



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SILVEIRAS – SP**  
**PAÇO MUNICIPAL “PREFEITO HÉLIO DE ANDRADE FERRAZ”**

Praça Padre Antônio Pereira de Azevedo, nº 52

Centro – Silveiras – CEP: 12690-000

Telefone: (12) 3106-1150 / 3106-1197

CNPJ Nº 45.192.564/0001-01 e-mail : prefeitura@silveiras.sp.gov.br

**TERMO DE REFERÊNCIA**

**1. OBJETO / INTRODUÇÃO**

Este Termo de Referência tem como objetivo estabelecer as condições e requisitos para a prestação de serviços de confecção de próteses dentárias destinados a atender as demandas da Secretaria Municipal de Saúde de Silveiras/SP.

**2. DESCRIÇÃO, QUANTIDADE E CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DO OBJETO**

ITEM	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO	UNIDADE
01	22	CONFECÇÃO DE PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL MAXILARES – CONFECCIONADA EM ACRÍLICO COM DENTES NACIONAIS E COM MATERIAL DE BOA QUALIDADE.	
02	22	CONFECÇÃO DE PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL MANDIBULARES– CONFECCIONADA EM ACRÍLICO COM DENTES NACIONAIS E COM MATERIAL DE BOA QUALIDADE	
03	60	CONFECÇÃO DE PRÓTESE TOTAL REMOVÍVEL MAXILARES – CONFECCIONADA EM ACRÍLICO COM DENTES NACIONAIS E COM MATERIAL DE BOA QUALIDADE.	
04	60	CONFECÇÃO DE PRÓTESE TOTAL REMOVÍVEL MANDIBULARES– CONFECCIONADA EM ACRÍLICO COM DENTES NACIONAIS E COM MATERIAL DE BOA QUALIDADE.	

**2.2.Descrição dos Serviços**

**2.2.1 Escopo dos Serviços**

**Confecção de Próteses Dentárias:** Confecção de próteses totais, parciais e outras próteses dentárias conforme prescrições médicas e especificações dos dentistas da Secretaria Municipal de Saúde.

- **Ajuste e Adaptação:** Ajuste e adaptação das próteses conforme necessário, incluindo ajustes pós-entrega e correção de eventuais problemas identificados.
- **Atendimento e Consultoria:** Oferecimento de consultoria técnica sobre o uso e cuidados com as próteses dentárias.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SILVEIRAS – SP**  
**PAÇO MUNICIPAL “PREFEITO HÉLIO DE ANDRADE FERRAZ”**

Praça Padre Antônio Pereira de Azevedo, nº 52

Centro – Silveiras – CEP: 12690-000

Telefone: (12) 3106-1150 / 3106-1197

CNPJ Nº 45.192.564/0001-01 e-mail : prefeitura@silveiras.sp.gov.br

- **Entrega:** Entrega das próteses dentárias concluídas aos pacientes e/ou à Secretaria Municipal de Saúde.

#### 2.2.2 Requisitos Técnicos

- **Materiais:** Utilização de materiais de alta qualidade e conformidade com as normas técnicas vigentes.
- **Equipamentos:** Utilização de equipamentos e tecnologias adequados para garantir a precisão e qualidade das próteses dentárias.
- **Prazos:** Cumprimento dos prazos estabelecidos para a confecção e entrega das próteses, conforme a demanda e necessidade da Secretaria Municipal de Saúde.

#### 2.2.3 Requisitos do Prestador de Serviços

- **Qualificação:** Profissional ou empresa com experiência comprovada na confecção de próteses dentárias e qualificação técnica adequada.
- **Certificações:** Possuir as certificações necessárias e atender às normas de regulamentação e controle de qualidade estabelecidas pelos órgãos competentes.
- **Infraestrutura:** Dispor de infraestrutura adequada e moderna para a realização dos serviços.

#### 2.2.4. Condições de Execução

- **Local de Prestação dos Serviços:** Os serviços poderão ser realizados em laboratório próprio do prestador ou em local autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde.
- **Controle de Qualidade:** O prestador de serviços deverá seguir procedimentos de controle de qualidade e garantir a satisfação do paciente com os produtos fornecidos.
- **Atendimento ao Paciente:** O prestador deverá garantir um atendimento eficiente e respeitoso aos pacientes, atendendo às necessidades específicas de cada um.

