

## Proc. Administrativo 797/2023

---

**De:** Maria R. - SEADM-DESUP

**Para:** SEADM-DESUP - Departamento de Suprimentos

**Data:** 22/09/2023 às 15:34:07

**Setores (CC):**

SMS, SEADM-DESUP, SMS-DGS, SMS-DAS-DAS-CEODON, SMS-DGS-AQUI

**Setores envolvidos:**

GAB, SMS, SEADM-DESUP, SMS-DGS, SMS-DAS-DAS-CEODON, SMS-DGS-AQUI

### **Contratação de empresa para prestação de serviços de confecção de Próteses Dentárias (Próteses Totais, Próteses Parciais Removíveis) com fornecimento de mão de obra especializado, para uso em pacientes do Município de Cajati – SP**

Abertura de processo licitatório para Contratação de empresa para prestação de serviços de confecção de Próteses Dentárias (Próteses Totais, Próteses Parciais Removíveis) com fornecimento de mão de obra especializado, para uso em pacientes do Município de Cajati – SP.

Segue termo de referência para assinatura digital.

—  
**Maria Izabel da Costa Rodrigues**  
*Agente Administrativo*

**Anexos:**

TR\_Proteses\_2\_.pdf

## TERMO DE REFERÊNCIA

### 1- OBJETO

- 1.1 Contratação de empresa para prestação de serviços de confecção de Próteses Dentárias (Próteses Totais, Próteses Parciais Removíveis) com fornecimento de mão de obra especializado, para uso em pacientes do Município de Cajati – SP, conforme condições, quantidades e exigências estabelecidas neste Termo de Referência.

### 2- DOS SERVIÇOS

As quantidades abaixo se referem à previsão estimada de fornecimento, sendo:

| SERVIÇO DE CONFEÇÃO DE PRÓTESE TOTAL (PT) |     |       |   |
|---|-----|-------|---|
| ITEM                                      | QTD | UND   | DESCRIÇÃO TÉCNICA   |
| 1   | 240 | Peças | <p>Serviço de confecção de Prótese Total, contendo fases Clínica e Laboratorial:</p> <p><b>1.</b> Serviço de Moldagem Anatômica - Visando a obtenção do modelo anatômico: <b>a.</b> Seleção adequada da moldeira de estoque para desdentados totais; <b>b.</b> Individualização periférica da moldeira de estoque com cera utilidade; <b>c.</b> Moldagem com material à base de hidrocoloide irreversível (alginato)/silicone de condensação; <b>d.</b> Desinfecção dos moldes; <b>e.</b> Vazar os moldes com gesso pedra.</p> <p><b>2.</b> Serviço de Moldagem Funcional com a confecção de MOLDEIRA INDIVIDUAL, para moldagem com pasta de impressão zinco-enólica/silicone de condensação leve: <b>a.</b> Confecção de Moldeira Individual - confeccionada em resina acrílica auto-polimerizável incolor, com aba de apoio e espessura de 2,0 mm, superfícies interna e externa isentas de irregularidades e/ou cera, sem perfurações, extensão suficiente para cobertura de toda a área chapeável, com devidos alívios em cera das áreas retentivas, bordas com acabamento arredondado, isentas de porções cortantes e irregulares; <b>b.</b> selamento periférico da moldeira individual; <b>c.</b> Moldagem com pasta de impressão zinco-enólica/ silicone de condensação leve; <b>d.</b> Desinfecção dos moldes; <b>e.</b> Vazar os moldes com gesso pedra.</p> <p><b>3.</b> Serviço de Registro das Relações Maxilomandibulares com a confecção de PLANO DE ORIENTAÇÃO INDIVIDUAL para montagem de dentes em Prótese Total: <b>a.</b> Confecção dos planos de orientação - confeccionados em resina acrílica auto-polimerizável incolor, espessura de 2,0 mm, superfícies interna isenta de irregularidades e/ou cera, extensão suficiente para cobertura de toda a área chapeável, bordas com acabamento arredondado, isentas de porções cortantes e irregulares, rolete em cera rosa tipo “utilidade” com volume e formato adequado das arcadas dentárias; <b>b.</b> Ajuste do plano de orientação superior; <b>c.</b> Determinação da Dimensão Vertical de Repouso</p> |

