# TERMO DE REFERÊNCIA

1. **DO OBJETO**
   1. Contratação de Empresa para fornecimento de serviço de plano odontológico para os empregados e dependentes do CAU/RJ, tendo como quantitativo estimado 75 (setenta e cinco) pessoas.

# DA JUSTIFICATIVA

* 1. Visando garantir o bem-estar dos funcionários do CAU/RJ, a gestão decidiu buscar a contratação do plano odontológico, sendo custeado 100% pelos funcionários.
  2. A contratação pretendida justiﬁca-se para proporcionar segurança e tranquilidade aos colaboradores do CAU/RJ e seus dependentes diretos, no campo da saúde, tendo em vista que o acesso à assistência médica odontológica, ainda que garantido constitucionalmente, não satisfaz as necessidades existentes daqueles que precisam, na presente conjuntura nacional.
  3. A contratação de Operadora de Planos ou Seguros Privados de Assistência à Saúde Suplementar, para a prestação de serviços de assistência médica odontológica para os empregados e respectivos dependentes do CAU/RJ, visa assegurar a saúde destes empregados, o que certamente reﬂete no desenvolvimento das atividades laborais.
  4. As ausências ao trabalho diminuem, pois o empregado geralmente recebe atendimento com mais rapidez em comparação ao sistema público de saúde, além do fato de o credenciamento ao plano odontológico de viabilizar a prática da chamada ‘medicina preventiva’, isto é, as consultas médicas e, consequentemente, os diagnósticos, são realizados de modo a evitar e prevenir doenças, e não exclusivamente para combatê-las após seu surgimento.

# DA DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS A SEREM PRESTADOS

o Adequação do meio bucal

* Ajuste oclusal por acréscimo
* Ajuste oclusal por desgaste seletivo
* Alveoloplastia
* Amputação radicular com obturação retrógrada
* Amputação radicular sem obturação retrógrada
* Apicetomia birradicular com obturação retrógrada
* Apicetomia birradicular sem obturação retrógrada
* Apicetomia multirradicular com obturação retrógrada
* Apicetomia multirradicular sem obturação retrógrada
* Apicetomia unirradicular com obturação retrógrada
* Apicetomia unirradicular sem obturação retrógrada
* Aplicação de cariostático
* Aplicação de selante – técnica invasiva
* Aplicação de selante de fóssulas e ﬁssuras
* Aplicação tópica de ﬂúor
* Aplicação tópica de verniz ﬂuoretado
* Aprofundamento/aumento de vestíbulo
* Arco lingual
* Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de

pacientes com necessidades especiais.

* Atividade educativa em saúde bucal
* Atividade educativa para pais e/ou cuidadores
* Aumento de coroa clínica
* Avaliação da condição de saúde
* Avaliação periodontal e controle
* Barra transpalatina ﬁxa (instalação na rede credenciada)
* Biópsia de boca
* Biópsia de glândula salivar
* Biópsia de lábio
* Biópsia de língua
* Biópsia de mandíbula
* Biópsia de maxila
* Botão de nance (instalação na rede credenciada)
* Bridectomia
* Bridotomia
* Capeamento pulpar direto
* Cirurgia odontológica a retalho
* Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos
* Cirurgia para exostose maxilar
* Cirurgia para torus mandibular bilateral
* Cirurgia para torus mandibular unilateral
* Cirurgia para torus palatino
* Cirurgia periodontal a retalho
* Cirurgia periodontal por elemento
* Clareamento de dente desvitalizado
* Colagem de fragmentos dentários
* Coleta de raspado em lesões ou sítios especíﬁcos da região bucomaxilofacial
* Condicionamento em odontologia
* Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais
* Conserto de prótese parcial removível (exclusivamente em consultório)
* Conserto de prótese total (exclusivamente em consultório)
* Consulta em ambiente hospitalar ou home care
* Consulta odontológica
* Consulta odontológica de urgência 24h – simples
* Consulta odontológica de urgência
* Consulta odontológica de urgência 24h
* Consulta odontológica de urgência em horário comercial
* Consulta para técnica de clareamento dentário caseiro
* Contenção ﬁxa – por arcada
* Controle de bioﬁlme (placa bacteriana)
* Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região bucomaxilofacial
* Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região bucomaxilofacial
* Coroa 3/4
* Coroa de acetato em dente decíduo
* Coroa de aço em dente decíduo
* Coroa de policarbonato em dente decíduo
* Coroa provisória com pino
* Coroa provisória sem pino
* Coroa total acrílica prensada
* Coroa total em cerômero (dentes anteriores)
* Coroa total metálica
* Cunha proximal
* Curetagem de bolsa periodontal
* Dessensibilização dentária
* Determinação do CPOS ampliado
* Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região bucomaxilofacial
* Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região bucomaxilofacial
* Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região bucomaxilofacial