2.3. A presente contratação seguirá o disposto na Lei nº 14.133/21, Art. 75 inciso II.

### 3. DA FUNDAMENTAÇÃO E JUSTIFICATIVA DA AQUISIÇÃO / SERVIÇO:

**3.1.** É dever do Estado contribuir para manutenção da saúde dos cidadãos, inclusive prestando assistência odontológica aos necessitados. O direito à vida é o mais fundamental dos direitos, sendo a assistência à saúde a via principal para assegurá-lo.

**3.2.** A contratação em tela atenderá o programa de Política Nacional de Saúde Bucal – PNSB, criado pelo Ministério da Saúde, cujo objetivo é constituir em uma série de medidas que visam a garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população.

**3.3.** Sendo assim a contratação do serviço atenderá usuários carentes e em situação vulnerável, considerando que a ausência de dentes produz severas alterações do sistema mastigatório, bem



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SILVEIRAS – SP**  
**PAÇO MUNICIPAL “PREFEITO HÉLIO DE ANDRADE FERRAZ”**

Praça Padre Antônio Pereira de Azevedo, nº 52

Centro – Silveiras – CEP: 12690-000

Telefone: (12) 3106-1150 / 3106-1197

CNPJ Nº 45.192.564/0001-01 e-mail : prefeitura@silveiras.sp.gov.br

como, o aspecto psicossocial garantindo aos pacientes edêntulos totais ou parciais tratamento adequado.

**3.4.** A reabilitação protética devolve a função mastigatória e estética que os dentes proporcionam, possibilitando o aumento da autoestima e restabelecimento da correta e necessária mastigação, melhorando a qualidade de vida do paciente. Além de que amplia o acesso da população às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, de tal modo contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde bucal no município, conseqüentemente, contribuindo para a melhoria desses indicadores em nível nacional.

#### **4. PRAZOS DE EXECUÇÃO DO SERVIÇO**

**4.1. Início dos Serviços:** O prazo para iniciar os serviços será de até 5 dias a contar do recebimento da Autorização de Serviço (AS).

**4.2. Local de Realização dos Serviços:** Os serviços poderão ser realizados em laboratório próprio do prestador ou em local autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde.

**4.3. Agendamento do Atendimento:** O atendimento deve ser agendado até 5 dias após o comunicado da necessidade pela Secretaria Municipal de Saúde.

#### **5. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

**5.1.** O pagamento será efetuado até o 30º (trigésimo) dia após a execução do serviço, com nota fiscal devidamente atestada pelo servidor responsável;

**5.2.** A Nota Fiscal deverá constar à discriminação do serviço, valores tais quais pactuados na proposta, o número da Solicitação de Compra e outros dados que julgar convenientes, não apresente rasura e/ou entrelinhas.

**5.3.** Os recursos para o custeio da aquisição serão consignados no orçamento da Secretaria Municipal de Saúde, conforme parecer contábil (em anexo).

**5.4.** O pagamento será feito através de crédito em conta corrente a ser fornecida pela CONTRATADA.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SILVEIRAS – SP**  
**PAÇO MUNICIPAL “PREFEITO HÉLIO DE ANDRADE FERRAZ”**

Praça Padre Antônio Pereira de Azevedo, nº 52

Centro – Silveiras – CEP: 12690-000

Telefone: (12) 3106-1150 / 3106-1197

CNPJ Nº 45.192.564/0001-01 e-mail : prefeitura@silveiras.sp.gov.br

**5.5.** O pagamento de serviço, fica condicionado à apresentação da Relação dos Empregados, com as respectivas guias de recolhimento do FGTS e INSS.

**5.6.** A Prefeitura do Município de Silveiras, no ato do pagamento efetuará o desconto referente a tributos porventura devidos, inclusive ao INSS.

**5.7.** A Nota Fiscal deverá ser entregue ao Setor de Requisitante do Pedido para conferência, juntamente com o referido relatório da execução dos serviços realizados quando coube.

## **6. GARANTIA**

### **6. Garantia**

**6.1. Período de Garantia:** O prestador de serviços deverá oferecer uma garantia mínima de 6 (seis) meses para as próteses dentárias confeccionadas, a contar da data de entrega ao paciente.

**6.2. Cobertura da Garantia:** A garantia deverá cobrir quaisquer defeitos de fabricação, ajustes necessários e reparos das próteses durante o período estipulado, sem custos adicionais para a Secretaria Municipal de Saúde ou para os pacientes.

