



TERMO DE REFERÊNCIA

Órgão: SECRETARIA DE SAÚDE E SANEAMENTO

Objeto: REGISTRO DE PREÇO PARA FUTRA CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CONFECCÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA

1. FUNDAMENTAÇÃO DA AQUISIÇÃO

1.1. Necessidade (demanda) a ser atendida:

A presente contratação tem por finalidade atender à demanda da rede pública de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da contratação de empresa especializada na prestação de serviços de confecção de próteses dentárias, com vistas à reabilitação bucal da população assistida.

A perda parcial ou total dos elementos dentários configura importante agravo à saúde bucal, impactando diretamente as funções estomatognáticas, como a mastigação, a fonação e a deglutição. Além disso, compromete de forma significativa a estética facial, a autoestima e o convívio social do indivíduo. Tais condições podem ainda contribuir para o desenvolvimento de distúrbios nutricionais e transtornos psicológicos, com reflexos negativos sobre a saúde geral do paciente.

A contratação ora proposta tem como objetivo garantir suporte técnico-operacional necessário à execução qualificada e contínua desses serviços, assegurando a resolutividade da atenção primária e a ampliação do acesso aos procedimentos de prótese dentária, em consonância com os princípios da universalidade, integralidade e equidade que regem o SUS.

1.2. Beneficiários/usuários/interessados na contratação: População em geral.

1.3. Resultados esperados da aquisição: Garantir o acesso da população a confecção de próteses dentárias e resultar em melhores condições ao acesso à saúde pública.

1.4. Existência de Estudo Técnico Preliminar:

Sim

Não

Não se aplica

2. DA DESCRIÇÃO DOS MATERIAIS/SERVIÇOS A SEREM CONTRATADOS

2.1. Detalhamento do Objeto

ITEM	OBJETO	UNID	QTD
1	CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA CONFECCÃO DE PRÓTESE DENTARIA PARA OS USUÁRIOS DO SUS, COM AS SEGUINTE DESCRICÖES:	SV	1



SÃO BENTO DO SAPUCAÍ

PREFEITURA MUNICIPAL

PAÇO MUNICIPAL PROFESSOR MIGUEL REALE

Avenida Sebastião de Mello Mendes, 511

Jd. Santa Terezinha - CEP: 12.490-000

www.saobentodosapucaí.sp.gov.br | (12) 3971-6110

secretaria@saobentodosapucaí.sp.gov.br

- PRÓTESES PARCIAIS REMOVÍVEIS;
- PRÓTESES TOTAIS;

PRESTAÇÃO PARA 12 MESES

QUANTITATIVO DE 20 PRÓTESES/MÊS

O FORNECIMENTO DE TODO MATERIAL DE CONSUMO E INSTRUMENTOS NECESSÁRIOS PARA MOLDAGEM E CONFECÇÃO DAS PRÓTESES, SERÃO DE RESPONSABILIDADE DA EMPRESA CONTRATADA.

ENTENDE-SE COMO MATERIAL DE CONSUMO E INSTRUMENTOS, TUDO QUE FOR NECESSÁRIO PARA MOLDAR E CONFECIONAR AS PRÓTESES.

A CONTRATADA DEVERÁ CONFECIONAR CONFORME A DEMANDA DE ATENDIMENTO DOS PACIENTES EM TRATAMENTO DE REABILITAÇÃO PROTÉTICA.

A CONTRATADA SERÁ RESPONSÁVEL POR RECOLHER OS MOLDES DENTO-GENGIVAIS NOS LOCAIS DETERMINADOS PELA CONTRATANTE E ENTREGAR NO PRAZO MÁXIMO DE 15 (QUINZE) DIAS, NAS REFERIDAS UNIDADES, QUANTAS VEZES NECESSÁRIO, ATÉ A ENTREGA DEFINITIVA DA PRÓTESE DO PACIENTE.

