/ /K/ /u/ /d/ /A/ /e/ /s/ /y/ /9/ /6/ /X/ /2/ - @S/ /K/ /b/ /2/ /v/ /a/ /l/ /i/ /d/ /a/ /t/ /e/ /SD9W7-H8ZJ2-UR2HJ-AUUPH

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 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 Cecilio nº3310 sala 104 –CEP 74810-970-Jd Goiás – Goiânia – Goiás.

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



Assinado eletronicamente por:
Ana Paula Pereira Silveira Tillmann
CPF: ***.585.645-**
Data: 26/07/2024 12:06:34 -03:00



Coordenação de Suprimentos

Assinado eletronicamente por:
Ismael Moreira da Rocha Junior
CPF: ***.241.901-**
Data: 26/07/2024 16:12:21 -03:00



Esse documento foi assinado por Ismael Moreira da Rocha Junior, Secretário de Estado da Saúde, em nome do Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad. Para validar o documento, acesse o link: <https://www.ses.go.gov.br/portal/validar/SD9W7-H8ZJ2-UR2HJ-AUUPH>

