



ANEXO IV
TERMO DE REFERÊNCIA / DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DA DEMANDA

São José do Rio Preto, 09 de Maio de 2024.

1. (X) AQUISIÇÃO: _____

1 – OBJETO:

Contratação de empresa especializada em serviço de Levantamento Radiométrico e Radiação de Fuga, Plano de Proteção Radiológica e Testes de Controle de Qualidade em aparelhos de Raios-X odontológicos pertencentes às unidades de saúde do Departamento de Atenção Básica desta Secretaria Municipal de Saúde.

2 – JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO DE ACORDO COM A PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE:

Justificamos a elaboração do presente termo de referência com a contratação de empresa especializada para realização de serviço de Levantamento Radiométrico e Radiação de Fuga, Plano de Proteção Radiológica e Testes de Controle de Qualidade em 3 (três) aparelhos de Raios-X odontológicos marca D700 modelos MAX Parede números de série 500003245753, 500003238490 e 500003204460 pertencentes às unidades de saúde (UBS Santo Antonio, UBS Parque Industrial e UBS Engenheiro Schmitt) desta Secretaria de Saúde para autorização e/ou renovação de licença de funcionamento junto à Vigilância Sanitária. É fundamental avaliar se os níveis de radiação estão compatíveis com os limites de tolerância para as radiações ionizantes recebidas pelos pacientes submetidos aos procedimentos, como também a radiação a que estão sujeitos os funcionários das unidades de saúde do município.

É importante ressaltar, conforme prevê legislação específica – cito RDC 611/2022 da ANVISA/MS, que todos os aparelhos de raios-x odontológicos devem ser submetidos periodicamente aos testes de controle de qualidade e proteção radiológica para aceitação do equipamento.

Seguem em anexo orçamento referencial e ordens de serviço ID's 69903, 70154 e 70247.

3 – PRAZO DE ENTREGA OU DA CONTRATAÇÃO:

Prazo de entrega: 20 dias úteis.

4 - PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE 2024

DIRETRIZ	OBJETIVO	META	AÇÃO
8 - Qualificação e eficiência do SUS	8.6 - Garantir o Investimento e Custeio para o Funcionamento das Unidades da SMS	8.6.1 Garantir o funcionamento das Unidades da SMS e do CMS	8.6.1.5 – Garantir a manutenção, instalação, contratação de prestação de serviços e aquisição de peças para equipamentos e mobiliários em geral

5 - OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL – “ODS”

ODS	META
Objetivo 3 – Saúde e bem-estar	3.8 - Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos

6 – MATERIAL

6.1 – MATERIAIS DE CONSUMO

Nº	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNID. DE MEDIDA	QTDE	VALOR UNITÁRIO	TOTAL
1						
TOTAL:						

7 – SERVIÇOS

Nº	CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS	UNID. DE MEDIDA	QTDE	VALOR UNITÁRIO	TOTAL
1	85434	LEVANTAMENTO RADIOMETRICO E RADIACAO DE FUGA Especificação: Realização de testes para elaboração de laudo radiométrico e radiação de fuga do cabeçote em marca D700 modelos MAX Parede números de série 500003245753, 500003238490 e 500003204460 pertencentes às unidades de saúde (UBS Santo Antonio, UBS	SERVIÇOS	03		