LOTE 001

|  |     |       | <p>(DVR) e de Oclusão (DVO); <b>d.</b> Ajuste do plano de orientação inferior; <b>e.</b> Conferência da DVO com os testes estéticos e fonéticos; <b>e.</b> Registro da DVO em RC; <b>f.</b> Desinfecção dos planos; <b>g.</b> Seleção da cor dos dentes (consultar opinião do paciente); <b>h.</b> Montagem em Articulador Semiajustável (ASA).</p> <p><b>4.</b> Serviço de Prova dos Dentes Montados em Cera: <b>a.</b> MONTAGEM DE DENTES - Dentes em resina acrílica cross-linked de alta densidade com estabilidade de cor, resistência à solubilidade e alta dureza superficial, de acordo com requisitos da ISO 336 e ADA, com tripla camada de prensagem comprovada em manual técnico e nota fiscal; cor e modelo a ser indicada pelo profissional, escultura apropriada das gengivas e papilas em cera rosa tipo “nº 7”, confecção de retenções mecânicas nos dentes (perfurações na base); <b>b.</b> Prova dos dentes artificiais montados em cera; <b>c.</b> Avaliação pelo profissional: coincidência da linha média nos dentes superiores e linha média facial, linha do sorriso, suporte do lábio, posição dos caninos, na linha comissural, altura das bordas incisais de acordo com a idade do paciente, plano de Camper (com a régua de Fox), corredor bucal sem invasão da zona neutra, cor dos dentes, Relação Cêntrica e dimensão vertical; <b>d.</b> Avaliação pelo paciente e autorização para acrilização das PTs; <b>e.</b> Seleção da cor da gengiva artificial; <b>f.</b> Desinfecção dos planos com os dentes montados.</p> <p><b>5.</b> Serviço de ACRILIZAÇÃO DE PRÓTESE TOTAL e instalação: contendo: <b>a.</b> Acrilização: Palato incolor, gengivas e papilas em resina acrílica termo- polimerizável cor rosa claro com veios; Polimento e lisura adequados, sem inclusão de bolhas ou outros materiais; Espessura de 2,0 mm em toda sua extensão; Técnica de inclusão em mufla (muralha de contenção externa) com silicona de condensação específica de uso laboratorial; <b>b.</b> Instalação: Avaliar presença de irregularidades na base da prótese (arestas cortantes, porosidades etc.); Desinfetar; Instalar a prótese e avaliar seu correto relacionamento com os tecidos moles; Checar a Dimensão Vertical e Relação Cêntrica; Realizar ajuste oclusal; Mostrar ao paciente para que ele avalie as novas próteses.</p> |
|--|-----|-------|---|
| SERVIÇO DE CONFEÇÃO DE PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (PPR) |     |       |   |
| ITEM   | QTD | UND   | DESCRIÇÃO TÉCNICA   |
| 2  | 60  | Peças | <p>Serviço de confecção de Prótese Parcial Removível - PPR, contendo fases Clínica e Laboratorial:</p> <p><b>1.</b> Serviço de Moldagem de Estudo – Visando à obtenção do modelo anatômico: <b>a.</b> Seleção adequada da moldeira perfurada pré-fabricada ou moldeira para dentados em aço inox; <b>b.</b> Individualização periférica da moldeira com cera utilidade/periférica; <b>c.</b> Moldagem com material à base de hidrocoloide irreversível (alginato); <b>d.</b> Desinfecção dos moldes; <b>e.</b> Vazamento dos moldes com gesso pedra; <b>f.</b> Delineamento do modelo de estudo; <b>g.</b> Planejamento da Estrutura Metálica; <b>h.</b> Desenho da</p>   |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  | <p>estrutura metálica no modelo de estudo para a confecção da Estrutura Metálica.</p> <p><b>2.</b> Serviço de Confecção de ESTRUTURA METÁLICA: <b>a.</b> Confeccionada em liga metálica de Cobalto-Cromo 100% “virgem”, com 63% a 64% de CO, 27% a 28% de CR e 5% a 5,5% de MOLIBDÊNIO; <b>b.</b> Desenho de grampos e conectores de acordo com o planejamento e desenho da estrutura metálica no modelo de estudo; <b>c.</b> Polimento e lisura adequados, sem linhas de fratura, pontos de oxidação e inclusão de bolhas de ar ou outros materiais.</p> <p><b>3.</b> Serviço de Prova da Estrutura Metálica, Confecção de Moldeira Individual sobre a grade da estrutura metálica, Moldagem Funcional e vazamento do molde com gesso pedra.</p> <p><b>4.</b> Registro das Relações Maxilomandibulares com a confecção de PLANO DE ORIENTAÇÃO para montagem de dentes da Prótese Parcial Removível: <b>a.</b> Confecção dos planos de orientação sobre a estrutura metálica na extremidade livre, em rolete em cera rosa tipo “utilidade” com volume e formato adequado das arcadas dentárias; <b>b.</b> Ajuste do plano oclusal; <b>c.</b> Registro da Relação Cêntrica; <b>d.</b> Desinfecção dos planos; <b>e.</b> Seleção da cor dos dentes (consultar opinião do paciente); <b>h.</b> Montagem em Articulador Semiajustável (ASA).</p> <p><b>5.</b> Serviço de Prova dos Dentes Montados em Cera: <b>a.</b> MONTAGEM DE DENTES - Dentes em resina acrílica cross-linked de alta densidade com estabilidade de cor, resistência à solubilidade e alta dureza superficial, de acordo com requisitos da ISO 336 e ADA, com tripla camada de prensagem comprovada em manual técnico e nota fiscal; cor e modelo a ser indicada pelo profissional, escultura apropriada das gengivas e papilas em cera rosa tipo “n° 7”, confecção de retenções mecânicas nos dentes (perfurações na base); <b>b.</b> Prova dos dentes artificiais montados em cera; <b>c.</b> Avaliação pelo profissional: coincidência da linha média nos dentes superiores e linha média facial, linha do sorriso, suporte do lábio, posição dos caninos, na linha comissural, altura das bordas incisais de acordo com a idade do paciente, plano de Camper (com a régua de Fox), corredor bucal sem invasão da zona neutra, cor dos dentes, Relação Cêntrica e dimensão vertical; <b>d.</b> Avaliação pelo paciente e autorização para acrilização da PPR; <b>e.</b> Seleção da cor da gengiva artificial; <b>f.</b> Desinfecção dos planos com os dentes montados.</p> <p><b>6.</b> Serviço de ACRILIZAÇÃO DA PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL e instalação: contendo: <b>a.</b> Acrilização: Gengivas e papilas em resina acrílica termopolimerizável cor rosa claro com veios; Polimento e lisura adequados, sem inclusão de bolhas ou outros materiais; Técnica de inclusão em mufla (muralha de contenção externa) com silicona de condensação específica de uso laboratorial; <b>b.</b> Instalação: Avaliar a presença de irregularidades na base e estrutura metálica da prótese (arestas cortantes, porosidades etc.); Desinfetar; Instalar a prótese e avaliar seu encaixe e adaptação da peça, seu correto</p> |
|--|--|--|---|