**6.3. Atendimento durante a Garantia:** O prestador de serviços deverá atender prontamente a quaisquer reclamações ou solicitações de manutenção das próteses dentro do prazo de garantia, com tempo de resposta máximo de 5 dias úteis após o comunicado da Secretaria Municipal de Saúde.

**6.4. Exclusões da Garantia:** A garantia não cobrirá danos causados por uso inadequado, falta de manutenção conforme orientações fornecidas, ou alterações realizadas por terceiros sem autorização do prestador de serviços.

**6.5. Procedimento de Reivindicação:** O prestador deverá estabelecer um procedimento claro e acessível para que a Secretaria Municipal de Saúde e os pacientes possam reivindicar a garantia, incluindo canais de comunicação e prazos de resposta.

## **7.7. FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR**

### **7.1. CRITÉRIO DE JULGAMENTO.**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SILVEIRAS – SP**  
**PAÇO MUNICIPAL “PREFEITO HÉLIO DE ANDRADE FERRAZ”**

Praça Padre Antônio Pereira de Azevedo, nº 52

Centro – Silveiras – CEP: 12690-000

Telefone: (12) 3106-1150 / 3106-1197

CNPJ Nº 45.192.564/0001-01 e-mail : prefeitura@silveiras.sp.gov.br

**7.1.1.** Será divulgado aviso de contratação no sítio eletrônico oficial da Prefeitura, pelo prazo de 3 (três) dias úteis com a especificação do objeto pretendido e com a manifestação de interesse da Administração em obter propostas adicionais de eventuais interessados, devendo ser selecionada a proposta mais vantajosa. Permanecendo a inexistência de propostas, em casos em que não houver nenhuma proposta válida poderá o agente de contratação acatar (quando tiver) as cotação (válidas) utilizada na estimativa de preço.

**7.1.2.** Solicitar aos fornecedores interessados a apresentação de propostas de preços, de acordo com as especificações deste Termo de Referência;

**7.1.3.** O Prazo de entrega das propostas serão de 3 (três) dias a contar da data da publicação do aviso de dispensa.

**7.1.4.** As proposta deve ter o prazo de validade de no mínimo 60 dias.

**7.2.** A Cotação utilizada na estimativa de preço deverá, preferencialmente, ser formalizado através de encaminhamento de e-mail, podendo, justificadamente, ser realizado de forma pessoal pelo agente público responsável.

## **7.2. HABILITAÇÃO**

**7.2.1.** Os documentos de habilitação exigidos da contratada são os seguintes:

**7.2.2.** Deverá ser contratada empresa que possui como objeto social e/ou CNAE serviços relativos ao aqui delineado.

**7.2.3.** Certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), que comprove a regularidade fiscal referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados;

**7.2.4.** Certidão emitida pela Fazenda Estadual da sede ou domicílio do interessado que comprove a regularidade de débitos tributários referentes ao Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual, Intermunicipal e de Comunicação – ICMS;



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SILVEIRAS – SP**  
**PAÇO MUNICIPAL “PREFEITO HÉLIO DE ANDRADE FERRAZ”**

Praça Padre Antônio Pereira de Azevedo, nº 52

Centro – Silveiras – CEP: 12690-000

Telefone: (12) 3106-1150 / 3106-1197

CNPJ Nº 45.192.564/0001-01 e-mail : prefeitura@silveiras.sp.gov.br

**7.2.5.** Certidão emitida pela Fazenda Municipal da sede ou domicílio do interessado que comprove a regularidade de débitos tributários.

**7.2.6.** Prova de regularidade relativa à Seguridade Social e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei;

**7.2.7.** Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT);

**7.2.8.** Declaração de que não emprega menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 anos, salvo menor, a partir de 14 anos, na condição de aprendiz, nos termos do artigo 7º, XXXIII, da Constituição;

## **8. RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA**

**8.1. Qualidade dos Serviços:** A contratada deverá garantir a alta qualidade dos serviços prestados, utilizando materiais e técnicas que atendam às normas e regulamentações vigentes.

**8.2. Prazo de Execução:** Cumprir rigorosamente os prazos estabelecidos para início e conclusão dos serviços conforme definido neste Termo de Referência.

**8.3. Equipe Técnica:** Disponibilizar uma equipe técnica qualificada, composta por profissionais habilitados e com experiência comprovada na confecção de próteses dentárias.

