



MUNICÍPIO DE BENTO GONÇALVES  
Secretaria Municipal de Saúde

TERMO DE REFERÊNCIA

SIGA Nº SMS-TAP-2025/00191

1. OBJETO

1.1. DEFINIÇÕES DO OBJETO

O presente Termo de Referência tem por objeto a **aquisição de carro de emergência**, conforme especificações técnicas constantes neste documento, destinado a atender as necessidades da **nova estrutura do Bloco Cirúrgico da Prefeitura Municipal de Bento Gonçalves**.

A contratação será realizada na **modalidade Registro de Preços**, em conformidade com a **Lei nº 14.133/2021**, visando a futura e eventual aquisição do item por parte da Administração, de acordo com a demanda das unidades de saúde.

1.2. NATUREZA DO OBJETO

Serviço Comum.

1.3. QUANTITATIVOS

Conforme descrito no pedido de compras.

1.4. REGISTRO DE PREÇO

Sim.

1.5. POSSIBILIDADE DE PRORROGAÇÃO

*Prorrogável nas formas da lei.*

1.6. ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

Conforme descrito no pedido de compra.

1.6.1. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

Conforme descrito no pedido de compra.

Classif. documental

00.01.01.01



SMS-TAP202500191A

## 2. FUNDAMENTAÇÃO DA CONTRATAÇÃO

### 2.1. JUSTIFICATIVAS

A presente contratação tem por finalidade atender à necessidade de **aquisição de carro de emergência** para a **nova estrutura do Bloco Cirúrgico da Prefeitura Municipal de Bento Gonçalves**, garantindo suporte adequado às situações de urgência e emergência durante os procedimentos cirúrgicos.

A justificativa da contratação baseia-se nos **Estudos Técnicos Preliminares**, que identificaram a **falta do equipamento essencial** para o atendimento imediato aos pacientes em situações críticas. O carro de emergência é indispensável em ambientes hospitalares, pois centraliza e organiza materiais e medicamentos utilizados em reanimações, contribuindo diretamente para a **segurança do paciente** e a **eficiência da equipe médica**.

A opção pela **aquisição por meio de registro de preços**, conforme a **Lei nº 14.133/2021**, visa garantir **economicidade, padronização do equipamento e atendimento a futuras demandas** das unidades de saúde, assegurando a continuidade e a qualidade dos serviços prestados.

### 2.2. DESCRIÇÃO DAS ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

O **carro de emergência** deverá atender às seguintes especificações:

- Estrutura em **aço com pintura eletrostática**, resistente à corrosão;
- **3 gavetas** com divisórias e **trava com lacre**;
- **Tampo superior e prateleira regulável** para desfibrilador;
- **Rodízios giratórios**, com 2 travas diagonais;
- **Para-choque completo**, suporte para oxigênio e soro, tábua para massagem cardíaca e régua de tomadas;
- Garantia mínima de **12 meses** e assistência técnica.

As especificações seguem normas da **ABNT, INMETRO e catálogos de fabricantes**, garantindo segurança, durabilidade e funcionalidade para uso hospitalar.

### 2.3. APRESENTAÇÃO DA CERTIFICAÇÃO

O carro de emergência a ser adquirido deverá **apresentar certificações que comprovem sua conformidade com normas técnicas e de segurança**, emitidas por instituições públicas oficiais ou por **organismos credenciados**, tais como:

- **INMETRO** – certificação de conformidade de equipamentos hospitalares;
- **ANVISA** – registro ou certificação quando aplicável a dispositivos de suporte à vida;



MUNICÍPIO DE BENTO GONÇALVES  
**Secretaria Municipal de Saúde**

- **ISO 9001** – certificação de qualidade do fabricante ou do processo de produção;
- **Certificação do fabricante** quanto à garantia, manutenção e assistência técnica autorizada.

A exigência das certificações visa assegurar que o equipamento adquirido **atenda aos padrões de segurança, durabilidade e eficiência**, garantindo a proteção do paciente e o cumprimento das normas legais e técnicas aplicáveis ao setor de saúde.

### **3. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO**

#### **3.1. SOLUÇÃO**

A solução escolhida consiste na **aquisição de carro de emergência** para o novo Bloco Cirúrgico da prefeitura Municipal de Bento Gonçalves, contemplando todos os elementos necessários para **garantir segurança, eficiência e agilidade** no atendimento a situações de urgência e emergência.

O equipamento possui **estrutura resistente, gavetas com divisórias e trava de segurança, tampo superior e prateleira regulável para desfibrilador, rodízios com travas, para-choque completo e suportes para cilindro de oxigênio e soro**, além de régua de tomadas e tábua para massagem cardíaca.