|                                 |             |            |            |  |
|---------------------------------|-------------|------------|------------|--|
|                                 |             |            |            | relacionamento com os tecidos moles; Realizar ajuste oclusal; Mostrar ao paciente para que ele avalie a prótese.   |
| <b>SERVIÇO DE REEMBASAMENTO</b> |             |            |            |  |
|                                 | <b>ITEM</b> | <b>QTD</b> | <b>UND</b> | <b>DESCRIÇÃO TÉCNICA</b>   |
|                                 | 3           | 24         | Serviços   | <b>1. Serviço de REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL: a.</b> Alívio (desgaste) prévio da peça protética; <b>b.</b> em resina acrílica termopolimerizável, após moldagem com pasta zinco-enólica/silicone de condensação leve. |

### 3- ALOCAÇÃO DE MÃO DE OBRA

3.1 A empresa deverá realizar e se responsabilizar por todas as fases da confecção das próteses totais, parciais e reembasamentos, isto é, fase clínica e laboratorial.

3.2 A fase clínica deverá ser realizada por um(a) Cirurgião(ã) Dentista, obrigatoriamente com registro no CROSP, contratado pelo Laboratório e de sua total responsabilidade, no espaço físico de Saúde Bucal do Município, o qual se responsabilizará pelas seguintes fases:

- 3.2.1 Moldagem anatômica do paciente;
- 3.2.2 Confecção de estrutura metálica da PPR
- 3.2.3 Moldagem funcional do paciente;
- 3.2.4 Prova da placa base com plano de cera;
- 3.2.5 Prova de dentes em placa base;
- 3.2.6 Entrega e adaptação das próteses;
- 3.2.7 Ajuste das próteses.

3.3 A fase laboratorial deverá ser realizada por um técnico em Prótese Bucal, com registro no CROSP obrigatoriamente, que realizará todas as fases laboratoriais e auxiliará no espaço físico de saúde Bucal do Município o processo de vazamento dos modelos, possíveis correções na montagem dos dentes, polimento das peças após desgaste e etc.

3.4 Materiais de consumo: A empresa deverá fornecer todos os materiais necessários tanto para a fase clínica como laboratorial, devendo ser todos de boa qualidade, com registro na ANVISA e estar dentro da data de validade, incluindo-se a estes as moldeiras.

### 4- SERVIÇO DE CONFECÇÃO DE PRÓTESE TOTAL (PT)

4.1. Serviço de Moldagem Anatômica - Visando a obtenção do modelo anatômico: a. Seleção adequada da moldeira de estoque para desdentados totais; b. Individualização periférica da moldeira de estoque com cera utilidade; c. Moldagem com material à base de hidrocoloide irreversível (alginato)/silicone de condensação; d. Desinfecção dos moldes; e. Vazar os moldes com gesso pedra.

4.2. Serviço de Moldagem Funcional com a confecção de MOLDEIRA INDIVIDUAL, para moldagem com pasta de impressão zinco-enólica/ silicone de condensação leve: a. Confecção de Moldeira Individual - confeccionada em resina acrílica auto-polimerizável incolor, com aba de apoio e espessura de 2,0 mm, superfícies interna e externa isentas de irregularidades e/ou cera, sem perfurações, extensão suficiente para cobertura de toda a áreacheapéavel, com devidos alívios em cera das áreas retentivas, bordas com acabamento arredondado, isentas de porções cortantes e irregulares; b. selamento periférico da moldeira individual; c. Moldagem com pasta de impressão zinco-enólica/ silicone de condensação leve; d. Desinfecção dos moldes; e. Vazar os moldes com gesso pedra.

4.3. Serviço de Registro das Relações Maxilomandibulares com a confecção de PLANO DE ORIENTAÇÃO INDIVIDUAL para montagem de dentes em Prótese Total: a. Confecção dos planos de orientação - confeccionados em resina acrílica auto-polimerizável incolor, espessura de 2,0 mm, superfícies interna isenta de irregularidades e/ou cera, extensão suficiente para cobertura de toda a área chapeável, bordas com acabamento arredondado, isentas de porções cortantes e irregulares, rolete em cera rosa tipo “utilidade” com volume e formato adequado das arcadas dentárias; b. Ajuste do plano de orientação superior; c. Determinação da Dimensão Vertical de Repouso (DVR) e de Oclusão (DVO);

d. Ajuste do plano de orientação inferior; e. Conferência da DVO com os testes estéticos e fonéticos; e. Registro da DVO em RC; f. Desinfecção dos planos; g. Seleção da cor dos dentes (consultar opinião do paciente); h. Montagem em Articulador Semiajustável (ASA).