**8.4. Infraestrutura e Equipamentos:** Manter infraestrutura adequada e equipamentos modernos para a realização dos serviços, garantindo precisão e qualidade na confecção das próteses dentárias.

**8.5. Atendimento ao Paciente:** Proporcionar um atendimento eficiente e respeitoso aos pacientes, atendendo às necessidades específicas de cada um e garantindo conforto e satisfação com os serviços prestados.

**8.6. Manutenção e Ajustes:** Realizar ajustes e manutenção das próteses conforme necessário, dentro do período de garantia, sem custos adicionais para a Secretaria Municipal de Saúde ou para os pacientes.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SILVEIRAS – SP**  
**PAÇO MUNICIPAL “PREFEITO HÉLIO DE ANDRADE FERRAZ”**

Praça Padre Antônio Pereira de Azevedo, nº 52

Centro – Silveiras – CEP: 12690-000

Telefone: (12) 3106-1150 / 3106-1197

CNPJ Nº 45.192.564/0001-01 e-mail : prefeitura@silveiras.sp.gov.br

**8.7. Relatórios e Documentação:** Fornecer relatórios periódicos sobre os serviços realizados e manter toda a documentação referente ao contrato em ordem, disponível para consulta pela Secretaria Municipal de Saúde quando necessário.

**8.8. Confidencialidade:** Manter a confidencialidade de todas as informações e dados dos pacientes atendidos, em conformidade com as leis e regulamentos de proteção de dados vigentes.

**8.9. Cumprimento Legal:** Cumprir todas as leis, normas e regulamentações aplicáveis à prestação dos serviços, incluindo as relativas à saúde e segurança no trabalho, bem como às práticas de trabalho ético e justo.

**8.10. Comunicação:** Manter comunicação constante e clara com a Secretaria Municipal de Saúde, informando sobre o andamento dos serviços, eventuais problemas e soluções adotadas.

## 9. RESPONSABILIDADES DA CONTRATANTE

**9.1. Autorização de Serviço (AS):** Emitir a Autorização de Serviço (AS) de forma clara e dentro do prazo estabelecido, para que a contratada possa iniciar os serviços conforme previsto.

**9.2. Fornecimento de Informações:** Prover todas as informações e especificações necessárias para a correta confecção das próteses dentárias, incluindo prescrições médicas e dados dos pacientes.

**9.3. Acompanhamento e Fiscalização:** Acompanhar e fiscalizar a execução dos serviços, garantindo que sejam realizados conforme os termos do contrato e padrões de qualidade exigidos.

**9.4. Pagamento:** Realizar os pagamentos devidos à contratada de acordo com os valores e condições estabelecidos no contrato, respeitando os prazos acordados.

**9.5. Acesso aos Pacientes:** Facilitar o acesso da contratada aos pacientes para realização de medições, ajustes e entrega das próteses, agendando as consultas necessárias.

**9.6. Ambiente Adequado:** Fornecer um ambiente adequado para a realização dos serviços, caso estes sejam realizados em local autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde.

**9.7. Comunicação de Problemas:** Informar prontamente à contratada sobre quaisquer problemas ou necessidades de ajuste identificados nos serviços prestados, permitindo a adoção de medidas corretivas.





**PREFEITURA MUNICIPAL DE SILVEIRAS – SP**  
**PAÇO MUNICIPAL “PREFEITO HÉLIO DE ANDRADE FERRAZ”**

Praça Padre Antônio Pereira de Azevedo, nº 52

Centro – Silveiras – CEP: 12690-000

Telefone: (12) 3106-1150 / 3106-1197

CNPJ Nº 45.192.564/0001-01 e-mail : prefeitura@silveiras.sp.gov.br

**9.8. Confidencialidade:** Assegurar a confidencialidade das informações e dados fornecidos pela contratada, utilizando-os exclusivamente para os fins previstos no contrato e conforme as leis de proteção de dados vigentes.

**9.9. Suporte Administrativo:** Proporcionar o suporte administrativo necessário para a boa execução dos serviços, incluindo a facilitação de processos burocráticos e autorização de acesso aos locais de trabalho, quando necessário.

**9.10. Garantia dos Direitos dos Pacientes:** Assegurar que os pacientes sejam informados sobre os serviços prestados e seus direitos, promovendo um ambiente de transparência e respeito aos direitos dos usuários do sistema de saúde.