PREFEITURA MUNICIPAL
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
SAÚDE

PROTOCOLO DO SIGM Nº **2024000150559**

TERMO DE REFERÊNCIA Nº 072/2024

		Parque Industrial e UBS Engenheiro Schmitt) desta Secretaria de Saúde testados de acordo com a resolução RDC nº 611/2022, da ANVISA, bom como em observância a quaisquer normas e legislações vigentes nas unidades: 01 unidade – UBS Engenheiro Schmitt – 01 (um) Aparelho de Raio X Odontológico Parede – marca D700 série 500003245753 modelo D700 Max; 01 unidade – UBS Parque Industrial – 01 (um) Aparelho de Raio X Odontológico Parede – marca D700 série 500003238490 modelo D700 Max e 01 unidade – UBS Santo Antonio – 01 (um) Aparelho de Raio X Odontológico Parede – marca D700 série 500003204460 modelo D700 Max. - Os relatórios serão apresentados em forma de laudos com os dados dos equipamentos, das instalações, resultados e conclusões. - Quaisquer parâmetros inadequados deverão ser informados, bem como o apontamento das providências necessárias. Os testes devem seguir os requisitos da RDC611/2022. - Fornecimento de comprovante simples da visita do técnico com a assinatura do responsável da unidade que acompanhou o processo. - Todos os equipamentos e instrumentos utilizados deverão ter atualizados os certificados de calibração rastreável e RBC.				
2	89430	PLANO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA Especificação: Plano de Proteção Radiológica para aparelhos de Raio-x odontológico, testados de acordo com a resolução RDC nº 611, da ANVISA, bom como em observância a quaisquer normas e legislações vigentes nas unidades abaixo: 01 unidade – UBS Engenheiro Schmitt – 01 (um) Aparelho de Raio-X Odontológico Parede – marca D700 série 500003245753 modelo D700 Max; 01 unidade – UBS Parque Industrial – 01 (um) Aparelho de Raio-X Odontológico Parede – marca D700 série 500003238490 modelo D700 Max e 01 unidade – UBS Santo Antonio – 01 (um) Aparelho de Raio-X Odontológico Parede – marca D700 série 500003204460 modelo D700 Max. O Plano de Proteção Radiológica (PPR) deve estabelecer medidas de prevenção, de controle e de vigilância e monitoramento, para garantir a segurança e a qualidade dos procedimentos radiológicos. Os testes deverão ser realizados de acordo com as normas vigentes. Os relatórios serão apresentados em forma de laudos com os dados dos equipamentos, das instalações, resultados e conclusões. Fornecimento de comprovante simples da visita do técnico com a assinatura do responsável da unidade que acompanhou o processo. Todos os equipamentos e instrumentos utilizados deverão ter atualizados os certificados de calibração rastreável e RBC.	SERVIÇOS	03		
3	75455	TESTES DE CONTROLE DE QUALIDADE COM LAUDO Especificação: Realização de testes de controle	SERVIÇOS	02		

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Avenida Romeu Strazzi, 199 - Vila Sinibaldi - CEP 15084-010 - São José do Rio Preto – SP
Telefone (17) 3216-9766 – smsaude@riopreto.sp.gov.br – www.riopreto.sp.gov.br



PREFEITURA MUNICIPAL
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
SAÚDE

PROTOCOLO DO SIGM Nº **2024000150559**

TERMO DE REFERÊNCIA Nº 072/2024

	de qualidade para elaboração de laudo em raio-x odontológico de marcas diversas, testados de acordo com a resolução RDC nº 611, da ANVISA, bom como em observância a quaisquer normas e legislações vigentes nas unidades abaixo: 01 unidade – UBS Engenheiro Schmitt – 01 (um) Aparelho de Raio-X Odontológico Parede – marca D700 série 500003245753 modelo D700 Max; 01 unidade – UBS Parque Industrial – 01 (um) Aparelho de Raio-X Odontológico Parede – marca D700 série 500003238490 modelo D700 Max . - Os relatórios serão apresentados em forma de laudos com os dados dos equipamentos, das instalações, resultados e conclusões. Os testes devem seguir os requisitos da RDC611/2022. - Quaisquer parâmetros inadequados deverão ser informados, bem como o apontamento das providências necessárias. - Fornecimento de comprovante simples da visita do técnico com a assinatura do responsável da unidade que acompanhou o processo. - Todos os equipamentos e instrumentos utilizados deverão ter atualizados os certificados de calibração rastreável e RBC.				
--	--	--	--	--	--

TOTAL:

8 – QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

Atestado de capacidade técnica poderá ser apresentado em nome da matriz ou da filial do fornecedor, emitidos por pessoas jurídicas de direito público ou privado, ou regularmente emitido(s) pelo conselho profissional competente, quando for o caso.

O fornecedor disponibilizará todas as informações necessárias à comprovação da legitimidade dos atestados, apresentando, quando solicitado pela Administração, cópia do contrato que deu suporte à contratação, endereço atual da contratante e local em que foi executado o objeto contratado, dentre outros documentos.

O serviço deverá ser realizado por técnico habilitado na área para emissão de relatório técnico.

9 – REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

Os serviços devem estar de acordo com a especificação técnica descrita no item 7 – SERVIÇOS. Todas as despesas para realização do serviço será por conta do fornecedor.

10 – MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO - CONDIÇÕES DE ENTREGA

O prazo de entrega do serviço é de 20 dias úteis, contados do(a) emissão do empenho. Emissão de laudo técnico por responsável competente. A calibração deverá ser utilizar padrões rastreáveis à RBC (rede brasileira de calibração) e/ou INMETRO.