#### **Manutenção e assistência técnica**

O carro de emergência deverá contar com **garantia mínima de 12 meses e assistência técnica autorizada**, com fornecimento de peças no território nacional, garantindo durabilidade e pleno funcionamento.

#### **Justificativa técnica e econômica**

A escolha deste modelo se baseia em:

- **Segurança e funcionalidade**, atendendo às normas da ABNT e INMETRO;
- **Durabilidade e resistência**, reduzindo custos com manutenção e reposição;
- **Eficiência operacional**, permitindo melhor organização dos materiais e rapidez no atendimento;
- **Registro de preços**, que garante economicidade e possibilidade de atender futuras demandas da Administração.

### **4. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO**

#### **4.1. REQUISITOS**



## MUNICÍPIO DE BENTO GONÇALVES

### Secretaria Municipal de Saúde

- Fornecer o mobiliário em conformidade com as especificações técnicas indicadas no Termo de Referência;
- Disponibilizar equipe técnica qualificada para eventual montagem, manutenção preventiva ou corretiva, quando aplicável;
- Fornecer manuais técnicos em português e orientações de conservação;
- Emitir relatórios técnicos após intervenções de manutenção, quando realizadas, contendo diagnóstico, peças substituídas e ações executadas;
- Assegurar confidencialidade e proteção de dados, quando aplicável ao contexto do uso do equipamento.

#### 4.2. OBRIGATÓRIO APRESENTAR PARA AQUISIÇÃO DE PRODUTOS

Marca / Fabricante

Modelo

Não se aplica

#### 4.3. REQUISITOS TÉCNICOS DE PRODUTO/SERVIÇO

- O produto deve atender às normas técnicas vigentes aplicáveis a mobiliário hospitalar.
- Preferencialmente, o licitante vencedor deve estar apto a prestar assistência técnica e manutenção, quando necessária, comprovada mediante documentação pertinente.
- Caso não possua equipe própria, poderá subcontratar assistência técnica, desde que apresente Declaração, sob as penas da lei, assumindo total responsabilidade pelo cumprimento das exigências do edital;
- Em caso de subcontratação, deverão ser informados ao Setor Financeiro da Secretaria Municipal de Saúde: razão social, CNPJ, endereço, telefone e nome do responsável da empresa subcontratada.

#### 4.4. SUB-CONTRATAÇÃO PARCIAL DO OBJETO

Será permitida a subcontratação, somente de assistência técnica.

### 5. QUALIFICAÇÕES TÉCNICAS

#### 5.1. FASE DE HABILITAÇÃO

A empresa licitante deverá comprovar capacidade técnica compatível com o objeto, apresentando:

- **Atestado de capacidade técnica** que comprove fornecimento e/ou instalação de equipamentos médico-hospitalares similares;



MUNICÍPIO DE BENTO GONÇALVES  
Secretaria Municipal de Saúde

- **Comprovação de assistência técnica própria ou credenciada** no território nacional;
- **Registro do equipamento na ANVISA e certificação do Inmetro** conforme norma ABNT NBR IEC 60601-2-46:2020;
- **Certificação ISO 13485 do fabricante;**
- **Declaração de instalação supervisionada por engenheiro clínico e treinamento operacional da equipe;**
- **Catálogo técnico** comprovando conformidade com as especificações exigidas.

**Observação:**

Será **permitida a subcontratação apenas dos serviços de assistência técnica**, desde que realizados por empresa **autorizada pelo fabricante** e que **atenda às mesmas exigências técnicas**.

5.1.1. ATESTADOS DE CAPACIDADE TÉCNICO-OPERACIONAL

Será **exigido atestado de capacidade técnico-operacional**, emitido por pessoa jurídica de direito público ou privado, que comprove o **fornecimento, instalação e treinamento de uso de equipamentos médico-hospitalares de similar complexidade tecnológica e operacional**, compatíveis com o objeto desta licitação.

5.1.2. VISITA TÉCNICA

Não se aplica.

5.2. AMOSTRAS / CATÁLOGO

Não será exigida amostra física.

A licitante deverá apresentar, **junto à proposta, catálogo técnico e manual do fabricante** contendo as especificações do produto ofertado.

Se necessário, poderá ser solicitada **demonstração técnica** em até **5 (cinco) dias úteis** após convocação.

**6. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO**

6.1. PRAZO PARA ENTREGA DO OBJETO

O prazo de entrega é de até 30 dias após emissão do empenho, podendo ser prorrogado se acordado com o município.

6.1.1. LOCAL DE ENTREGA

A entrega deverá ocorrer **diretamente no Bloco Cirúrgico da Prefeitura Municipal de Bento Gonçalves**, mediante agendamento prévio com o setor responsável.



MUNICÍPIO DE BENTO GONÇALVES  
**Secretaria Municipal de Saúde**

O prazo máximo para entrega, instalação e treinamento será de **até 30 (trinta) dias corridos** após o recebimento da nota de empenho.

