



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ABEL FIGUEIREDO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETIVO

- 1.1 Este procedimento tem por objetivo a contratação de empresa especializada na confecção de próteses dentárias parciais e totais para as Unidades de Saúde de Saúde Bucal do Município de Abel Figueiredo-PA, nas quantidades, especificações e valores estabelecidos a seguir de acordo com a Portaria nº 680 de 24 de abril de 2013, conforme Termo de Referência anexo.

2. JUSTIFICATIVA

- 2.1 A Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, tem promovido a reorganização das práticas e da rede de Atenção à Saúde, ampliação do acesso ao serviço de Atenção Básica em Saúde Bucal, principalmente por meio das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família, e da Atenção Especializada em Saúde Bucal, através da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), pautando-se nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).
- 2.2 Os LRPD visam suprir uma grande necessidade da população brasileira, que é a reabilitação oral protética. Até 2003, nenhuma política de saúde pública havia proporcionado esse tipo de atendimento, porém, com a criação do Brasil Sorridente, a reabilitação protética passou a ser uma das principais metas da Política Nacional de Atenção à Saúde Bucal.
- 2.3 Considerando o Decreto nº 7.507, de 27 de junho de 2011, que dispõe sobre a movimentação de recursos federais transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, em decorrência das leis citadas;
- 2.4 Considerando a Portaria nº 1.825/GM/MS, de 24 de agosto de 2012 que altera o valor dos procedimentos de prótese dentária na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS e estabelece recursos anuais a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade dos Estados, Municípios e Distrito Federal para confecção de próteses dentárias nos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD);
- 2.5 Considerando a Seção I, Capítulo V - Centro de Especialidades Odontológicas (CEOS) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDS) - da Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;
- 2.6 Considerando o Título I e II da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;
- 2.7 Considerando a Portaria nº 2.485, de 14 de agosto de 2018 no anexo XII, que credencia o município de Abel Figueiredo-PA gestão municipal a receber incentivo de custeio financeiro referente ao Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD); com periodicidade da transferência mensal, caso não exista nenhuma irregularidade que motive a suspensão.
- 2.8 Considerando o Plano Brasil Sem Miséria, que visa ações intersetoriais, tendo como público alvo a população em extrema pobreza. O programa Brasil Sorridente entrou no escopo de ações de saúde do Plano com a produção de próteses dentárias para essa população.
- 2.9 Visando ampliar o acesso às ações de reabilitação em saúde bucal; a oferta de próteses dentárias, garantir o acesso as ações de saúde bucal; o município de Abel Figueiredo-PA, habilitou-se e foi contemplado com o serviço, necessitando da contratação para atender a demanda da população local, de acordo com a



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ABEL FIGUEIREDO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Programação Pactuada Integrada – PPI e considerando a Portaria nº 2759 de 12/12/2014 que estabelece recursos do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade dos Estados e Municípios para confecção de próteses dentárias nos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). Além do interesse do município em dispor de assistência mais ampla em ações da saúde bucal para atendimento aos usuários do SUS, garantindo aos pacientes edêntulos tratamento adequado. A contratação deve seguir a Nota Técnica do Ministério da Saúde no item 2.1 – contratação de Laboratório Regional de Prótese Dentária, privado.

3. DA ESPECIFICAÇÃO

ITEM	DESCRIÇÃO	MARCA	QUANT.	UNID.	VALOR UNIT	VALOR TOTAL
01	Prótese Total Mandibular		200	UNID.	R\$ 166,00	R\$ 33.200,00

Valor total por extenso: (trinta mil reais)

02	Prótese Total Maxilar		200	UNID.	R\$ 166,00	R\$ 33.200,00
----	-----------------------	--	-----	-------	------------	---------------

Valor total por extenso: (trinta mil reais)

03	Prótese Parcial Mandibular Removível		100	UNID.	R\$ 216,00	R\$ 21.600,00
----	--------------------------------------	--	-----	-------	------------	---------------

Valor total por extenso: (quinze mil reais)

04	Prótese Parcial Maxilar Removível		100	UNID.	R\$ 216,00	R\$ 21.600,00
----	-----------------------------------	--	-----	-------	------------	---------------

Valor total por extenso: (sete mil e quinhentos reais)

Valor Total:						R\$ 109.600,00
---------------------	--	--	--	--	--	-----------------------

Valor total por extenso: (sete e nove mil reais)