O TÉCNICO DE PROTESE DENTÁRIA DEVERÁ ESTAR PRESENTE DURANTE O ATENDIMENTO CLÍNICO JUNTO COM O CIRURGIÃO-DENTISTA FORNECIDO PELA CONTRATADA.

O TÉCNICO DEVERÁ CONFECIONAR, EM LABORATÓRIO PRÓPRIO OU DE RESPONSABILIDADE DA CONTRATADA, AS REFERIDAS PRÓTESES, DISPONIBILIZANDO O MATERIAL NECESSÁRIO PARA CONFECÇÃO E DURANTE O ATENDIMENTO CLÍNICO, REALIZAR OS AJUSTES OU REPAROS QUE SE FIZEREM NECESSÁRIOS E QUE



	FOREM SOLICITADOS PELO DENTISTA. A CONTRATADA DEVERÁ DISPONIBILIZAR SEUS PROFISSIONAIS PARA ATENDIMENTO NAS UNIDADES DE SAÚDE ESTIPULADAS PELA CONTRATANTE.		
2.2. Estimativa de Valores			
ITEM	OBJETO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA CONFECCÃO DE PRÓTESE DENTARIA PARA OS USUÁRIOS DO SUS	114.998,00	114.998,00
2.3. Sujeição às normas técnicas:			
<ul style="list-style-type: none">- Comprovação de inscrição no CNES.- ALVARÁ SANITÁRIO expedido pela secretária de saúde do Estado ou do Município de origem da participante;- Certificado de regularidade da empresa licitante expedido pelo Conselho Regional de Odontologia (CRO).- Certificado de regularidade do responsável técnico indicado pela empresa licitante expedido pelo Conselho Regional de Odontologia (CRO).- Comprovante de vínculo entre a empresa licitante e o(s) Responsável(is) Técnico(s) indicado(s), mediante cópia do registro em carteira de trabalho ou cópia da ficha de registro de empregados da empresa. Caso o(s) Responsável(is) Técnico(s) seja(m) dirigente(s) ou sócio(s) da empresa licitante, tal comprovação deverá ser feita através da cópia da ata da Assembleia de sua investidura no cargo ou cópia do contrato social.			
2.4. Especificação de garantia/assistência técnica: A garantia dos objetos no prazo mínimo aqui estabelecido consiste na prestação pela empresa de todas as obrigações estabelecidas no Código de Defesa do Consumidor (e suas alterações).			
2.5. Natureza do Objeto da Contratação/Aquisição: <input type="checkbox"/> Serviço não continuado <input type="checkbox"/> Serviço continuado SEM dedicação exclusiva de mão de obra <input checked="" type="checkbox"/> Serviço continuado COM dedicação exclusiva de mão de obra <input type="checkbox"/> Material de consumo <input type="checkbox"/> Material permanente / equipamento			
2.6. Necessidade de Agrupamento de Itens: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica			
2.6.1. Em caso de necessidade de agrupamento de itens, justificar: Não se aplica.			
3. CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DE HABILITAÇÃO			



Caso seja necessário estabelecer condições específicas em relação a habilitação da pessoa física ou jurídica a ser contratada, além daqueles previstas na minuta de edital padrão, descrever aqui:

- Licença de Funcionamento, expedida pelo Departamento de Vigilância Sanitária no âmbito municipal ou estadual, da sede da Licitante;
- Alvará de funcionamento, que especifique as funções que compreendem atendimentos clínicos e laboratoriais de forma conjunta.
- Atestado de capacidade técnica comprovando a capacidade da prestação de serviço especificada no termo de referência.
- Comprovante de vínculo entre o Dentista que irá realizar o atendimento clínico e a empresa caso não seja um dos sócios, assim como, a comprovação de registro no CRO desse Dentista no estado onde será prestado o serviço.
- Declaração e nota fiscal comprovando que a empresa possui o equipamento de odontologia portátil/móvel. Esse equipamento poderá ser usado para atendimento de pacientes acamados ou em unidades de saúde do município que não possuam um consultório odontológico, garantindo assim, o acesso amplo e facilitado aos munícipes.
- Certificado de regularidade do responsável técnico indicado da empresa expedido pelo Conselho Regional de Odontologia – CRO, sendo este profissional um Cirurgião Dentista, uma vez que existe o atendimento clínico aos pacientes incluídos no serviço Contratado. Obs.: A comprovação de vínculo entre a empresa licitante e o Responsável técnico indicado, deverá ser feita mediante apresentação de cópia do registro em carteira de trabalho ou cópia da ficha de registro de empregados da empresa. Caso o Responsável Técnico seja dirigente ou sócio da empresa licitante, tal comprovação deverá ser feita através da cópia da Ata da Assembleia de sua investidora no cargo ou cópia do contrato social.
- Certificado de regularidade (EPAO) da empresa licitante expedido pelo Conselho Regional de Odontologia do estado sede da licitante;

4. DO CRITÉRIO DE ACEITABILIDADE DA PROPOSTA

- Menor Preço
 Melhor Técnica
 Melhor Técnica e Menor Preço

5. OBRIGAÇÕES ESPECÍFICAS DA CONTRATADA

Caso seja necessário estabelecer obrigações específicas em relação ao objeto contratado, além daqueles previstas na minuta de contrato padrão, descrever aqui:

- **DISPONIBILIZAÇÃO DE PROFISSIONAL TÉCNICO EM PRÓTESE DENTÁRIA (TPD) E PROFISSIONAL CIRURGIÃO DENTISTA** LEGALMENTE HABILITADOS E REGISTRADOS NO CRO, QUE DEVERÃO ACOMPANHAR OS ATENDIMENTOS CLÍNICOS, REALIZAR A CONFECÇÃO DAS PRÓTESES EM LABORATÓRIO E EXECUTAR AJUSTES OU REPAROS SOLICITADOS.
- **RESPONSABILIDADE PELO FORNECIMENTO INTEGRAL DOS MATERIAIS DE CONSUMO E INSTUMENTOS** NECESSÁRIOS À MOLDAGEM, CONFECÇÃO, ACABAMENTO E ENTREGA DAS



PRÓTESES, CONFORME DEMANDA DAS UNIDADES DE SAÚDE.

- **OS PROFISSIONAIS MENCIONADOS ANTERIORMENTE DEVERÃO REALIZAR O ATENDIMENTO DENTRO DAS INSTALAÇÕES DA PREFEITURA MUNICIPAL** EM LOCAL ESTIPULADO PELA SECRETARIA DE SAÚDE MUNICIPAL. TODO O MATERIAL DE CONSUMO, INSTRUMENTO PARA MOLDAGEM E CONFEÇÃO DE PRÓTESES SERÃO DE RESPONSABILIDADE DA CONTRATADA. ENTENDE-SE COMO MATERIAL DE CONSUMO E INSTRUMENTOS TUDO QUE FOR NECESSÁRIO PARA MOLDAR E CONFECCIONAR AS PRÓTESES REMOVÍVEIS (ESPÁTULAS, CERAS, ALGINATO, MOLDEIRAS, GESSO, RESINAS, DENTE DE ESTOQUE, MUFLA, PRENSA E QUALQUER OUTRO MATERIAL NECESSÁRIO PARA O INÍCIO E TÉRMINO DO TRATAMENTO PROTÉTICO).
- **LOGÍSTICA DE COLETA E ENTREGA DAS PRÓTESES**, INCLUINDO O RECOLHIMENTO DOS MOLDES DENTO-GENGIVAIS NAS UNIDADES DE SAÚDE E A DEVOLUÇÃO DAS PRÓTESES ONFECCIONADAS NO PRAZO MÁXIMO DE 15 (QUINZE) DIAS, COM A FREQUÊNCIA NECESSÁRIA AO BOM ANDAMENTO DO TRATAMENTO DOS PACIENTES.
- **A CONTRATADA DEVERÁ POSSUIR EQUIPAMENTO DEVIDAMENTE REGISTRADO NA ANVISA** COM A ESPECIFICAÇÃO DE **CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO PORTÁTIL**, PARA ATENDIMENTO MÓVEL DE ODONTOLOGIA, QUANDO FOR SOLICITADO, COM A FINALIDADE DE SUPRIR A DEMANDA DE PACIENTES ACAMADOS E DE LOCAIS QUE NÃO EXISTAM CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO INSTALADO PELA PREFEITURA MUNICIPAL. A COMPROVAÇÃO DO EQUIPAMENTO DEVE SER FEITA PELA APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO E APRESENTANDO A NOTA FISCAL DO PRODUTO, ASSIM COMO, A COMPROVAÇÃO DO REGISTRO ANVISA DO EQUIPAMENTO.
- **A CONTRATADA DEVERÁ EMITIR UM RELATÓRIO MENSAL** BASEADO NOS CÓDIGOS OFICIAIS DO TABNET/DATASUS FACILITANDO ASSIM, A SUPERVISÃO E MONITORAMENTO DA SMS EM RELAÇÃO AO SERVIÇO PRESTADO.

