



MUNICÍPIO DE BENTO GONÇALVES  
Secretaria Municipal de Saúde

TERMO DE REFERÊNCIA

SIGA Nº SMS-TAP-2025/00178

1. OBJETO

1.1. DEFINIÇÕES DO OBJETO

O presente Termo de Referência tem por objeto a **aquisição de Mesa Cirúrgica Universal Elétrica com Acessórios Padrões**, destinada ao **Bloco Cirúrgico da Prefeitura Municipal de Bento Gonçalves**, conforme as especificações técnicas detalhadas neste documento.

A contratação tem por finalidade dotar o setor cirúrgico municipal de equipamento moderno, seguro e de alta performance, adequado à realização de procedimentos de pequena, média e grande complexidade, garantindo maior eficiência e segurança às equipes médicas e aos pacientes.

Ressalta-se que o item ora licitado **refere-se à reabertura do objeto anteriormente incluído no Pregão nº 23/2025, que restou fracassado/deserto**, sendo necessária nova tentativa de aquisição para suprir a demanda essencial do setor.

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.

Classif. documental

00.01.01.01



SMS-TAP202500178A

MUNICÍPIO DE BENTO GONÇALVES  
Secretaria Municipal de Saúde

1.6.1. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

Conforme descrito no pedido de compra.

**2. FUNDAMENTAÇÃO DA CONTRATAÇÃO**

2.1. JUSTIFICATIVAS

**2. Fundamentação da contratação**

A presente contratação tem por base os **Estudos Técnicos Preliminares** elaborados pelo setor técnico da Secretaria Municipal de Saúde, que identificaram a **necessidade de aquisição de mesa cirúrgica universal elétrica com acessórios padrões**, destinada à **implantação da nova estrutura do Bloco Cirúrgico da Prefeitura Municipal de Bento Gonçalves**.

A compra é necessária para **equipar o novo ambiente cirúrgico**, assegurando condições técnicas e de segurança adequadas às normas da ANVISA e do Inmetro. Trata-se de **aquisição de equipamento novo**, fundamental para o início das atividades do novo bloco cirúrgico.

**2.1. Justificativas da contratação**

A aquisição da mesa cirúrgica universal elétrica justifica-se pela **necessidade de equipar o novo Bloco Cirúrgico da Prefeitura Municipal de Bento Gonçalves**, garantindo a infraestrutura adequada para a realização de procedimentos de pequena, média e grande complexidade.

O equipamento é **essencial para o funcionamento do novo setor**, proporcionando **segurança ao paciente, eficiência ao ato cirúrgico e melhores condições de trabalho à equipe médica**, em conformidade com as exigências técnicas e sanitárias vigentes.

2.2. DESCRIÇÃO DAS ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

Especificações conforme pedido de compra em anexo.

2.3. APRESENTAÇÃO DA CERTIFICAÇÃO

Não será exigido.

**3. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO**

3.1. SOLUÇÃO

**3. Descrição da solução como um todo**

A solução consiste na **aquisição de mesa cirúrgica universal elétrica com acessórios padrões**, para equipar o **novo Bloco Cirúrgico da Prefeitura Municipal de Bento Gonçalves**.



MUNICÍPIO DE BENTO GONÇALVES  
Secretaria Municipal de Saúde

O equipamento atenderá às exigências técnicas e sanitárias, permitindo a **realização segura e precisa de procedimentos cirúrgicos**. Possui estrutura resistente, comandos elétricos automatizados e acessórios completos, assegurando **funcionalidade, durabilidade e facilidade de manutenção** ao longo de seu ciclo de vida.

**3.1. Descrição da solução escolhida e exigências de manutenção e assistência técnica**

A solução escolhida é a **aquisição de mesa cirúrgica universal elétrica com acessórios padrões**, que reúne as funcionalidades necessárias para atender aos procedimentos realizados no **novo Bloco Cirúrgico da Prefeitura Municipal de Bento Gonçalves**.

A escolha técnica baseou-se na necessidade de **equipamento moderno, seguro e versátil, com movimentos elétricos automatizados, estrutura em aço inoxidável, colchonetes anatômicos e acessórios completos**, atendendo integralmente às normas da ANVISA e do Inmetro.

Do ponto de vista econômico, trata-se de **solução de melhor custo-benefício**, considerando a durabilidade do equipamento, a redução de manutenção corretiva e o suporte técnico garantido pelo fabricante.

Quanto à **manutenção e assistência técnica**, deverão ser prestadas pela empresa fornecedora, incluindo:

- **Instalação supervisionada por engenheiro clínico;**
- **Treinamento operacional da equipe;**
- **Manutenções preventivas durante o período de garantia de 24 meses;**
- **Atendimento técnico especializado e disponibilidade de peças de reposição.**

Essas exigências asseguram o pleno funcionamento do equipamento, a segurança dos usuários e a **sustentabilidade da contratação ao longo de seu ciclo de vida útil**.