## **10. ESTIMATIVA DA CONTRATAÇÃO / DOTAÇÃO**

**10.1.** O valor desta contratação é de R\$41.200 (Quarenta e um mil e duzentos reais), conforme mapa comparativo de preços em anexo.

Dotação Orçamentaria:

02.01.01 – Fundo Municipal de Saúde

10.301.0001.2001 – Manutenção da Atenção Básica.

3.3.90.39.00 - Outros Serviços de Terceiros PJ

10 - Ficha

800.0001- Incentivo Financeiro para Atenção à Saúde Bucal.

## **11. MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO**

**11.1.** A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada pelo gestor e fiscal do contrato, observado o disposto no art. 117 da Lei Federal nº 14.133, de 2021.

**11.2.** Compete ao gestor do contrato o exercício das atribuições descritas no art. 7º do Decreto municipal nº 24 de 2024.

**11.3.** Além do disposto acima, a fiscalização contratual fará a conferência da entrega dos itens em relação ao quantitativo e qualidade dos bens ofertados.

**11.4.** Ficam designados para desempenhar as funções de gestor e fiscal do contrato os seguintes servidores:

**GESTOR: Robinson Costa Moreira – Secretaria Municipal da Saúde**

**FISCAL: Isabelle Maria Fernandes Moreira de Lima**





**PREFEITURA MUNICIPAL DE SILVEIRAS – SP**  
**PAÇO MUNICIPAL “PREFEITO HÉLIO DE ANDRADE FERRAZ”**

Praça Padre Antônio Pereira de Azevedo, nº 52

Centro – Silveiras – CEP: 12690-000

Telefone: (12) 3106-1150 / 3106-1197

CNPJ Nº 45.192.564/0001-01 e-mail : prefeitura@silveiras.sp.gov.br

**12. PENALIDADES EM CASO DE DESCUMPRIMENTO DAS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NESTE TERMO DE REFERÊNCIA.**

**11.1.** Em casos de não conformidades específicas, a instituição pode bloquear o pagamento ao fornecedor até que as questões sejam resolvidas.

**11.2.** Advertências formais por escrito podem ser emitidas ao fornecedor em casos de não cumprimento de prazos ou especificações. Essas advertências podem ser usadas como evidência em casos futuros de não conformidade.

**11.3.** Se o descumprimento das condições resultar em danos financeiros para a instituição, é possível buscar a cobrança desses danos junto ao fornecedor como forma de compensação.

Silveiras, 15 de julho de 2024.

**ROBINSON COSTA MOREIRA**

Secretário Municipal de Saúde



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SILVEIRAS – SP**  
**PAÇO MUNICIPAL “PREFEITO HÉLIO DE ANDRADE FERRAZ”**

Praça Padre Antônio Pereira de Azevedo, nº 52  
Centro – Silveiras – CEP: 12690-000  
Telefone: (12) 3106-1150 / 3106-1197  
CNPJ Nº 45.192.564/0001-01 e-mail : prefeitura@silveiras.sp.gov.br

**ANEXO I – MODELO DE DECLARAÇÃO;**

**DECLARAÇÃO**

**RAZÃO SOCIAL:**  
**CNPJ:**

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº XX/2024  
DISPENSA ELETRÔNICA DE VALOR Nº XX//2024

A Empresa \_\_\_\_\_, com inscrição  
no CNPJ n.º \_\_\_\_\_, sediada na

\_\_\_\_\_

vem declarar sob as penas da Lei:

Que inexistem fatos impeditivos para sua habilitação na dispensa, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores;

Que cumpre os requisitos estabelecidos no artigo 3º da Lei Complementar nº 123, de 2006, estando apto a usufruir do tratamento favorecido estabelecido em seus arts. 42 a 49.

Que está ciente e concorda com as condições contidas no Aviso de Contratação Direta e seus anexos;

Que assume a responsabilidade dos preços ofertados, assumindo como firmes e verdadeiros;  
Que cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, de que trata o art. 93 da Lei nº 8.213/91 (se for o caso).

Que não emprega menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 anos, salvo menor, a partir de 14 anos, na condição de aprendiz, nos termos do artigo 7º, XXXIII, da Constituição;

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024

**Nome e Assinatura do representante legal da empresa**  
**(Carimbo da empresa)**