Os serviços devem ser realizados em cada unidade da Secretaria de Saúde conforme discriminados no item 7 – Serviços de acordo com agendamento prévio com a equipe da Gerencia de Manutenção. Abaixo os endereços das unidades:

UBS Engenheiro Schmitt - Rua Otávio Zanetone, 158 - Jardim Schmitt - Distrito de Engenheiro Schmitt - Horários de Funcionamento - Unidade: Segunda a sexta-feira, das 7h às 17h - Telefone: (17) 3808 1586.

UBS Parque Industrial - Rua Expedicionários, 1541 - Parque Industrial - Horários de Funcionamento - Unidade: Segunda a sexta-feira, das 7h às 17h - Telefone/Fax: (17) 3233 2489 / 3231 0030.

UBS Santo Antonio - Rua Ida Tagliavini Polachini, 580 - Santo Antônio - Horários de Funcionamento - Unidade: Segunda a sexta-feira, das 7h às 17h- Telefone/Fax: (17) 3206 2088.

11 – GARANTIA, MANUTENÇÃO E ASSISTÊNCIA TÉCNICA

Não aplicável.

12 – CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E DE PAGAMENTO

O recebimento definitivo ocorrerá no prazo de 5(cinco) dias úteis, a contar do recebimento da nota fiscal ou instrumento de cobrança equivalente pela Administração, após a verificação da qualidade e quantidade do material e consequente aceitação mediante termo detalhado. O recebimento provisório ou definitivo não excluirá a responsabilidade civil pela solidez e pela segurança do serviço nem a responsabilidade ético-profissional pela perfeita execução do contrato.

13 – ESTIMATIVA DAS QUANTIDADES A SEREM CONTRATADAS

Não aplicável.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Avenida Romeu Strazzi, 199 - Vila Sinibaldi - CEP 15084-010 - São José do Rio Preto – SP
Telefone (17) 3216-9766 – smsaude@riopreto.sp.gov.br – www.riopreto.sp.gov.br



PREFEITURA MUNICIPAL
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
SAÚDE

PROTOCOLO DO SIGM Nº **2024000150559**
TERMO DE REFERÊNCIA Nº 072/2024

14 - INDICAÇÃO DE OUTRAS CONTRATAÇÕES INTERDEPENDENTES OU VINCULADAS:

Não há interdependência em outras contratações.

15 - INDICAÇÃO DO(S) INTEGRANTE(S) DA EQUIPE DE PLANEJAMENTO DA CONTRATAÇÃO

LEONARDO LUIZ MICHELUTTI - Gerência de Manutenção

DANIELE H.S. PINHEIRO - Coordenadora do Departamento Administrativo

16 - FONTE DE RECURSOS:

() **Convênio** - Descrição: _____

() **Programa** - Descrição: _____

17 - RESERVADO PARA INFORMACOES DO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

FICHA	FONTE	N. DESP.	SUB. EL.	ITEM	SUB ITEM	CÓD. APLIC	VALOR

NUMERO DO CONVENIO/LEGISLAÇÃO: _____

ANO DO CONVÊNIO/LEGISLAÇÃO: _____

VALOR DO REPASSE R\$ _____

VALOR DA CONTRA PARTIDA R\$ _____

____/____/____, _____

18 - CAMINHO ONDE O TERMO DE REFERENCIA E OS ANEXOS FORAM SALVOS NA PASTA TRANSPARENCIA:

\\sms21\Transparencia\DEPARTAMENTOS\07.DADM\06-MANUTENCAO\2024\Termo de Referência 2024\DAB

ASSINA O ORIGINAL

LEONARDO LUIZ MICHELUTTI
Responsável pela elaboração

DANIELE H. S. PINHEIRO
Coordenadora do Departamento Administrativo
De Acordo

1. Considerando a justificativa apresentada pelo departamento requisitante.
Considerando a manifestação formal do Fundo Municipal de Saúde sobre a disponibilidade orçamentária para realizar a despesa.
De acordo.
2. Às formalidades legais.

São José do Rio Preto, ____ de _____ de 2024.

Adilson Vedroni
Secretário Municipal de Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Avenida Romeu Strazzi, 199 - Vila Sinibaldi - CEP 15084-010 - São José do Rio Preto – SP
Telefone (17) 3216-9766 – smsaude@riopreto.sp.gov.br – www.riopreto.sp.gov.br