4.4. Serviço de Prova dos Dentes Montados em Cera: a. MONTAGEM DE DENTES - Dentes em resina acrílica cross-linked de alta densidade com estabilidade de cor, resistência à solubilidade e alta dureza superficial, de acordo com requisitos da ISO 336 e ADA, com tripla camada de prensagem comprovada em manual técnico e nota fiscal; cor e modelo a ser indicada pelo profissional, escultura apropriada das gengivas e papilas em cera rosa tipo “nº 7”, confecção de retenções mecânicas nos dentes (perfurações na base); b. Prova dos dentes artificiais montados em cera; c. Avaliação pelo profissional: coincidência da linha média nos dentes superiores e linha média facial, linha do sorriso, suporte do lábio, posição dos caninos, na linha comissural, altura das bordas incisais de acordo com a idade do paciente, plano de Camper (com a régua de Fox), corredor bucal sem invasão da zona neutra, cor dos dentes, Relação Cêntrica e dimensão vertical; d. Avaliação pelo paciente e autorização para acrilização das PTs; e. Seleção da cor da gengiva artificial; f. Desinfecção dos planos com os dentes montados.

4.5. Serviço de ACRILIZAÇÃO DE PRÓTESE TOTAL e instalação: contendo: a. Acrilização: Palato incolor, gengivas e papilas em resina acrílica termo- polimerizável cor rosa claro com veios; Polimento e lisura adequados, sem inclusão de bolhas ou outros materiais; Espessura de 2,0 mm em toda sua extensão; Técnica de inclusão em mufla (muralha de contenção externa) com silicona de condensação específica de uso laboratorial; b. Instalação: Avaliar presença de irregularidades na base da prótese (arestas cortantes, porosidades etc.); Desinfetar; Instalar a prótese e avaliar seu correto relacionamento com os tecidos moles; Checar a Dimensão Vertical e Relação Cêntrica; Realizar ajuste oclusal; Mostrar ao paciente para que ele avalie as novas próteses.

## **5- SERVIÇO DE CONFECÇÃO DE PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (PPR)**

5.1. Serviço de Moldagem de Estudo – Visando à obtenção do modelo anatômico: a. Seleção adequada da moldeira perfurada pré-fabricada ou moldeira para dentados em aço inox; b. Individualização periférica da moldeira com cera utilidade/periférica; c. Moldagem com material à base de hidrocoloide irreversível (alginato); d. Desinfecção dos moldes; e. Vazamento dos moldes com gesso pedra; f. Delineamento do modelo de estudo; g. Planejamento da Estrutura Metálica; h. Desenho da estrutura metálica no modelo de estudo para a confecção da Estrutura Metálica.

5.2. Serviço de Confecção de ESTRUTURA METÁLICA: a. Confeccionada em liga metálica de Cobalto-Cromo 100% “virgem”, com 63% a 64% de CO, 27% a 28% de CR e 5% a 5,5% de MOLIBDÊNIO; b. Desenho de grampos e conectores de acordo com o planejamento e desenho da estrutura metálica no modelo de estudo; c. Polimento e lisura adequados, sem linhas de fratura, pontos de oxidação e inclusão de bolhas de ar ou outros materiais.

5.3. Serviço de Prova da Estrutura Metálica, Confecção de Moldeira Individual sobre a grade da

estrutura metálica, Moldagem Funcional e vazamento do molde com gesso pedra.

5.4. Registro das Relações Maxilomandibulares com a confecção de PLANO DE ORIENTAÇÃO para montagem de dentes da Prótese Parcial Removível: a. Confecção dos planos de orientação sobre a estrutura metálica na extremidade livre, em rolete em cera rosatipo “utilidade” com volume e formato adequado das arcadas dentárias; b. Ajuste do plano oclusal; c. Registro da Relação Cêntrica; f. Desinfecção dos planos; g. Seleção da cor dos dentes (consultar opinião do paciente); h. Montagem em Articulador Semiajustável (ASA).

5.5. Serviço de Prova dos Dentes Montados em Cera: a. MONTAGEM DE DENTES - Dentes em resina acrílica cross-linked de alta densidade com estabilidade de cor, resistência à solubilidade e alta dureza superficial, de acordo com requisitos da ISO 336 e ADA, com tripla camada de prensagem comprovada em manual técnico e nota fiscal; cor e modelo a ser indicada pelo profissional, escultura apropriada das gengivas e papilas em cera rosa tipo “nº 7”, confecção de retenções mecânicas nos dentes (perfurações na base); b. Prova dos dentes artificiais montados em cera; c. Avaliação pelo profissional: coincidência da linha média nos dentes superiores e linha média facial, linha do sorriso, suporte do lábio, posição dos caninos, na linha comissural, altura das bordas incisais de acordo com a idade do paciente, plano de Camper (com a régua de Fox), corredor bucal sem invasão da zona neutra, cor dos dentes, Relação Cêntrica e dimensão vertical; d. Avaliação pelo paciente e autorização para acrilização da PPR; e. Seleção da cor da gengiva artificial; f. Desinfecção dos planos com os dentes montados.