O **recebimento definitivo** será realizado após **verificação técnica, instalação completa e funcionamento do equipamento**.

**Endereço do Bloco Cirúrgico da Prefeitura de Bento Gonçalves:**

Rua Goiânia, nº 590, Bairro Botafogo, CEP 95700-586, Bento Gonçalves/RS.  
Telefone: (54) 3055-7306.

6.1.2. FORMA DE ENTREGA

A entrega será conforme necessidade do município, abrangendo **instalação, testes de funcionamento e treinamento operacional** do equipamento completo, conforme especificações do Termo de Referência.

6.2. RECEBIMENTO DO OBJETO

O **carro de emergência** será recebido após:

- Conferência de **conformidade com as especificações técnicas**;
- **Inspeção visual e funcional** das gavetas, rodízios, travas e prateleira;
- Entrega de todos os **itens e acessórios** descritos;
- **Manual de operação e manutenção** fornecido;
- **Testes de funcionamento**, garantindo uso imediato;
- Posicionamento no **local indicado pela Administração**.

O recebimento será considerado **definitivo após aprovação** de todos os critérios.

6.2.1. UNIDADE RESPONSÁVEL

Secretaria Municipal de Saúde

6.3. VALIDADE DO OBJETO

O equipamento deverá contar com **garantia mínima de 12 meses**, garantindo assistência técnica e reposição de peças durante esse período, assegurando a **durabilidade e funcionalidade do objeto**.

**7. GESTÃO DO CONTRATO**

7.1. MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO

**7.1. Modelo de gestão do contrato**



MUNICÍPIO DE BENTO GONÇALVES  
**Secretaria Municipal de Saúde**

A execução do objeto será **acompanhada e fiscalizada** pelo setor responsável pelo Bloco Cirúrgico da Prefeitura Municipal de Bento Gonçalves, garantindo que o **carro de emergência** seja entregue e funcione conforme as especificações do Termo de Referência.

As atividades de gestão incluirão:

- **Conferência de conformidade** do equipamento entregue;
- **Testes de funcionamento** e inspeção visual;
- **Registro de ocorrências** e acompanhamento da assistência técnica;
- Comunicação com o fornecedor em caso de **não conformidades**, com registro formal e prazos para correção;
- Em caso de **ata de registro de preços**, o acompanhamento se dará **no momento da solicitação de fornecimento** e entrega do objeto, seguindo os mesmos critérios de fiscalização.

## 7.2. FISCAL DO CONTRATO OU SERVIDOR RESPONSÁVEL

Giceli Flores

## 8. CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E DE PAGAMENTO

### 8.1. FORMA DE PAGAMENTO

O pagamento será realizado **após entrega e conferência do carro de emergência**, mediante emissão da **nota fiscal** e atesto do setor responsável.

Será **pagamento único**, somente após a **aprovação do equipamento**, garantindo conformidade com o Termo de Referência.

O prazo para pagamento será de **até 30 (trinta) dias corridos** contados da data do ateste.

## 9. FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR

### 9.1. FORMA DE JULGAMENTO

O fornecedor será selecionado por meio da realização de procedimento licitatório, com adoção do critério de julgamento pelo **MENOR PREÇO**

### 9.2. ADJUDICAÇÕES DO OBJETO

A adoção de formato de julgamento por item.

## 10. ESTIMATIVAS DO VALOR DA CONTRATAÇÃO



MUNICÍPIO DE BENTO GONÇALVES  
**Secretaria Municipal de Saúde**

10.1. MODELO UTILIZADO PARA DESCRIÇÃO DOS PREÇOS

Os valores foram obtidos por meio de pesquisa no Banco de Preços, servindo como base para a estimativa do custo do objeto.

**11. ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

11.1. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Órgão: 11 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Unidade: 003 - FMS - ATENÇÃO DE MÉDIA/ALTA COMPLEXIDADE DE SAÚDE

Referência de Dotação: 1209

Fonte de recurso : 2621000

**12. ESPECIFICAÇÃO DA GARANTIA**

12.1. GARANTIA DO OBJETO

Garantia mínima de 12 meses, incluindo assistência técnica autorizada e reposição de peças, assegurando seu pleno funcionamento e durabilidade durante esse período.

**13. GESTÃO**

13.1. SECRETARIA / ÓRGÃO / RESPONSÁVEL

Secretaria Municipal de Saúde - Secretaria Daiane Piuco

Bento Gonçalves, 25 de novembro de 2025.

- assinado eletronicamente -  
Juliana Demutti Rodrigues  
Assessor Administrativo

- assinado eletronicamente -  
Daiane Piuco  
Secretário Municipal

- assinado eletronicamente -  
Giceli Flores  
Coordenador de Departamento