- 3.1 A contratada deverá possuir cadastro no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;
- 3.2 A contratada deverá possuir o cadastro do serviço de Laboratório Regional de Prótese Dentária descrita no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, que no qual deverá apresentar no ato do credenciamento;
- 3.3 A empresa deverá ter profissional com titulação de protético devidamente validado e registrado nos órgãos competentes;
- 3.4 Os serviços serão realizados nas dependências do laboratório vencedor;
- 3.5 Os serviços deverão ser solicitados por profissionais previamente autorizados pela secretaria Municipal de Saúde, seguindo os critérios de prioridade estabelecidos em protocolo;
- 3.6 O prestador deverá manter uma escala fixa de atendimento, não podendo alterá-la em período inferior a 30 dias, tendo como referência o horário de funcionamento das Unidades Básicas de saúde;
- 3.7 Os relatórios mensais obrigatórios deverão ser entregues mensalmente até o último dia útil do mês, com período compreendido do 1º ao último dia do mês da realização das consultas e procedimentos;
- 3.8 Os relatórios mensais obrigatórios deverão seguir o modelo definido pela Secretaria Municipal de Saúde;
- 3.9 O profissional deverá manter atualizados os prontuários ou fichas de acompanhamento dos pacientes em local seguro e somente acessível aos profissionais diretamente envolvidos em seu tratamento/reabilitação;
- 3.10 O profissional receberá o pagamento pelos serviços comprovadamente prestados por meio de envio do Protocolo de Encaminhamento e Relatório Mensal;



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ABEL FIGUEIREDO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- 3.11 O prestador será avaliado pela Secretaria Municipal de Saúde e deverá disponibilizar sempre que solicitado, os prontuários/fichas de acompanhamento dos pacientes;
- 3.12 A base das próteses onde é feita a montagem da cera e dos dentes deve ser feita em resina acrílica (moldeira individual) para que não ocorra distorção;
- 3.13 As próteses deverão ser confeccionadas com palanto incolor, devendo ser as mesmas polidas e com devido acabamento, tanto na parte interna com na parte externa;
- 3.14 O laboratório será responsável pelo polimento das próteses.

4. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

- 4.1 A CONTRATANTE obriga-se a proporcionar todas as facilidades para que a CONTRATADA possa desempenhar seus serviços dentro das normas deste contrato;
- 4.2 Exercer a fiscalização dos serviços através de servidores especialmente designados, na forma prevista na Lei nº 8.666/93;
- 4.3 Emitir autorização para realização dos serviços, controlando rigorosamente a qualidade dos mesmos.

5. DO VALOR ESTIMADO

- 5.1 O valor global estimado para a presente contratação é de R\$ 90.000,00 (noventa mil reais).

6. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

- 6.1 Para contratação do objeto dessa licitação os recursos previstos correrão por conta da dotação orçamentária exercício 2018 Atividade 1201.103010010.2.045, Manutenção do Programa Saúde Bucal, Classificação Econômica 3.3.90.39.00 Outros Serviços de Terceiro Pessoa Jurídica.

7. DO PAGAMENTO

- 7.1 O pagamento será efetuado em até 10 (dez) dias após a entrega da Nota Fiscal de Prestação de Serviços devidamente atestada pelo setor competente.

8. DO ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO

- 8.1 A avaliação técnica ficará a cargo dos servidores da Secretaria Municipal de Saúde através do setor de Média e Alta Complexidade.

9. DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

- 9.1 As quantidades estabelecidas neste contrato para prestação de serviços estão baseadas na demanda atual, mediante compatibilização de nossas necessidades e recursos financeiros oriundos do Ministério da Saúde;
- 9.2 A Secretaria Municipal de Saúde acompanhará os serviços desenvolvidos, podendo propor medidas de melhorias, bem como fiscalizar a execução dos trabalhos prestados;
- 9.3 A empresa vencedora deverá se comprometer a atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ABEL FIGUEIREDO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



prestação dos serviços, justificando ao paciente ou seu representante, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional necessário à execução dos procedimentos, garantindo a confiabilidade dos dados e informações dos pacientes;

- 9.4 A duração do contrato será de 12 meses, desde que não haja manifestações contrárias de uma das partes;
- 9.5 Na efetivação do contrato, a contratada deverá realizar a apresentação da inscrição no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, conforme as normas vigentes do SUS.

Abel Figueiredo-PA, 09 de Outubro de 2018.

VALDIR RODRIGUES SANTO
PREGOEIRO