

TERMO DE REFERÊNCIA (TR)

1. OBJETO

1.1. O objeto deste Termo de Referência é a aquisição de **equipamentos e materiais permanentes**, destinados a atender as necessidades da UNIDADEDE BÁSICA DE SAÚDE INDEPENDENCIA, conforme as especificações, quantitativos e condições estimadas neste documento por meio de pregão através de emenda impositiva 015/2026, requisição 752/2026.

2. JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO

2.1. A aquisição dos materiais permanentes descritos neste termo justifica-se pela necessidade de suprir a infraestrutura física e operacional do setor requisitante.

2.2. O atendimento desta demanda garantirá a continuidade das atividades diárias, a modernização dos processos de trabalho e a melhoria na qualidade dos serviços prestados.

3. ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E QUANTITATIVAS

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNID.	QTDE.
1		AR CONDICIONADO SPLIT 9.000 BTUS QUENTE/FRIO	UN	02
2		AUTOCLAVE HORIZONTAL SEMIAUTOMÁTICA 42 LITROS	UN	01
3		BALANÇA ELETRÔNICA ADULTA COM RÉGUA 200 KG	UN	01
4		ARMARIO MULTIUSO COM CHAVES DUAS PORTAS BRANCO	UN	02
5		LONGARINA 3 LUGARES	UN	04
6		PERSIANA ROLO BLECKOUT 1,40 X1,30 M	UN	03
7		CADEIRA GIRATÓRIA DE ESCRITÓRIO COM RODAS	UN	02
8		VENTILADOR PORTÁTIL 6 PAS	UN	02
9		ARMARIO AÉREO BRANCO 3PORTAS	UN	01
10		CADEIRA DE RODAS 120 KG	UN	01
11		MACA FIXA PARA EXAME CLÍNICO COM PORTA E GAVETAS	UN	02
12		MESA DE REUNIÃO 1,8 X 1,8 M	UN	01

4. CONDIÇÕES DE ENTREGA E RECEBIMENTO

4.1. **Prazo de entrega:** Os produtos deverão ser entregues integralmente no prazo máximo de **15 dias corridos**, contados a partir do recebimento da Ordem de Fornecimento ou Nota de Empenho.

4.2. **Local de entrega:** A entrega deverá ser efetuada no endereço: **RUA ALCIDES MAIA, 307 CENTRO, SÃO GABRIEL RS** de segunda a sexta-feira, no horário das **08:00 às 17:00**.

4.3. **Recebimento Provisório:** Ocorrerá no ato da entrega, para verificação física das embalagens e contagem dos volumes, que deverão estar intactos e em perfeito estado.

4.4. **Recebimento Definitivo:** Ocorrerá no mesmo dia após o recebimento provisório, após a realização de testes de funcionamento e confirmação de que os produtos atendem a todas as especificações deste TR.

5. GARANTIA E ASSISTÊNCIA TÉCNICA

5.1. Os materiais permanentes e equipamentos deverão possuir garantia de fábrica contra defeitos de fabricação por um período mínimo de **12 meses**, contados a partir da data do Recebimento.

5.2. Caso algum item apresente defeito dentro do prazo de garantia, a contratada deverá realizar o reparo ou a substituição do produto no prazo máximo de **5 dias úteis**, sem qualquer custo adicional.

6. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

6.1. Entregar os produtos rigorosamente dentro das especificações e prazos exigidos neste Termo de Referência.

6.2. Responsabilizar-se por todas as despesas decorrentes do fornecimento, tais como frete, carga, descarga, tributos, seguros e encargos trabalhistas.

6.3. Substituir imediatamente qualquer produto que seja recusado no momento do recebimento definitivo por estar em desacordo com as especificações exigidas.

7. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

7.1. Prover o livre acesso dos entregadores ao local designado para a entrega dos materiais.

7.2. Realizar a conferência, testes de funcionamento e emitir o termo de recebimento definitivo dos bens.

7.3. Efetuar o pagamento à Contratada no prazo de até **30 dias** após o recebimento definitivo e a apresentação da respectiva Nota Fiscal eletrônica devidamente atestada.

8. CRITÉRIO DE JULGAMENTO DAS PROPOSTAS

8.1. O critério de julgamento para a escolha do fornecedor será o de **Menor Preço por Item**.

9. Sanções e Penalidades

Atraso: Aplicação de multa de 0,5% por dia de atraso sobre o valor da parcela inadimplente.

Inexecução: Rescisão contratual com suspensão do direito de licitar ou contratar em caso de falha grave recorrente.

São Gabriel-RS, 08 de junho de 2026.

