PROTOCOLO DO SIGM Nº 2026346537

ANEXO IV

TERMO DE REFERÊNCIA

São José do Rio Preto, 14 de setembro de 2026.

1. AQUISIÇÃO:

OBJETO:			
Aquisição de um compressor odontológico pequeno para a UPA Região Norte.			
JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO DE ACORDO COM A PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE:			
O cirurgião dentista depende dos equipamentos odontológicos para que seja possível um atendimento odontológico resolutivo e de qualidade ao usuário SUS. O compressor de ar medicinal odontológico é o equipamento dinâmico central do consultório, encarregado de alimentar e fornecer ar comprimido purificado para o funcionamento das canetas de alta e baixa rotação, seringa tríplice e demais instrumentos do mocho/equipo. A ausência ou paralisação do compressor inviabiliza completamente a realização de procedimentos clínicos essenciais no atendimento de urgência (como drenagens, acessos endodônticos para alívio de dor, restaurações provisórias e suturas). Atualmente o compressor da UPA Norte alimenta aproximadamente 40 pontos da UPA, onde a pressão e capacidade de fornecimento são insuficientes para atender adequadamente à demanda do consultório odontológico. Em anexo, a CI 305/2026 da Gerência da Manutenção, recomendando um compressor exclusivo para o funcionamento da cadeira odontológica e demais equipamentos odontológicos, evitando a possível desassistência ou ampliação do tempo de espera de odontologia na UPA Norte, causados pelo mau funcionamento do equipamento atual.			
PRAZO DE ENTREGA OU PRAZO DO CONTRATO:			
A entrega deverá ser realizada no prazo máximo de 10 dias úteis.			
PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE 2024			
DIRETRIZ	**OBJETIVO**	**META**	**AÇÃO**
1. Fortalecer e ampliar a Atenção Primária à Saúde (APS)- garantindo cobertura territorial adequada, atuação multiprofissional e cuidado integral à população em todos os ciclos de vida, incluindo a saúde bucal, com ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e atenção domiciliar.	***1.1 - Garantir e qualificar o acesso da população à Atenção Primária à Saúde, por meio da ampliação da cobertura, da organização da oferta e da integralidade do cuidado.***	***1.1.9 Ampliar a cobertura de equipes de Saúde Bucal no Municipio***	***Ação nº 2. Adquirir equipamentos, materiais permanentes, instrumentais e insumos necessários para a implantação, manutenção e qualificação das equipes de Saúde Bucal.***

OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL – "ODS"	
ODS	**META**
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.**

PROTOCOLO DO SIGM Nº 2026346537

MATERIAIS DE CONSUMO

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

MATERIAIS PERMANENTES

Nº	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNID. DE MEDIDA	QTDE	VALOR UNITÁRIO	TOTAL
1.	86590	COMPRESSOR ISENTO DE ÓLEO: **50 litros , 2 HP , Potência: 1.500W – Tensão: 220V. Capacidade**: Atende 1 consultório sem bomba a vácuo ou 2 com bomba a vácuo. R**eservatório:** 50 litros, com pintura epóxi antibacteriana e antioxidante. Diferenciais: **Compacto, eficiente e silencioso**, ideal para consultórios de pequeno porte. Pressão máxima: 8,3 Bar / 120 PSI Nível de ruído: 55 dB. Peso líquido aprox.: 39 KG. **Dimensões (L x C x A): 41 x 41 x 85 cm.** Fluxo de ar: 320 L/MIN **Reservatório de ar: 50 Litros**. **Isento de óleo**: garantia de ar puro e livre de contaminações. Dois manômetros para monitorar a pressão interna do reservatório e a pressão de saída do ar. **Filtragem superior:** Filtro HEPA e regulador de pressão de saída do ar, garantindo a qualidade do ar fornecido. **Durabilidade:** componentes resistentes e mangueira metálica flexível que aumentam a vida útil do equipamento. **Certificações:** Cumpre normas ANVISA (RDC 16/2013), ISO 9001, ISO 13485 e OCP INMETRO UL-BR 20.0905.	UNIDADE	1	R$	R$
					TOTAL	

SERVIÇOS

Nº	CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS	UNID. DE MEDIDA	QTDE	VALOR UNITÁRIO	TOTAL
1						
					TOTAL:	

