



Prefeitura Municipal de Platina

ESTADO DE SÃO PAULO
CNPJ 44.543.999/0001-90

Fones: (18) 3354-1171 | 3354-1182

site: www.platina.sp.gov.br | e-mail: secretaria@platina.sp.gov.br



TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO

Contratação de profissional de odontologia responsável pelos serviços contemplados no Programa Sorria São Paulo, conforme condições e exigências estabelecidas neste instrumento:

Nº	QTD	UNI	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO
1	1	SER	Contratação de profissional de odontologia responsável pelos serviços contemplados no programa "Sorria São Paulo" com carga horária semanal de 06 (seis) horas pelo período de 12 (doze) meses. Totalizando aproximadamente 26 (vinte e seis) horas mensais.

2. JUSTIFICATIVA

Tendo em vista **o encerramento contratual do atual profissional e a grande demanda que o serviço apresenta**, faz-se necessário a realização de novo certame licitatório para continuidade das ações oferecidas pelo programa.

Os serviços são importantes aliados no tratamento da saúde bucal dos usuários do SUS, pois contribuem para a reorganização da assistência à saúde bucal na APS, com a devida integração das equipes de SB às demais ações das equipes da APS. O Programa basicamente aperfeiçoa a Atenção Básica na Saúde de modo a abastecer de forma contínua os consultórios odontológicos em insumos e serviços de atendimento odontológico diretamente ao usuário, ampliando e qualificando a Promoção de Saúde Bucal.

3. ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS

O profissional disponibilizado pela empresa deverá:

- Realizar consultas odontológicas de avaliação, diagnóstico e planejamento terapêutico;
- Executar procedimentos odontológicos clínicos de baixa e média complexidade, tais como restaurações, exodontias simples, raspagem e alisamento radicular, aplicação tópica de flúor, entre outros;
- Desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, em consonância com as diretrizes da Atenção Primária em Saúde (APS);
- Realizar atendimento individual e coletivo, incluindo atividades educativas em saúde bucal junto à comunidade;
- Registrar todos os atendimentos e procedimentos em prontuário físico ou eletrônico conforme protocolos da Secretaria Municipal de Saúde;



Prefeitura Municipal de Platina

ESTADO DE SÃO PAULO
CNPJ 44.543.999/0001-90

Fones: (18) 3354-1171 | 3354-1182

site: www.platina.sp.gov.br | e-mail: secretaria@platina.sp.gov.br



- Participar de reuniões técnicas, capacitações e ações intersetoriais quando convocado pela Secretaria Municipal de Saúde;
- Realizar demais procedimentos e atribuições constantes do Programa Sorria SP.

4. LOCAL DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

Os serviços serão executados em unidade em local indicado pela Secretaria Municipal de Saúde de Platina/SP, podendo ser ajustado conforme a necessidade da Administração Municipal.

5. CARGA HORÁRIA

A carga horária semanal será de 06 (seis) horas, com dias e horários definidos previamente pela Secretaria Municipal de Saúde de Platina/SP.

6. PRAZO DE EXECUÇÃO

O contrato terá vigência de 12 (doze) meses, contados a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, nos termos do art. 105 da Lei Federal nº 14.133/2021, mediante conveniência administrativa, interesse público e disponibilidade orçamentária.

7. REQUISITOS DO PROFISSIONAL

- Graduação em Odontologia com registro ativo e regular no Conselho Regional de Odontologia (CRO);
- Experiência comprovada em atendimento odontológico clínico, preferencialmente na Atenção Primária à Saúde;
- Desejável participação prévia em programas públicos de saúde bucal ou projetos similares.

8. REQUISITOS DA EMPRESA CONTRATADA

8.1. Capacidade Técnica

Deverá apresentar atestado de capacidade técnica emitido por pessoa jurídica de direito público ou privado, comprovando a execução de serviços similares ao objeto deste Termo de Referência.

8.2. Profissional Designado

Deverá ser indicado previamente o nome do profissional responsável pela execução dos serviços, com envio de currículo, documentos comprobatórios de formação e experiência, e CRO ativo.

8.3. Seguro de Responsabilidade Civil



Prefeitura Municipal de Platina

ESTADO DE SÃO PAULO
CNPJ 44.543.999/0001-90

Fones: (18) 3354-1171 | 3354-1182

site: www.platina.sp.gov.br | e-mail: secretaria@platina.sp.gov.br



A empresa deverá possuir apólice de seguro de responsabilidade civil profissional vigente durante toda a execução contratual, garantindo cobertura adequada em caso de danos decorrentes da atividade médica.

8.4. Adequação à LGPD

A empresa deverá assinar termo de compromisso de confidencialidade e conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018), comprometendo-se a manter sigilo sobre os dados sensíveis dos pacientes atendidos.

8.5. Regularidade Jurídico-Fiscal

Deverá comprovar regularidade jurídica e fiscal, inclusive com registro ativo no Conselho Regional de Odontologia, na condição de pessoa jurídica prestadora de serviços.

9. REMUNERAÇÃO

A remuneração será paga mensalmente, de acordo com os valores estabelecidos no contrato administrativo, observando-se a compatibilidade com os valores praticados no mercado, a tabela municipal vigente e a disponibilidade orçamentária, em conformidade com o art. 92 da Lei nº 14.133/2021.

10. FISCALIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO

A execução dos serviços será acompanhada e fiscalizada por servidor designado da Secretaria Municipal de Saúde de Platina/SP, que verificará o cumprimento das obrigações contratuais, podendo exigir relatórios, documentos comprobatórios e demais elementos de controle.

11. DISPOSIÇÕES FINAIS

A empresa contratada deverá observar todas as normas éticas, legais e técnica, bem como as diretrizes do SUS, garantindo atendimento humanizado, seguro e resolutivo. O descumprimento das obrigações contratuais poderá ensejar a aplicação das penalidades previstas na Lei Federal nº 14.133/2021 e demais normas aplicáveis, sem prejuízo da responsabilização civil, administrativa.

Platina/SP, 16 de Setembro de 2025.

Geiseliane Parras Lau de Lima
Secretária Municipal de Saúde