Ricardo Lannes Coirolo
Secretário Municipal da Saúde

Dr. Ricardo Lannes Coirolo
Secretário Municipal da Saúde
Portaria 216/25



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GABRIEL
PALÁCIO PLÁCIDO DE CASTRO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**



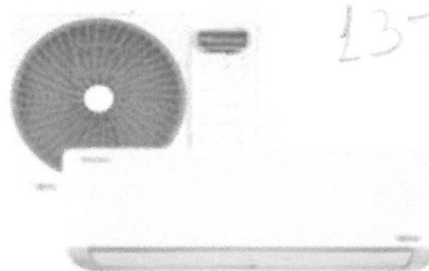
A/C: Setor Financeiro SEMUSA

De: Enfermeira Gabriela Vargas – Rede Bem Cuidar UBS Independência

Memorando referente a emenda nº 015/2026

De acordo com a emenda nº 015/2026, para aquisição de mobília e equipamentos a Unidade Básica de Saúde Independência, solicito os seguintes materiais:

- 2 ar condicionados split 9000 btu's marca Hisense ou outra marca:



- Autoclave Horizontal Semiautomática, com capacidade mínima de 40 litros, Painel digital, com temperatura de Esterilização de 121°C até 134°C, e temperatura de Secagem com exposição até 135°C. Câmara em Aço Inox, com bandejas para divisão. Sistema de fechamento de Porta com trava de segurança, e dotada de válvulas de segurança. Bivolt ou 220 volts, e com potência mínima de 1500 watts. Registro ANVISA.



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Rua Alcides Maia nº 307 / São Gabriel-RS / CEP: 97300-000

Fone/Fax (55) 32371463/ (55) 3237 1705 email: secretariasau@saogabriel.rs.gov.br



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GABRIEL
PALÁCIO PLÁCIDO DE CASTRO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**



- 1 balança eletrônica adulta com régua 200 kg Welmy ou outra marca de menor valor:



13734

- 2 armários multiuso **com chave** duas portas branco mdp ou mdf:



13731

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Rua Alcides Maia nº 307 / São Gabriel-RS / CEP: 97300-000

Fone/Fax (55) 32371463/ (55) 3237 1705 email: secretariasaude@saogabriel.rs.gov.br



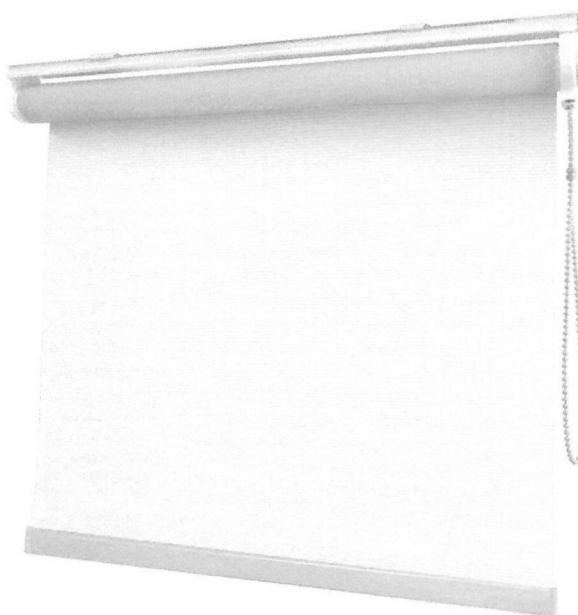
**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GABRIEL
PALÁCIO PLÁCIDO DE CASTRO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**



- 4 cadeiras longarinas de 3 lugares de plástico:



- 3 persianas rolo tela solar 3% branca ou bege ou blackout branco/bege 1,40 largura x 1,30 altura centímetros:



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Rua Alcides Maia nº 307 / São Gabriel-RS / CEP: 97300-000

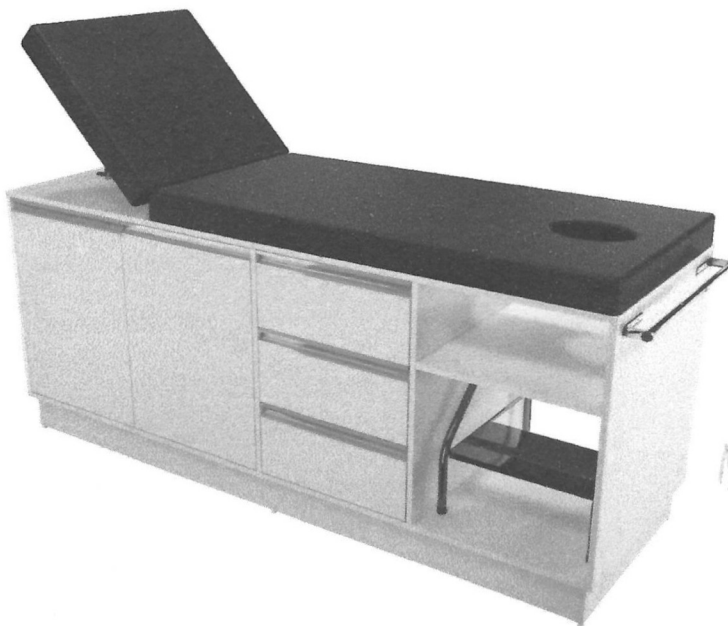
Fone/Fax (55) 32371463/ (55) 3237 1705 email: secretariasaude@saogabriel.rs.gov.br