5.6. Serviço de ACRILIZAÇÃO DA PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL e instalação: contendo: a. Acrilização: Gengivas e papilas em resina acrílica termopolimerizável cor rosa claro com veios; Polimento e lisura adequados, sem inclusão de bolhas ou outros materiais; Técnica de inclusão em mufla (muralha de contenção externa) com silicóna de condensação específica de uso laboratorial; b. Instalação: Avaliar a presença de irregularidades na base e estrutura metálica da prótese (arestas cortantes, porosidades etc.); Desinfetar; Instalar a prótese e avaliar seu encaixe e adaptação da peça, seu correto relacionamento com os tecidos moles; Realizar ajuste oclusal; Mostrar ao paciente para que ele avalie a prótese.

## **6- SERVIÇO DE REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL**

6.1 Alívio (desgaste) prévio da peça protética;

6.2 em resina acrílica termo-polimerizável, após moldagem com pasta zinco-enólica/silicone de condensação leve.

## **7- DAS COMPROVAÇÕES À EMPRESA VENCEDORA**

7.1 Apresentar Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no Ministério da Saúde. Apresentar Registro do(s) profissional(is) Protético(s) Dentário(s) inscritos no Cadastro Brasileiro de Ocupações (CBO) nº 3224-10.

7.2 Apresentar Registro do laboratório no Conselho Regional de Odontologia.

## **8- DOS PRAZOS, DAS CONDIÇÕES E DO LOCAL DE ENTREGA DO OBJETO DA LICITAÇÃO**

8.1 O prazo para execução dos serviços será de 12 (doze) meses, contados da emissão da A. I. S. (Autorização para Início dos Serviços).

8.2 As notas de empenho serão estimativas e emitidas conforme a necessidade do

Departamento e os serviços executados parcialmente, conforme indicação deste.

8.3 A CONTRATADA deverá retirar o pedido e entregar o produto no Centro Odontológico Municipal de Cajati, sito a Avenida dos Trabalhadores, S/Nº Jardim Central Cajati/SP, no prazo abaixo estipulado, correndo por conta do fornecedor as despesas decorrentes de embalagem, frete, carga e descarga, seguros, mão de obra, mesmo que haja a necessidade de repetição de uma das fases, etc.

8.4 A CONTRATADA deverá seguir os prazos abaixo para a execução e entrega de cada fase, conforme segue:

8.4.1 Fase 01 – Após a entrega pelo Centro Odontológico Municipal de Cajati do modelo anatômico, o detentor da ata terá 07 (sete) dias corridos para a entrega da Moldeira Individual.

8.4.2 Fase 02 – Após a entrega pelo Centro Odontológico Municipal de Cajati do modelo de Estudo, o detentor da ata terá 15 (quinze) dias corridos para a entrega da Estrutura Metálica da Prótese Parcial Removível.

8.4.3 Fase 02 – Após a entrega pelo Centro Odontológico de Municipal Cajati do Modelo Funcional, o detentor da ata terá 07 (sete) dias corridos para a entrega do Plano de Orientação.

8.4.4 Fase 03 – Após a entrega pelo Centro Odontológico Municipal de Cajati do Registro Oclusal, o detentor da ata terá 07 (sete) dias corridos para a entrega da montagem dos dentes em cera.

8.4.5 Fase 04 – Após a entrega pelo Centro Odontológico Municipal de Cajati da prova da montagem, o detentor da ata terá 07 (sete) dias corridos para a entrega da prótese acrilizada.

8.5 Fica condicionada À CONTRATADA a retirada dos pedidos no período da manhã tarde no Centro Odontológico Municipal de Cajati.

## **9- A CONTRATADA OBRIGA-SE A EXECUTAR OS SERVIÇOS DE ACORDO COM AS ESPECIFICAÇÕES**

9.1 O objeto da presente licitação será recebido provisoriamente para efeito de posterior verificação da conformidade dos serviços com a especificação. O objeto deverá ser entregue, no local e endereço a ser indicado pela municipalidade, de acordo com o estabelecido neste Edital.

9.2 Constatadas irregularidades no objeto contratual, a CONTRATANTE poderá:

9.2.1 Se disser respeito à especificação, rejeitá-lo no todo ou em parte, determinando sua substituição ou rescindindo a contratação, sem prejuízo das penalidades cabíveis.

9.2.2 Na hipótese de substituição, a CONTRATADA deverá fazê-la em conformidade com a indicação da Administração, no prazo máximo de 02 (dois) dias, contados da notificação por escrito, mantido o preço inicialmente contratado.

9.2.3 Se disser respeito à diferença de quantidade ou de partes, determinar sua complementação ou rescindir a contratação, sem prejuízo das penalidades cabíveis.

9.2.4 Na hipótese de complementação, a CONTRATADA deverá fazê-la em conformidade com a indicação da CONTRATANTE, no prazo máximo de 02 (dois) dias, contados da notificação por escrito, mantido o preço inicialmente contratado.

9.3 A CONTRATADA deverá fornecer a prótese devidamente higienizada envolvida em embalagem plástica transparente, lacrada e embalada em caixa de papelão, devidamente identificada com data, nome do paciente, da unidade de saúde e do profissional de saúde bucal.

