

Goiânia, 18 de outubro de 2024.

**TERMO DE REFERÊNCIA**  
**TR. Nº65445/2024**

De: Suprimentos

Para: Setor de Compras

**1. MATERIAL**

Compra emergencial de materiais.

**2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL**

CÓD. MV SOUL	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE A PEDIR
38092	COMPRESSA CAMPO OPERAT C/ FIO RADIOPACO 45 X 50 CM PCT 50UN	200
34326	LUVA DE PROCEDIMENTO NITRILICA NAO ESTERIL S/ TALCO G	15
37742	EQUIPO GRAVIT P/ SANGUE E HEMODERIVADOS - FILTRO 180 MICRAS	60
6624	CAL SODADA GRANULADA 4,5KG	2
5903	DRENO DE PENROSE Nº 2 C/ GAZE ESTERIL	10
38874	ESPARADRAPO HIPOALERGENICO MICROPOROSO 50 MM X 4,5 M	100
5910	LAMINA DE BISTURI RETA Nº 11	200
54368	MANTA SMS 100% POLIETILENO 50G/M² 120 X 120 CM	20
19549	SACO DESCARTAVEL AMARELO P/ HAMPER 90 X 110 CM 120L	2000

**3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO**

Solicitação emergencial de compra de materiais por aumento de consumo. A Luva de procedimento nitrilica G foi cancelada a entrega pelo fornecedor. A falta dos itens solicitados pode levar a desassistência aos pacientes, por essa razão, justifico a solicitação de compra.

Esse documento foi assinado por Ismael Moreira da Rocha Junior, Antônio Jorge Almeida Maciel, Ana Paula Pereira Silveira Tillmann e Brécia Moreira Barros. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/E6WWZ-ZNLC-TBAUQL-UH6C8>

#### **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 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.



**HDT**  
Hospital Estadual de  
Doenças Tropicais  
Dr. Anuar Auad

**SES**  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



## Coordenação de Suprimentos

Esse documento foi assinado por Ismael Moreira da Rocha Junior, Antônio Jorge Almeida Maciel, Ana Paula Pereira Silveira Tillmann e Brécia Moreira Barros. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validade/E6WWZ-ZNLCY-BAUQL-UH6C8>