6. OBRIGAÇÕES ESPECÍFICAS DO CONTRATANTE

Caso seja necessário estabelecer obrigações específicas em relação ao objeto contratado, além daquelas previstas na minuta de contrato padrão, descrever aqui: Não se aplica.

7. ENTREGA/PRESTAÇÃO DO OBJETO

7.1. Forma de entrega/prestação:

- Prestação Única
- Prestações Sucessivas

7.1.1. Em caso de serviços, prestados de forma sucessivas com cumprimento em etapas ou cronograma, informar etapas e prazos de forma individual e seus critérios de medição: Não se aplica.

7.2. Local de entrega/prestação:

- Almoxarifado
- Secretaria Demandante
- Local Específico



7.2.1. Em caso de local específico de entrega/prestação, favor indicá-lo: R. Joaquim Antônio da Silva, 74, Centro, São Bento do Sapucaí/SP

8. PAGAMENTO DO OBJETO

8.1. Condição de Pagamento:

- Parcela Única
 Parcelas Sucessivas

8.1.1. Caso seja em parcelas sucessivas, indicar a periodicidade (mensal, bimestral, cumprimento de etapas etc.): Conforme consumo da secretaria demandante

8.2. Forma de Pagamento:

- Padrão (Transferência Bancária)
 Especial

8.2.1. Caso seja em forma especial, indicá-lo e justificá-lo: Não se aplica.

8.3. Prazo de Pagamento:

- Padrão (15 dias)
 Especial

8.3.1. Caso seja em prazo especial, indicá-lo e justificá-lo: Não se aplica

9. VIGÊNCIA DA CONTRATAÇÃO

9.1. Informar período de vigência: 01 (um) ano

10. INDICAÇÃO DO GESTOR DA CONTRATAÇÃO

Amanda Nascimento

11. INDICAÇÃO, SE NECESSÁRIO, DO RESPONSÁVEL PELA FISCALIZAÇÃO (TÉCNICA E/OU ADMINISTRATIVA)

Não se aplica em RP

São Bento do Sapucaí, 30 de julho de 2025

Amanda Nascimento

Responsável pelo Termo de Referência



**SÃO BENTO
DO SAPUCAÍ**
PREFEITURA MUNICIPAL

PAÇO MUNICIPAL PROFESSOR MIGUEL REALE

Avenida Sebastião de Mello Mendes, 511

Jd. Santa Terezinha - CEP: 12.490-000

www.saobentodosapucaí.sp.gov.br | (12) 3971-6110

secretaria@saobentodosapucaí.sp.gov.br