## **10- DA GARANTIA DO MATERIAL**

10.1 O objeto do Contrato tem garantia quanto a vícios ocultos ou defeitos da coisa, mau

acabamento ou polimento, bolhas de ar, insuficiências de resina ou liga metálica, falhas de polimerização ou fundição imperfeitas e inclusão de impurezas fraturas na estrutura da peça, danos nos modelos de gesso, não cobertura da área chapeável indicada pelo profissional, ficando a CONTRATADA responsável por todos os encargos decorrentes disso.

10.2 A CONTRATADA deverá oferecer garantia de no mínimo 12 (doze) meses, desde que seja comprovado que o defeito é oriundo do processo de confecção da prótese.

### **11- DA FISCALIZAÇÃO**

11.1 Não obstante o fato da CONTRATADA ser a única e exclusiva responsável pela execução dos serviços, objeto desta licitação, a Secretaria Municipal de Saúde, através do seu Secretário ou pessoa responsável por ele indicada, sem restringir a plenitude dessa responsabilidade, exercerá a mais ampla e completa fiscalização dasua execução.

### **12- CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

12.1 O pagamento será efetuado em até 15 (quinze) dias, contados da apresentação da nota fiscal fatura.

12.2 A emissão da nota fiscal fica condicionada ao envio prévio da Planilha de Avaliação contendo a pontuação atribuída aos serviços realizados. Essa avaliação é essencial para determinar a possibilidade de aplicação de descontos, conforme estipulado no Termo de Referência. As notas fiscais que apresentarem incorreções serão devolvidas à Contratada e seu vencimento ocorrerá 15 (quinze) dias após a data de sua apresentação válida.

12.3 O pagamento será feito mediante crédito em conta-corrente em nome da contratada em banco por ela indicado.

### **13- DOS DIREITOS E DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

13.1 Constituem direitos da CONTRATANTE receber o objeto nas condições avençadas e da CONTRATADA perceber o valor ajustado na forma e no prazo convencionados. Das Obrigações.

13.2 Constituem obrigações da CONTRATANTE:

13.2.1 Efetuar o pagamento ajustado;

13.2.2 E dar à CONTRATADA as condições necessárias à regular execução do contrato.

13.2.3 Prestar à CONTRATADA todos os esclarecimentos necessários para a execução dos serviços;

13.2.4 Fiscalizar a execução dos serviços e prestar toda assistência e orientação que se fizerem necessárias.

13.2.5 A CONTRATANTE deverá acompanhar os serviços executados pela CONTRATADA para sua parcial aprovação.

13.2.6 Indicar o responsável pelo acompanhamento, coordenação e fiscalização dos serviços;

### **14- CONSTITUEM OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

14.1 Executar os serviços de acordo com as especificações do Edital;

14.2 Compete à CONTRATADA fornecer os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs)

indispensáveis para a execução das atividades e serviços descritos no Termo de Referência. Além disso, é obrigatório assegurar que seus funcionários utilizem os EPIs durante a realização das atividades;

14.3 Em todas as fases de execução dos serviços deverá a CONTRATADA dispor de um Cirurgião(a) Dentista e técnico em Prótese Dental no Centro Odontológico Municipal de Cajati, de acordo com as especificações constantes no item 2.1 do edital;

14.4 Responsabilizar-se pela execução dos serviços, obrigando-se a reparar, exclusivamente às suas custas, todos os defeitos, erros, falhas, omissões e quaisquer outras irregularidades ocorridas na execução;

14.5 Prestar garantia pelo prazo ofertado na proposta, a partir do termo de aceite, dos serviços, durante o qual correrão por sua conta todas as despesas de qualquer natureza.

14.6 Manter durante toda a execução do contrato, compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;

14.7 Apresentar durante a execução do contrato, se solicitado, documentos que comprovem estar cumprindo a legislação em vigor, quanto as obrigações assumidas na presente licitação, em especial, encargos sociais, trabalhistas, previdenciários, tributários, fiscais, comerciais e sanitários;

14.8 Assumir inteira responsabilidade pelas obrigações fiscais decorrentes do contrato;

14.9 Comunicar a CONTRATANTE no prazo de 48 (quarenta e oito) horas qualquer ocorrência anormal, que impeça a execução dos serviços contratados;

14.10 Cumprir todas as orientações da CONTRATANTE para o fiel cumprimento do objeto licitado;

14.11 Não transferir, total ou parcialmente, o objeto deste contrato para terceiros;

14.12 Aceitar, nas mesmas condições contratuais, acréscimos ou supressões que se fizerem necessárias, em até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial do contrato, facultada a supressão além desse limite.

## **15- ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA**

15.1 Atestado (s) de capacidade técnica, expedido por pessoa jurídica de direito público ou privado, certificando que a empresa tenha prestado serviços pertinentes e compatíveis com as características, quantidades e prazos similares ao objeto deste certame.

## **16- DAS PENALIDADES**

16.1 O descumprimento dos prazos ou de qualquer uma das condições especificadas, inerentes à correta execução do objeto, bem como de qualquer cláusula contratual, implicarão nas sanções previstas nos artigos nº 81 a nº 88, da LEI FEDERAL Nº 8.666/93 à CONTRATADA, com observância do devido processo legal, do contraditório e da ampla defesa.

