

PREFEITURA MUNICIPAL DE VACARIA



**TERMO DE REFERÊNCIA Nº 54/2024**

Vacaria, 07 de março de 2024

Município de Vacaria - RS

Setor de Licitações

A contratação deverá ser realizada por meio de Contratação Direta (Inexigibilidade de Licitação ou Dispensa de Licitação nos termos dos Artigos 74 e 75 da Lei Federal nº 14.133/2021).

**Responsável pelo preenchimento: Mariele Gozzi de Athaydes.**  
**E-mail: saude@vacaria.rs.gov.br**  
**Telefone Fixo/Ramal: 54 3231-5430 (R 243)**

<b>Secretário(a) Solicitante</b>	<b>Secretaria solicitante</b>		<b>Setor de Licitações</b>
Existe a necessidade de aquisição do material/serviço descrito abaixo. Estou de acordo com a solicitação e justificativa.  <hr/>	Recebido em: _____/_____/20____  Dotação:  1491		Modalidade: ( x ) Dispensa      ( ) Inexigibilidade  Entrada Setor de Compras: _____/_____/20_____  <hr/> Responsável pelo recebimento  Entrada Setor Jurídico: _____/_____/20_____  <hr/> Responsável pelo recebimento

**1. OBJETO**

1.1. O presente termo tem por objetivo a compra de blocos de atendimento ambulatorial odontológico e envelopes para raio-x, para a saúde bucal.

**1.2. JUSTIFICATIVA**

1.3. A presente aquisição justifica-se pela aquisição de blocos de atendimento ambulatorial odontológico, um documento essencial na prática clínica odontológica, pois serve para registrar informações importantes sobre o paciente e o tratamento odontológico realizado. Envelopes para guardar raio-x são utilizados para proteger e armazenar radiografias odontológicas.

[Digite aqui]

## PREFEITURA MUNICIPAL DE VACARIA



### 2. FUNDAMENTAÇÃO DA CONTRATAÇÃO

2.1. A presente contratação tem fundamento no Termo de Formalização de Demanda nº 984/2024 e estudo técnico preliminar os quais fazem parte integrante desse processo de contratação.

### 3. ESTIMATIVA DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

3.1. A estimativa da contratação se deu da seguinte forma: com 3 orçamentos de três gráficas existentes no município. Assim sendo, vislumbra-se que tal valor é compatível com o praticado pelo mercado correspondente, observando-se o disposto no Decreto Municipal nº 09/2024, que “Estabelece o procedimento administrativo para a realização de pesquisa de preços para aquisição de bens, contratação de serviços em geral e para contratação de obras e serviços de engenharia no âmbito do Município de Vacaria/RS, nos termos da Lei Federal nº 14.133/2021”.

3.2. Para embasar o processo e verificar se o valor está dentro da realidade de mercado, o município procedeu em pesquisa de mercado com fornecedores do ramo. O valor obtido é compatível com o praticado pelo mercado correspondente, observando-se o disposto no Decreto Municipal nº 09/2024.

### 4. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

4.1. A despesa decorrente desta solicitação correrá por conta da dotação orçamentária do orçamento nº 1491.

### 6. TABELA DE ITENS

	Especificação	Quantidade	Un. de Medida	Valor Unitário	Valor Total
1	BLOCO FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL ODONTOLÓGICO COM 100 FOLHAS	50	un		
2	ENVELOPE PARA RAIOS-X	10.000	un		

### 5. CRITÉRIO DE JULGAMENTO

5.1. O critério de julgamento estabelecido para esse certame será de **menor preço global**.

[Digite aqui]

## PREFEITURA MUNICIPAL DE VACARIA



### **6. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO**

6.1. A solução proposta é a compra de blocos de ficha de atendimento ambulatorial e envelopes para raio-x. Nas seguintes condições:

### **7. LOCAL E PRAZO DE ENTREGA DOS MATERIAIS**

- 7.1. Os blocos deverão ser entregues na Rua Borges de Medeiros, nº 1800, Vacaria-RS;
- 7.2. A empresa deverá entrar em contato com a contratante para verificar os modelos da ficha de atendimento odontológica e envelopes para raio-x;
- 7.3. O prazo para entrega dos itens é de 10 dias após o envio do empenho.