o Diagnóstico anatomopatológico em punção na região bucomaxilofacial

* Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética
* Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose
* Diagnóstico e tratamento de halitose
* Diagnóstico e tratamento de xerostomia
* Diagnóstico por meio de enceramento
* Documentação ortodôntica básica
* Enxerto conjuntivo subepitelial
* Enxerto gengival livre
* Enxerto pediculado

o Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica

o Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia

* Evidenciação de placa
* Exérese ou excisão de cálculo salivar
* Exérese ou excisão de cistos odontológicos
* Exérese ou excisão de mucocele
* Exérese ou excisão de rânula
* Exodontia a retalho
* Exodontia de inclusos/impactados/supranumerários
* Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética
* Exodontia de raiz residual
* Exodontia de semi-inclusos/impactados
* Exodontia de semi-inclusos/impactados/supranumerários
* Exodontia simples de decíduo
* Exodontia simples de permanente
* Faceta direta de resina fotopolimerizável (dentes anteriores)
* Frenulectomia labial
* Frenulectomia lingual
* Frenulotomia labial
* Frenulotomia lingual
* Gengivectomia
* Gengivectomia por elemento
* Gengivoplastia
* Grade palatina ﬁxa
* Grade palatina removível
* Imobilização dentária em dentes decíduos
* Imobilização dentária em dentes permanentes
* Incisão e drenagem extraoral de abscesso, hematoma e/ou ﬂegmão da região bucomaxilofacial
* Incisão e drenagem intraoral de abscesso, hematoma e/ou ﬂegmão da região bucomaxilofacial
* Instalação de aparelho – rede credenciada
* Levantamento radiográﬁco (exame radiodôntico)
* Mantenedor de espaço ﬁxo
* Mantenedor de espaço removível
* Mumiﬁcação pulpar

o Núcleo de ﬁbra de vidro ou ﬁbra de carbono mais preenchimento

* Núcleo de preenchimento
* Núcleo metálico fundido
* Odontossecção
* Periodontia 2\*\*
* Periodontia 3\*\*\*
* Placa de contenção
* Placa de hawley
* Placa de hawley – com torno expansor
* Placa labioativa
* Placa oclusal resiliente (instalação na rede credenciada)
* Prevenção 1\*
* Proﬁlaxia: polimento coronário
* Pulpotomia
* Pulpotomia em dente decíduo
* Punção aspirativa na região bucomaxilofacial
* Punção aspirativa orientada por imagem na região bucomaxilofacial
* Quadri-hélice
* Radiograﬁa anteroposterior
* Radiograﬁa da ATM
* Radiograﬁa de mão e punho – carpal
* Radiograﬁa interproximal – bite-wing
* Radiograﬁa interproximal – bite-wing em clínica radiológica
* Radiograﬁa lateral do corpo da mandíbula
* Radiograﬁa oclusal
* Radiograﬁa oclusal em clínica radiológica
* Radiograﬁa panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomograﬁa)
* Radiograﬁa panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomograﬁa) com traçado cefalométrico
* Radiograﬁa periapical
* Radiograﬁa periapical em clínica radiológica
* Radiograﬁa posteroanterior
* Raspagem subgengival/alisamento radicular
* Raspagem supragengival
* Reconstrução de sulco gengivolabial
* Redução cruenta de fratura alveolodentária
* Redução incruenta de fratura alveolodentária

o Redução simples de luxação de articulação temporomandibular (ATM)

* Reembasamento de prótese total ou parcial – imediato (em consultório)
* Reimplante dentário com contenção
* Remineralização

o Remoção de aparelho ﬁxo (proﬁlaxia inclusa)

o Remoção de corpo estranho intracanal

* Remoção de dentes inclusos/impactados
* Remoção de dreno extraoral
* Remoção de dreno intraoral
* Remoção de núcleo intrarradicular
* Remoção de odontoma

o Remoção dos fatores de retenção do bioﬁlme dental (placa bacteriana)

