



**TERMO DE REFERÊNCIA**

**Órgão: Secretaria de Saúde**

**Objeto:** AQUISIÇÃO DE ANESTÉSICO MEPIVACAÍNA PARA DENTISTAS DA SECRETARIA DE SAÚDE.

**1. FUNDAMENTAÇÃO DA AQUISIÇÃO**

**1.1. Necessidade (demanda) a ser atendida:** A aquisição do anestésico servirá para sua utilização pelos servidores da área de odontologia da secretaria de saúde e saneamento. O item é utilizado para procedimentos de curta duração, como restaurações, extrações e endodontia, sendo de vital importância para a realização dessas atividades e indispensável para a continuidade dos serviços prestados pela área de odontologia da secretaria de saúde e saneamento.

**1.2. Beneficiários/usuários/interessados na contratação:** O veículo é utilizado para o transporte de pacientes fora e dentro do município. Nesse sentido, a falta desse veículo acarretará na necessidade de contratação terceirizada, sendo esse muito mais desvantajoso ao município.

**1.3. Resultados esperados da aquisição:** realizar a manutenção do veículo e garantir o transporte dos pacientes, garantindo o direito previsto na constituição.

**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	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE
1	MEPIVACAÍNA 3% - SEM VASOCONSTRITOR CAIXA C/ 50 <b>VALIDADE MÍNIMA DE 1 ANO A PARTIR DA DATA DE ENTREGA</b>	CAIXA	100

**2.2. Estimativa de Valores:**

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE	MEDIA UNITÁRIA
1	MEPIVACAÍNA 3% - SEM	CAIXA	100	204,47



VASOCONSTRITO R  CAIXA C/ 50  <b>VALIDADE MÍNIMA DE 1 ANO A PARTIR DA DATA DE ENTREGA</b>			
<b>2.3. Sujeição às normas técnicas:</b> não se aplica			
<b>2.4. Especificação de garantia/assistência técnica:</b> não se aplica			
<b>2.5. Natureza do Objeto da Contratação/Aquisição:</b> <input type="checkbox"/> Serviço não continuado <input type="checkbox"/> Serviço continuado SEM dedicação exclusiva de mão de obra <input type="checkbox"/> Serviço continuado COM dedicação exclusiva de mão de obra <input checked="" type="checkbox"/> Material de consumo <input type="checkbox"/> Material permanente / equipamento			
<b>2.6. Necessidade de Agrupamento de Itens:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica			
<b>2.5.1. Em caso de necessidade de agrupamento de itens, justificar:</b> Clique ou toque aqui para inserir o texto.			
<b>3. CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DE HABILITAÇÃO</b>			
<b>Caso seja necessário estabelecer condições específicas em relação a habilitação da pessoa física ou jurídica a ser contratada, além daquelas previstas na minuta de edital padrão, descrever aqui:</b> não se aplica			
<b>4. DO CRITÉRIO DE ACEITABILIDADE DA PROPOSTA</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Menor Preço <input type="checkbox"/> Melhor Técnica <input type="checkbox"/> Melhor Técnica e Menor Preço			
<b>5. OBRIGAÇÕES ESPECÍFICAS DA CONTRATADA</b>			
<b>Caso seja necessário estabelecer obrigações específicas em relação ao objeto contratado, além daquelas previstas na minuta de contrato padrão, descrever aqui:</b> não se aplica			
<b>6. OBRIGAÇÕES ESPECÍFICAS DO CONTRATANTE</b>			



**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:** Clique ou toque aqui para inserir o texto.

### 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:** Clique ou toque aqui para inserir o texto.

## 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.):** Clique ou toque aqui para inserir o texto.

### 8.2. Forma de Pagamento:

- Padrão (Transferência Bancária)  
 Especial

**8.2.1. Caso seja em forma especial, indicá-lo e justificá-lo:** Clique ou toque aqui para inserir o texto.

### 8.3. Prazo de Pagamento:

- Padrão (15 dias)  
 Especial

**8.3.1. Caso seja em prazo especial, indicá-lo e justificá-lo:**

## 9. VIGÊNCIA DA CONTRATAÇÃO

**9.1. Informar período de vigência:** 1 dia

São Bento do Sapucaí, 26 de março de 2026

Amanda Nascimento



**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](http://www.saobentodosapucaí.sp.gov.br) | (12) 3971-6110

[secretaria@saobentodosapucaí.sp.gov.br](mailto:secretaria@saobentodosapucaí.sp.gov.br)

**Responsável pelo Termo de Referência**





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: CCBD-0071-6337-5C50

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ AMANDA NASCIMENTO (CPF 430.XXX.XXX-20) em 08/04/2026 11:55:12 GMT-03:00  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://saobentodosapucai.1doc.com.br/verificacao/CCBD-0071-6337-5C50>