PROTOCOLO DO SIGM Nº 2026346537

MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO - CONDIÇÕES DE ENTREGA

***Prazo de entrega**: 10 dias úteis a partir da Autorização de Fornecimento*
***Local de entrega**: a entrega deverá acontecer em remessa única, da quantidade total de itens e quantidades descritas no objeto, no seguinte endereço e nos seguintes dias e horários, conforme autorização de fornecimento:*

UPA REGIÃO NORTE

***Endereço:** R. Manoel Moreno, 130 –*
Jardim Antunes, São José do Rio Preto - SP, 15047-050
Telefone: (17) 3237-5316
Gerente: Delinne Alba Ribeiro
***Horário de entrega:** segunda a sexta das 7hs às 17hs*

DOCUMENTAÇÃO:
***As empresas deverão apresentar**:*

- *Alvará de Funcionamento Municipal;*
- *Licença Sanitária atualizada expedida por órgão Federal, Estadual ou Municipal*
- *Certificado de boas práticas.*
- *Identificação do produto em local visível e manual do produto na língua portuguesa.*
- *Produto com cópia do cadastro e do registro na ANVISA na classe pertinente, quando exigida pela mesma.*
- *Marca do produto de acordo com ata de registro.*
- *Fabricante, CNPJ, endereço para caso de defeitos ou trocas de peças.*
- *Em se tratando de produto importado, deverá ser apresentada a Autorização de Funcionamento da EMPRESA IMPORTADORA do produto, aquela que detém o registro do produto junto à ANVISA*

***APRESENTAÇÃO DE CATÁLOGO**:*

Deverá ser solicitado, antes da adjudicação, o catálogo do produto, emitidos pelo próprio fabricante, a fim de verificar a qualidade dos equipamentos e se apresentam as especificações solicitadas.
O equipamento, objeto desta licitação, deverá obedecer às especificações constantes no Edital.

DAS GARANTIAS:

***Mínima de 12 (doze meses) contra defeitos de fabricação**, a partir da data de entrega do produto.*

PRAZO DE ENTREGA:

*O prazo máximo de entrega do equipamento será de **10 dias úteis** a partir do recebimento da ordem de fornecimento.*

- O licitante vencedor deverá possuir assistência técnica especializada preferencialmente no município de São José do Rio Preto/SP, isenta de custo, garantindo atendimento no máximo 48 horas durante o período de garantia, sendo a visita técnica gratuita durante o período de garantia do equipamento.
- O funcionário responsável pelo recebimento dos equipamentos no almoxarifado, deverá através de carimbo aposto no verso da nota fiscal, datar e assinar a nota, para efeito de posterior verificação da conformidade dos produtos com a especificação.
- Se no ato da entrega dos equipamentos a nota fiscal/fatura não for aceita pelo Almoxarifado da Saúde, devido à irregularidade em seu preenchimento, esta será devolvida para as necessárias correções, passando a contar o recebimento a partir da data de sua reapresentação.
-Caso no momento da entrega não for possível verificar algum detalhe, de falta de peças ou incompatibilidade entre o item apresentado no processo licitatório e o item entregue, o mesmo

deverá ser substituído pela empresa, obedecendo ao descritivo do equipamento apresentado no processo licitatório, em um prazo de 48hs.

- No ato da entrega dos equipamentos devem ser apresentados o manual do mesmo, traduzido também para o português, contendo todas as características, com ilustrações, peso, marcas e especificações técnicas.

*- A instalação do compressor deverá ser feita gratuitamente no local solicitado pela Secretaria de Saúde pela empresa vencedora com técnico autorizado preferencialmente de São José do Rio Preto, **com prazo de 72 horas** a partir da solicitação pela Secretaria de Saúde.*

ESTIMATIVA DAS QUANTIDADES A SEREM CONTRATADAS

Um compressor odontológico pequeno para a **UPA Norte**.

ESTIMATIVAS DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

V – INDICAÇÃO DE OUTRAS CONTRATAÇÕES INTERDEPENDENTES OU VINCULADAS:

Não existem contratações vinculadas.