* Reparo em restauração
* Restauração atraumática em dente decíduo
* Restauração atraumática em dente permanente
* Restauração de amálgama – 1 face
* Restauração de amálgama – 2 faces
* Restauração de amálgama – 3 faces
* Restauração de amálgama – 4 faces
* Restauração de ângulo
* Restauração de superfície radicular

o Restauração de ionômero de vidro – 1 face

o Restauração de ionômero de vidro – 2 faces

o Restauração de ionômero de vidro – 3 faces

o Restauração de ionômero de vidro – 4 faces

* Restauração de resina fotopolimerizável – 1 face
* Restauração de resina fotopolimerizável – 2 faces
* Restauração de resina fotopolimerizável – 3 faces
* Restauração de resina fotopolimerizável – 4 faces
* Restauração metálica fundida
* Restauração temporária/tratamento expectante
* Retirada de corpo estranho oroantral ou oronasal da região bucomaxilofacial

o Retirada de corpo estranho subcutâneo ou submucoso da região bucomaxilofacial

* Retratamento endodôntico birradicular
* Retratamento endodôntico multirradicular
* Retratamento endodôntico unirradicular
* Sepultamento radicular
* Sutura de ferida em região bucomaxilofacial
* Telerradiogaﬁa frontal
* Telerradiograﬁa com traçado cefalométrico
* Telerradiograﬁa frontal
* Teste de capacidade tampão da saliva
* Teste de contagem microbiológica
* Teste de ﬂuxo salivar
* Teste de ph salivar
* Tracionamento cirúrgico com ﬁnalidade ortodôntica

o Tratamento cirúrgico de bridas constritivas da região bucomaxilofacial

* Tratamento cirúrgico das fístulas buconasais
* Tratamento cirúrgico das fístulas bucossinusais
* Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região bucomaxilofacial
* Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região bucomaxilofacial.
* Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região bucomaxilofacial
* Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região bucomaxilofacial
* Tratamento cirúrgico para tumores odontogênicos benignos sem reconstrução
* Tratamento conservador de luxação da articulação temporomandibular – atm
* Tratamento de abscesso periodontal agudo
* Tratamento de alveolite
* Tratamento de ﬂuorose – microabrasão
* Tratamento de gengivite necrosante aguda – gna
* Tratamento de perfuração endodôntica
* Tratamento de pericoronarite
* Tratamento endodôntico birradicular
* Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta
* Tratamento endodôntico em dente decíduo
* Tratamento endodôntico multirradicular
* Tratamento endodôntico unirradicular
* Tunelização
* Ulectomia
* Ulotomia
* Utilização de microscópio em endodontia

**\***O procedimento inclui raspagem supragengival, proﬁlaxia, adequação do meio, atividade educativa, evidenciação de placa e aplicação tópica de ﬂúor.

**\*\***O procedimento inclui raspagem supragengival, proﬁlaxia, adequação do meio, atividade educativa, evidenciação de placa e aplicação tópica de ﬂúor.

**\*\*\***O procedimento inclui curetagem de bolsa periodontal, alisamento radicular, raspagem subgengival, raspagem supragengival, proﬁlaxia, adequação do meio, atividade educativa, evidenciação de placa e aplicação tópica de ﬂúor.

# ÓRGÃO INTERESSADO

**4.1** Órgão interessado: Conselho de Arquitetura e Urbanismo do Rio de Janeiro (CAU/RJ), localizado na Rua Evaristo da Veiga, nº 55, 21º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20031-040.

# DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

* 1. Como o plano odontológico a ser contratado será custeado em sua integralidade pelos funcionários do CAU/RJ, não há que se designar conta orçamentária, pois não haverá despesa para este Conselho.

# DO PAGAMENTO

* 1. O pagamento deverá ser efetuado no prazo de 30 dias a contar da entrega da nota ﬁscal, ou documento correspondente e respectiva atestação do servidor, que não o ordenador de despesas, observadas as condições legais.
     1. O “atesto” da Nota Fiscal/Fatura ﬁca condicionado à veriﬁcação da conformidade da Nota Fiscal / Fatura apresentada pela Contratada, com a efetivação da prestação do serviço.
  2. O pagamento será realizado desde que a Contratada efetue a cobrança de forma a permitir o cumprimento das exigências legais, principalmente no que se refere às retenções tributárias, bem como comprove a regularidade ﬁscal e trabalhista por meio das certidões mencionadas no artigo 29 da Lei 8666/93.
  3. A nota ﬁscal/fatura que contiver erro será devolvida à Contratada para retiﬁcação e reapresentação, interrompendo-se a contagem do prazo, que recomeçará a ser contado integralmente a partir de sua reapresentação.
  4. A Contratada, optante pelo Simples, deverá apresentar, juntamente com a nota ﬁscal/fatura, declaração, conforme modelo constante do Anexo IV da Instrução Normativa SRF nº 480, de 15/12/2004 (substituído pelo Anexo IV constante da IN RFB n° 791, de 10 de dezembro de 2007). Caso não o faça, ﬁcará sujeita à retenção de imposto e contribuições, de acordo com a referida Instrução.

Rio de Janeiro, 22 de junho de 2016.

Marcos André De Souza Ribeiro Junior Assistente Administrativo

CAU/RJ