### **8. DO RECEBIMENTO**

- 8.1. A responsável da Saúde Bucal, é quem vai realizar o recebimento dos itens e caso esteja de acordo com este Termo, irá encaminhar a nota fiscal para que seja realizado o pagamento.
- 8.2. Por ocasião da entrega, os itens serão recebidos pela Servidora Municipal, Rúbia Garbin, e terão suas características confrontadas com as especificações contidas neste instrumento convocatório, considerando a proposta de preços parte integrante do contrato.

### **9. DO PAGAMENTO**

- 9.1. A nota fiscal somente poderá ser gerada após a emissão do empenho;
- 9.2. A nota deverá ser entregue no momento da entrega da mercadoria;
- 9.3. O pagamento será efetuado, no prazo máximo de **30 (trinta) dias** da data de apresentação dos documentos de cobrança, desde que a totalidade do objeto contratado tenha sido executada, atestada e aprovada pelo CONTRATANTE/FISCAL;
- 9.4. O pagamento ocorrerá após o recebimento definitivo dos materiais constantes na Nota de Empenho;
- 9.5. Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal, ou ainda, circunstância que impeça a liquidação da despesa, como, por exemplo, obrigação financeira pendente decorrente de penalidade imposta ou inadimplência, o pagamento ficará suspenso até que a Contratada providencie as medidas saneadoras. Nesta hipótese, o prazo para pagamento iniciar-se-á após a comprovação da regularização da situação, não acarretando qualquer ônus para a Contratante.

### **10. DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA**

#### **10.1. REGULARIDADE FISCAL:**

[Digite aqui]

**PREFEITURA MUNICIPAL DE VACARIA**



Negativa de débitos municipais;

Negativa de débitos federais;