16.2 O CONTRATANTE recusará total ou parcialmente o objeto executado pela CONTRATADA, que apresente qualquer desconformidade, conforme previsto no Art. 76 da LEI FEDERAL Nº 8.666/93.

## **17- DA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS**

17.1 A empresa contratada será avaliada qualitativamente com relação à prestação dos serviços e ao fornecimento de materiais deste Termo, mensalmente, em cada local de trabalho, que implicará

diretamente no valor a ser pago pela contratante à contratada no período da medição, em observância ao Princípio da Eficiência (Art. 37, caput, da CF).

17.2 A avaliação se dará por meio de “Planilha de Avaliação de Serviços” (conforme modelo anexo: Anexo I do Termo), a ser preenchida e assinada pelo(a) Secretário(a) e usuários do serviço contratado ou por pessoa indicada por eles, que tenham conhecimento quanto ao objeto da presente contratação, que será o responsável pela avaliação.

17.3 Em qualquer caso, o responsável pela avaliação será designado por portaria para este fim.

17.4 A Planilha de Avaliação de Serviços constará a satisfação da Secretaria quanto aos itens constantes no modelo, que poderão ser alterados, suprimidos ou acrescidos no decorrer do contrato com aviso de 30 dias, em conformidade com as obrigações da contratada constantes neste Termo de Referência.

17.5 A unidade de saúde descrita terá um coordenador responsável técnico pela avaliação, resultando em uma planilha de avaliação de serviço por mês.

17.6 A pontuação assinalada pelo responsável pela avaliação e recebida pela empresa contratada será somada por item avaliado e o resultado será comparado à pontuação máxima que a contratada poderia ter obtido naquela medição/planilha, a fim de calcular o valor devido da parcela a ser recebido pela contratada quanto à prestação do serviço, sendo que:

17.6.1 receberá 5 (cinco) pontos o item avaliado que for considerado “ótimo”;

17.6.2 receberá 4 (quatro) pontos o item avaliado que for considerado “bom”;

17.6.3 receberá 3 (três) pontos o item avaliado que for considerado “regular”;

17.6.4 receberá 2 (dois) pontos o item avaliado que for considerado “ruim”;

17.6.5 receberá 1 (um) ponto o item avaliado que for considerado “péssimo”;

17.6.6 deverá ser assinalado “não aplic.” (não aplicável) quando o item a ser avaliado não for serviço utilizado/aplicável à unidade de saúde, sendo que este item será eliminado da soma para a pontuação máxima, diminuindo-a.

17.7 Entender-se-á por pontuação máxima a quantidade de pontos que podem ser obtidos na medição/planilha em caso de todos os itens avaliados receberem 5 (cinco) pontos, excluídos os itens que forem assinalados como não aplic.” (não aplicável).

Para obter a porcentagem do valor a ser pago pela contratante à contratada, será utilizada a seguinte fórmula:

$$N = PO \times (100 \div PM)$$

Onde:

N = Nota obtida pela prestação de serviços em planilha de cada responsável pela avaliação/fiscal;

PO = Pontuação obtida na Planilha de Avaliação de Serviços no período correspondente;

PM = Pontuação máxima possível na Planilha de Avaliação de Serviços.

17.8 O valor obtido da fórmula acima (Nota) determinará o valor mensal a ser pago pela contratada à contratante, conforme abaixo:

17.8.1 Se a nota obtida acima for igual ou maior que 85, será pago 100% (cem por cento) do valor da proposta vencedora do presente certame;

17.8.2 Se a nota obtida acima for menor que 85 e maior ou igual a 70, será pago 90% (noventa por cento) do valor da proposta vencedora do presente certame;

17.8.3 Se a nota obtida acima for menor que 70 e maior ou igual a 60, será pago 80% (oitenta por cento) do valor da proposta vencedora do presente certame;

17.8.4 Se a nota obtida acima for menor que 60 e maior ou igual a 55, será pago 70% (setenta por cento) do valor da proposta vencedora do presente certame;

- 17.8.5 Se a nota obtida acima for menor que 55, será pago 60% (sessenta por cento) do valor da proposta vencedora do presente certame.
- 17.9 A nota será verificada, aplicadas a fórmula e assim, também, deverá ser feito o cálculo da nota fiscal.
- 17.10 A avaliação de serviços não exclui a possibilidade de a Administração Pública realizar processo de administrativo para apuração de responsabilidade que possa resultar nas penalidades previstas na Lei de Licitações, seja por descumprimento das obrigações de execução do serviço ou da apresentação dos documentos obrigatórios.
- 17.11 A contratante comunicará a empresa contratada do valor percentual que deverá ser cobrado na nota fiscal do local de trabalho em prazo de até 5 (cinco) dias úteis após o fechamento do mês.
- 17.11.1 A nota fiscal emitida com a porcentagem e valor correspondentes será paga pela Administração Municipal em até 15 (quinze) dias corridos da emissão e após o ateste e a autorização do Secretário(a) responsável pela unidade administrativa usuária do serviço.