VI – INDICAÇÃO DO(S) INTEGRANTE(S) DA EQUIPE DE PLANEJAMENTO DA CONTRATAÇÃO

Ana Maria Carpes Pranke – **Coordenadora de Saúde Bucal**
Mônica Sanchez Ita- **Coordenadora da Área Técnica**
Andreia Cristina Ferreira Marascalchi - **Chefe do Departamento de Urgência e Emergência**
Lígia Cavassani **- Secretária de Saúde Interina**

FONTE DE RECURSOS:

( ) Convênio - Descrição: _____

( ) Programa - Descrição:
_____

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$ _____

__/___/_____, _____

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

\\sms21\Transparencia\DEPARTAMENTOS\18.AREA_TECNICA\ADMINISTRATIVA\Compras\2026\
Saúde Bucal

PROTOCOLO DO SIGM Nº 2026346537

RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO

Ana Maria Carpes Pranke
Coordenadora de Saúde Bucal

Mônica Sanchez Ita
Coordenador (a) Àrea Técnica

Andreia Cristina Ferreira Marascalchi
Chefe do Departamento de Urgência e Emergência

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 2026.

_____
Lígia Cavassani
Secretária Municipal de Saúde Interina

PROTOCOLO DO SIGM Nº 2026346537

ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR

1 - INFORMAÇÕES BÁSICAS

Aquisição de um compressor odontológico pequeno para a UPA Norte.

2 - DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE (JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO)

O cirurgião dentista depende dos equipamentos odontológicos para que seja possível um atendimento odontológico resolutivo e de qualidade ao usuário SUS. O compressor de ar medicinal odontológico é o equipamento dinâmico central do consultório, encarregado de alimentar e fornecer ar comprimido purificado para o funcionamento das canetas de alta e baixa rotação, seringa tríplice e demais instrumentos do mocho/equipo. A ausência ou paralisação do compressor inviabiliza completamente a realização de procedimentos clínicos essenciais no atendimento de urgência (como drenagens, acessos endodônticos para alívio de dor, restaurações provisórias e suturas). Atualmente o compressor da UPA Norte alimenta aproximadamente 40 pontos da UPA, onde a pressão e capacidade de fornecimento são insuficientes para atender adequadamente à demanda do consultório odontológico. Em anexo, a CI 305/2026 da Gerência da Manutenção recomendando um compressor exclusivo para o funcionamento da cadeira odontológica e demais equipamentos odontológicos, evitando possível desassistência ou ampliação do tempo de espera de odontologia na UPA Norte, causados pelo mau funcionamento do equipamento atual.

3 - ÁREA REQUISITANTE

Gerência de Saúde Bucal - Área Técnica

4 - DESCRIÇÃO DOS REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

MENOR PREÇO

5 - ESTIMATIVA DAS QUANTIDADES A SEREM CONTRATADAS

*Um compressor odontológico para a **UPA Região Norte.***

6 - ESTIMATIVA DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

Nº	CÓDIGO	MATERIAL	UNID. DE MEDIDA	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	86590	COMPRESSOR ISENTO DE ÓLEO	UNIDADE	1		
					TOTAL	

7 - JUSTIFICATIVAS PARA O PARCELAMENTO OU NÃO DA SOLUÇÃO

Entrega **será única após 10 dias úteis do empenho, com um único fornecedor.**

8-INDICAÇÃO DE OUTRAS CONTRATAÇÕES INTERDEPENDENTES OU VINCULADAS:

Não há.

9 - DECLARAÇÃO DE VIABILIDADE

Realizado o levantamento de mercado, que consiste na análise das alternativas possíveis.

10-INDICAÇÃO DO(S) INTEGRANTES (S) DA EQUIPE DE PLANEJAMENTO DA CONTRATAÇÃO:

Ana Maria Carpes Pranke – **Coordenadora de Saúde Bucal**
Mônica Sanchez Ita- **Coordenadora da Área Técnica**
Andreia Cristina Ferreira Marascalchi - **Chefe do Departamento de Urgência e Emergência**
Lígia Cavassani **- Secretária de Saúde Interina**

SEGUNDA FEIRA, 14 DE SETEMBRO DE 2026

_____
ANA MARIA CARPES PRANKE
GERÊNCIA DE SAÚDE BUCAL

PROTOCOLO DO SIGM Nº 2026346537