**11. OBSERVAÇÃO: A Documentação somente será exigida do fornecedor com menor valor na Dispensa de Licitação**

MARIELE GOZZI DE ATHAYDES

PREFEITURA MUNICIPAL DE VACARIA



<b>SAMU 192</b>		<b>SAMU 192</b>																														
<b>SAMU 192 RS - BOLETIM DE ATENDIMENTO</b>																																
CHAMADO	Nº <input type="text"/>																															
	DATA <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	HORA <input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> min																														
MÉDICO(A) REGULADORIA(D) (X)																																
<input type="checkbox"/> 1. SOCORRO <input type="checkbox"/> 2. TRANSPORTE <input type="checkbox"/> BASE																																
MOTIVO	<input type="checkbox"/> 4. RESPIRATÓRIO <input type="checkbox"/> 8. OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> 17. METABÓLICO <input type="checkbox"/> 15. COLISÃO <input type="checkbox"/> 19. FAF <input type="checkbox"/> 22. AFOGAMENTO <input type="checkbox"/> 5. CARDIOVASC <input type="checkbox"/> 9. PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> 13. PEDIÁTRICO <input type="checkbox"/> 16. ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> 20. FAS <input type="checkbox"/> 23. ELETROFESSÃO <input type="checkbox"/> 6. NEUROLÓGICO <input type="checkbox"/> 10. INFECCIOSO <input type="checkbox"/> 14. OUTRO _____ <input type="checkbox"/> 17. QUEDA <input type="checkbox"/> 21. QUEIMADURA <input type="checkbox"/> 7. GASTRINTEST. <input type="checkbox"/> 11. INTOXICAÇÃO EXOG. <input type="checkbox"/> 18. AGRESSÃO <input type="checkbox"/> 24. OUTRO _____																															
	NOME COMPLETO: _____ <input type="checkbox"/> 25. Masc    IDADE: _____ <input type="checkbox"/> 26. Fem. <input type="text"/> <input type="text"/> 29. ANOS																															
PACIENTE	ENDEREÇO ONDE SE ENCONTRA O PACIENTE / RUA, Nº, ANEXO, PONTO DE REFERÊNCIA:																															
	_____																															
EXAME PRIMÁRIO	VIAS AERÉAS    RESPIRAÇÃO    CIRCULATÓRIO    NEUROLÓGICO    EXPOSIÇÃO <input type="checkbox"/> 28. OBTURADAS <input type="checkbox"/> 31. NORMAL <input type="checkbox"/> 35. NORMAL <input type="checkbox"/> 39. NORMAL <input type="checkbox"/> 42. CONFUSÃO <input type="checkbox"/> 44. SEM ALTERAÇÃO <input type="checkbox"/> 47. FRATURAS <input type="checkbox"/> 29. TARC. OBSTR. <input type="checkbox"/> 32. ALTERADA <input type="checkbox"/> 36. CHOQUE <input type="checkbox"/> 40. CONVULSÃO <input type="checkbox"/> 43. COMA <input type="checkbox"/> 45. QUEIMADURA <input type="checkbox"/> 48. FERIMENTOS <input type="checkbox"/> 30. LIVRE <input type="checkbox"/> 33. AGÔNICA <input type="checkbox"/> 37. SANGRAMENTO <input type="checkbox"/> 41. AGITAÇÃO <input type="checkbox"/> 46. DEFORMIDADES <input type="checkbox"/> 34. APNEIA <input type="checkbox"/> 38. PCR <input type="checkbox"/> 48. DEFORMIDADES																															
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>HORA</th> <th>P.A</th> <th>F.C</th> <th>F.R</th> <th>Sat. 02%</th> <th>T. Axilar °C</th> <th>HGT</th> <th>Glasgow</th> <th>ETR</th> <th>ETP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>INÍCIO</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>FIM</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			HORA	P.A	F.C	F.R	Sat. 02%	T. Axilar °C	HGT	Glasgow	ETR	ETP	<b>INÍCIO</b>										<b>FIM</b>								
HORA	P.A	F.C	F.R	Sat. 02%	T. Axilar °C	HGT	Glasgow	ETR	ETP																							
<b>INÍCIO</b>																																
<b>FIM</b>																																
PROCEDIMENTOS EFETUADOS	<input type="checkbox"/> 49. ADM. OXIGÊNIO <input type="checkbox"/> 54. RCP <input type="checkbox"/> 59. INTRACRÂNIA <input type="checkbox"/> 64. DESFIBRILAÇÃO <input type="checkbox"/> 69. KED <input type="checkbox"/> 50. GUEDEL <input type="checkbox"/> 55. PUNÇÃO TORÁCICA <input type="checkbox"/> 60. FLEBOTOMIA <input type="checkbox"/> 65. OXIMETRIA <input type="checkbox"/> 70. PRANCHA LONGA <input type="checkbox"/> 51. ASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> 56. DRENAGEM TORÁCICA <input type="checkbox"/> 61. PUNÇÃO PERICÁRDICA <input type="checkbox"/> 66. COLAR CERVICAL <input type="checkbox"/> 71. _____ <input type="checkbox"/> 52. INTUBAÇÃO (ÓTIM) <input type="checkbox"/> 57. VEIA PERIFÉRICA <input type="checkbox"/> 62. Sonda GÁSTRICA <input type="checkbox"/> 67. IMOBILIZAÇÃO MEMBRO <input type="checkbox"/> 72. _____ <input type="checkbox"/> 53. PUNÇÃO CRIO <input type="checkbox"/> 58. INTRACTH <input type="checkbox"/> 63. Sonda VERTICAL <input type="checkbox"/> 68. CURATIVO <input type="checkbox"/> 73. _____																															
	AVALIAÇÃO MONITOR ECG: _____ REPOSIÇÃO VOLÊMICA / MEDICAMENTOS: _____																															
TRANSP.	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>TIPO</th> <th>ORIGEM</th> <th>DESTINO</th> <th>CONTATO NO DESTINO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 74. SIMPLES    <input type="checkbox"/> 75. MEDICALIZADO                             </td> <td>REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO</td> <td>REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			TIPO	ORIGEM	DESTINO	CONTATO NO DESTINO	<input type="checkbox"/> 74. SIMPLES <input type="checkbox"/> 75. MEDICALIZADO	REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO	REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO																						
	TIPO	ORIGEM	DESTINO	CONTATO NO DESTINO																												
<input type="checkbox"/> 74. SIMPLES <input type="checkbox"/> 75. MEDICALIZADO	REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO	REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO																														
<input type="checkbox"/> 76. CANCELADO <input type="checkbox"/> 78. ÓBITO <input type="checkbox"/> 80. RECUSOU HOSPITALIZAÇÃO <input type="checkbox"/> 82. OUTRO <input type="checkbox"/> 77. FALSO <input type="checkbox"/> 79. RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> 81. NÃO ESTÁ MAIS NO LOCAL																																
OBSERVAÇÕES																																
EQUIPE RECEPTORA MÉDICO(OR)		EQUIPE INTERVENÇÃO(ISTA) MÉDICO(OR) ENFERMEIRO(COREN)																														
		CONDUZIDA																														