## **4. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO**

### **4.1. REQUISITOS**

Fornecer os equipamentos em conformidade com as especificações técnicas indicadas no termo de referência;

Disponibilizar equipe técnica qualificada e habilitada, com um engenheiro clínico responsável (quando especificado em descritivo técnico), para execução dos serviços de instalação, manutenção preventiva e corretiva;



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

Fornecer manuais técnicos em português, lista de peças de reposição, e orientações para descarte e desempenho ambiental, exceto quando equipamento está isento de registro na ANVISA;

Emitir relatórios técnicos detalhados após cada intervenção (preventiva ou corretiva) contendo diagnóstico, peças substituídas, ações executadas e recomendações;

Assegurar confidencialidade e proteção de dados conforme legislação aplicável, quando o equipamento envolver dados de pacientes.

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

Marca / Fabricante

Modelo

Não se aplica

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

- O produto deve ter o registro na ANVISA.
- O licitante vencedor deverá preferencialmente estar apto a prestar os serviços de assistência técnica ao equipamento, os quais deverão ser comprovados por meio de documentação pertinente.
- Caso o licitante vencedor não esteja apto a prestar assistência técnica, poderá subcontratar os serviços de assistência técnica, devendo contudo, anexar à documentação uma Declaração, sob as penas da lei, de que se responsabilizará pela assistência técnica com total cumprimento das determinações contidas no edital, assinada pelo representante legal.
- A licitante vencedora, caso subcontratar os serviços de assistência técnica, informará ao setor Financeiro da Secretaria Municipal de Saúde os seguintes dados da subcontratada: razão social, CNPJ, endereço, telefone e nome do responsável que irá prestar os serviços.

#### 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.

O prazo máximo para entrega, instalação e treinamento será de **até 30 (trinta) dias**



MUNICÍPIO DE BENTO GONÇALVES  
Secretaria Municipal de Saúde

**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 da Prefeitura de Bento Gonçalves** com emissão prévia do empenho, conforme especificações do Termo de Referência.

6.2. RECEBIMENTO DO OBJETO

O recebimento do objeto será feito em **duas etapas**:

**a) Recebimento provisório**, após a entrega e instalação da mesa cirúrgica no Bloco Cirúrgico da Prefeitura Municipal de Bento Gonçalves, mediante conferência de conformidade com as especificações do edital;

**b) Recebimento definitivo**, após a realização de **testes de funcionamento, treinamento operacional da equipe e emissão de termo de aceite** pelo responsável técnico do setor.

6.2.1. UNIDADE RESPONSÁVEL

Secretaria Municipal de Saúde

6.3. VALIDADE DO OBJETO

Por se tratar de **aquisição definitiva**, o objeto não possui prazo de validade contratual.

A **garantia do equipamento** será de **24 (vinte e quatro) meses**, contados a partir do **recebimento definitivo**, abrangendo assistência técnica, substituição de peças e manutenções preventivas conforme especificado neste Termo de Referência.

7. GESTÃO DO CONTRATO

7.1. MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO

- A execução do contrato será **acompanhada e fiscalizada** por servidor designado pela Prefeitura Municipal de Bento Gonçalves, preferencialmente um **responsável técnico do Bloco Cirúrgico ou engenheiro clínico**.

O gestor do contrato será responsável por:

- Acompanhar a **entrega, instalação e testes de funcionamento** do equipamento;

- **Registrar ocorrências**, irregularidades ou falhas detectadas;



MUNICÍPIO DE BENTO GONÇALVES  
Secretaria Municipal de Saúde

- **Atestar o recebimento provisório e definitivo;**
- **Garantir o cumprimento das obrigações contratuais e de garantia técnica.**

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 efetuado em **parcela única**, após a **entrega, instalação, testes de funcionamento e recebimento definitivo** da mesa cirúrgica, mediante apresentação da **nota fiscal devidamente atestada** pelo responsável técnico e gestor do contrato.

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**

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



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

**12. ESPECIFICAÇÃO DA GARANTIA**

12.1. GARANTIA DO OBJETO

Garantia mínima de 24 meses a contar do recebimento definitivo, incluindo assistência técnica completa e duas manutenções preventivas durante o período.

**13. GESTÃO**

13.1. SECRETARIA / ÓRGÃO / RESPONSÁVEL

Secretaria Municipal de Saúde - Secretaria Daiane Piuco

Bento Gonçalves, 17 de novembro de 2025.

- assinado eletronicamente -  
Juliana Demutti Rodrigues  
Assessor Administrativo

- assinado eletronicamente -  
Daiane Piuco  
Secretário Municipal

- assinado eletronicamente -  
Giceli Flores  
Coordenador de Departamento