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GABRIEL
PALÁCIO PLÁCIDO DE CASTRO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**



- 2 macas fixas para exame clínico com porta e gavetas:



- 1 mesa de reunião 1,8x1,8m marrom 6 ou 8 lugares:



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Rua Alcides Maia nº 307 / São Gabriel-RS / CEP: 97300-000

Fone/Fax (55) 32371463/ (55) 3237 1705 email: secretariasaude@saogabriel.rs.gov.br



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GABRIEL
PALÁCIO PLÁCIDO DE CASTRO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

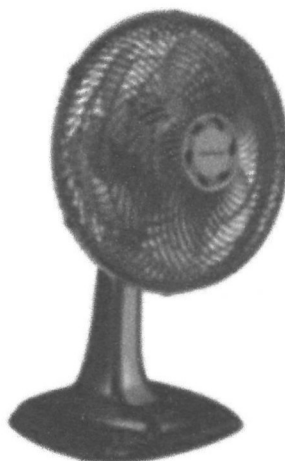


- 2 cadeiras giratórias de escritório:



13731

- 2 ventiladores portáteis marca Arno ou Cadense 6 ou 8 pas:



13732

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Rua Alcides Maia nº 307 / São Gabriel-RS / CEP: 97300-000

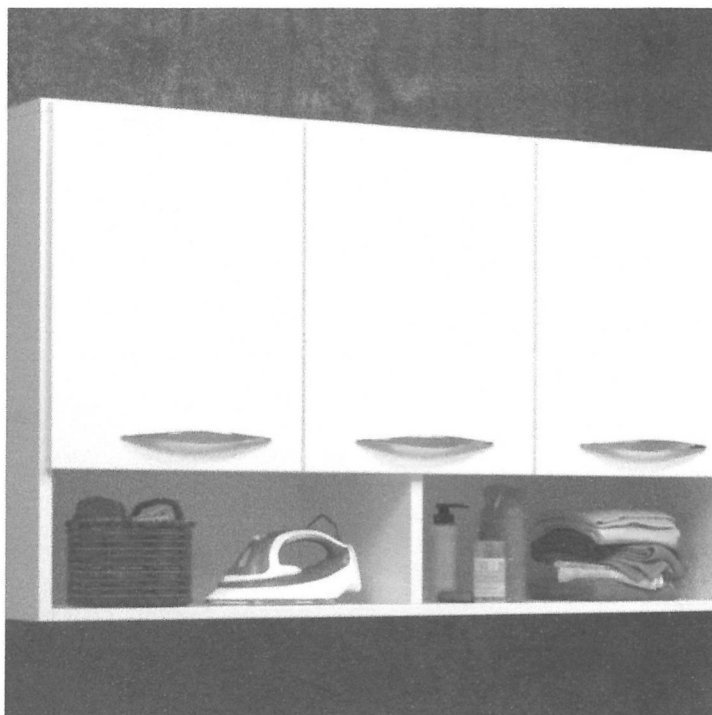
Fone/Fax (55) 32371463/ (55) 3237 1705 email: secretariasaude@saogabriel.rs.gov.br



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GABRIEL
PALÁCIO PLÁCIDO DE CASTRO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**



- 1 armário de parede multiuso branco com 3 portas em mdp ou mdf:



- 1 cadeira de rodas até 120 kg:



gov.br

Documento assinado digitalmente
GABRIELA DE SOUZA VARGAS
Data: 18/05/2026 09:19:51-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

São Gabriel, 10 de abril de 2026.

Enfermeira Gabriela de Souza Vargas
Coren 465298
UBS Independência

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua Alcides Maia nº 307 / São Gabriel-RS / CEP: 97300-000
Fone/Fax (55) 32371463/ (55) 3237 1705 email: secretariasaude@saogabriel.rs.gov.br