**Cajati, 04 de agosto de 2023.**

**MARIA CARMEN AMARANTE BOTELHO**  
**SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**ANEXO I - PLANILHA DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS**

|   |                           |  |                      |          |
|---|---------------------------|--|----------------------|----------|
| <br>PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJATI | <b>MUNICÍPIO:</b>         | <b>CAJATI</b>  | <b>Nº DA MEDIÇÃO</b> | <b>X</b> |
|   | <b>CONTRATO:</b>          | <b>XXX/XX</b>  |                      |          |
|   | <b>OBJETO:</b>            | XX |                      |          |
|   | <b>EMPRESA EXECUTORA:</b> | XX |                      |          |

|   |                                       |                                |
|---|---------------------------------------|--------------------------------|
| <b>Observações:</b> 5 - Ótimo: Alto grau de satisfação; 4 - Bom: Raramente apresenta falhas;<br>3 - Regular: Frequentemente apresenta problemas, solucionáveis sem prejudicar o serviço; 2 - Ruim: Frequentemente apresenta problemas, com prejuízo ao andamento do serviço; 1 - Péssimo: O serviço prestado não atende às necessidades do Município, gerando prejuízo; e,<br>Não Aplic.: Não foi possível avaliar devido a não utilização do serviço, não aplicável à sala ou Departamento | <b>PERÍODO DA MEDIÇÃO</b>             | <b>XX/XX/XXXX A XX/XX/XXXX</b> |
|   | <b>INÍCIO DO CONTRATO</b>             |                                |
|   | <b>LOCAL DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS</b> |                                |

| Nº | ITENS AVALIADOS (Os itens avaliados poderão ser acrescidos, suprimidos ou alterados) | CONTRATADO |                        | AVALIAÇÃO                   |                         |                             |                          |                            |            | CRITÉRIO PARA AVALIAÇÃO  |
|----|--|------------|------------------------|-----------------------------|-------------------------|-----------------------------|--------------------------|----------------------------|------------|--|
|    |  | UNIDADE    | FREQÜÊNCIA DO CONTRATO | 90 -100% (Ótimo) - 5 pontos | 75-89% (BOM) - 4 pontos | 50-75% (REGULAR) - 3 pontos | 25-49% (RUIM) - 2 pontos | 0-24% (PÉSSIMO) - 1 pontos | NÃO APLIC. |  |
| 1  | PRAZO DE ENTREGA DAS PRÓTESES  | Serviços   | Mensal                 |                             |                         |                             |                          |                            |            | Prazo de entrega das próteses: ÓTIMO - dentro do prazo, BOM - 1 a 5 dias úteis de atraso, REGULAR 6 a 10 dias úteis de atraso, RUIM 11 a 15 dias úteis de atraso e PÉSSIMO acima de 16 dias úteis de atraso. |
| 2  | CUMPRIMENTO DAS ETAPS DE EXECUÇÃO  | Serviços   | Mensal                 |                             |                         |                             |                          |                            |            | Cumprimento das etapas técnicas de execução dos serviços   |
| 3  | CUMPRIMENTO DOS TERMOS DE GARANTIA   | Serviços   | Mensal                 |                             |                         |                             |                          |                            |            | Cumprimento dos critérios de atendimento dos termos de garantia dos produtos fornecidos  |
| 4  | CUMPRIMENTO DAS NORMAS DE SEGURANÇA DO TRABALHO                                      | Serviços   | Mensal                 |                             |                         |                             |                          |                            |            | Cumprimento das normas de segurança do trabalho com o fornecimento correto de EPIS e o uso adequado pelos profissionais segundo normas técnicas vigentes   |
| 5  | QUALIDADE DOS MATERIAIS PARA A EXECUÇÃO DO OBJETO                                    | Serviços   | Mensal                 |                             |                         |                             |                          |                            |            | Qualidade dos materiais odonto-hospitalares utilizados nos processos de execução do objeto   |
| 6  | QUALIDADE DO ATENDIMENTO PROFISSIONAL E RELAÇÃO INTERPROFISSIONAL                    | Serviços   | Mensal                 |                             |                         |                             |                          |                            |            | Qualidade do atendimento prestado pelo profissional da CONTRATANTE e a relação do mesmo com os demais membros da equipe do Centro Odontológico municipal   |
| 7  | AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO   | Serviços   | Mensal                 |                             |                         |                             |                          |                            |            | Resultado da avaliação de satisfação do usuário a ser implantada pela CONTRATANTE em um determinado período de tempo   |

|                            |                               |   |
|----------------------------|-------------------------------|---|
| Sala/Departamento:         | Local e Data:                 |   |
|                            |                               | Avaliação conferida                       |
| Responsável pela avaliação | Responsável pelo Departamento | Gestor do Contrato                        |
|                            |                               | <small>Elaborado por Victor Lucas</small> |

Assinado por 1 pessoa: MARIA CARMEN AMARANTE BOTELHO  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://cajati.1doc.com.br/verificacao/82F4-53DF-4351-5D76> e informe o código 82F4-53DF-4351-5D76





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 82F4-53DF-4351-5D76

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

- ✓ MARIA CARMEN AMARANTE BOTELHO (CPF 396.XXX.XXX-00) em 22/09/2023 17:17:12 (GMT-03:00)  
Papel: Assinante  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

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

<https://cajati.1doc.com.br/verificacao/82F4-53DF-4351-5D76>