



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE CASTELLO BRANCO**  
Rua Alberto Ernesto Lang, nº 29, Centro, CEP: 89745-000  
Telefone: (49) 3457-1122, E-mail: [compras@castellobranco.sc.gov.br](mailto:compras@castellobranco.sc.gov.br)

## TERMO DE REFERÊNCIA Nº 002/2025

### FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

[Lei Federal nº 14.133/2021: art. 6º, XX c/c art. 18, §§ 1º e 2º](#)

#### **1. Definição do objeto, incluídos sua natureza, os quantitativos, o prazo do contrato e, se for o caso, a possibilidade de sua prorrogação.**

R: O objeto do presente termo de referência é a contratação clínica terapêutica especializada na prestação de serviços de tratamento de saúde mental / psicopatologias, envolvendo a internação voluntária, involuntária e compulsória de adolescentes e adultos, de ambos os sexos, além de incluir atendimento psicológico individual e em grupo, assistência psicossocial, assistência médica e laboratorial, alimentação, hospedagem e terapias adequadas.

Esta contratação se faz necessária para atender a demanda do Fundo Municipal de Saúde de Presidente Castello Branco/SC, por um período de 12 meses a contar da assinatura do contrato podendo ser prorrogado mediante conveniência administrativa. No momento, existe a demanda pela internação de um paciente, entretanto poderá haver a necessidade de outras internações durante o período de vigência do edital de chamamento.

A relação do serviço a ser contratado através do credenciamento, bem como os quantitativos previstos estão dispostos na tabela a seguir:

ITEM	ESPECIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS	UNIDADE	QUANTIDADE
1	Contratação de clínica especializada para internação voluntária, involuntária e compulsória para adolescentes e adultos, de ambos os sexos, em clínica terapêutica para <b>tratamento de saúde mental / psicopatologias, GRAU I</b> , que deverá incluir atendimento psicológico individual e em grupo, assistência psicossocial, assistência médica e laboratorial, alimentação, hospedagem e terapias adequadas. Acompanhamento familiar e pós-alta.	Mês	12

#### **2. Especificação do produto, preferencialmente conforme catálogo eletrônico de padronização, observados os requisitos de qualidade, rendimento, compatibilidade, durabilidade e segurança**

R: A administração pública municipal, ainda não possui catálogo eletrônico de padronização, entretanto resolvemos utilizar o mesmo descritivo que vem sendo utilizado em outros anos, pois este atende as nossas necessidades.

#### **3. Fundamentação da contratação, que consiste na referência aos estudos técnicos preliminares correspondentes ou, quando não for possível divulgar esses estudos, no extrato das partes que não contiverem informações sigilosas.**

R: A contratação está fundamentada no estudo técnico preliminar – ETP- número 0002/2025.



#### **4. Descrição da solução como um todo, considerado todo o ciclo de vida do objeto.**

R: Diante das opções analisadas no estudo técnico preliminar, optou-se pela contratação de uma clínica terapêutica especializada, com foco no acolhimento e acompanhamento contínuo de indivíduos em processo de recuperação, visa garantir a qualidade de vida daqueles que se encontram em situações vulneráveis de autossustento e/ou autocuidado. Esse acolhimento deve ser em local com estrutura física adequada com a finalidade de fornecer a construção progressiva da autonomia, da inclusão social e comunitária e do desenvolvimento de capacidades adequadas para a vida diária.

#### **5. Requisitos da contratação**

A empresa deve estar devidamente registrada na JUCESC e RFB com o CNAE na atividade específica para a qual a contratação se destina.

A empresa interessada em se credenciar deverá estar situada a uma distância máxima de 200 Km do Município. Essa exigência visa otimizar o transporte dos pacientes, considerando seu bem-estar, uma vez que deslocamentos longos podem ser exaustivos e estressantes. Além disso, empresas localizadas a distâncias maiores gerariam custos adicionais para o Município, já que estariam fora da rota padrão de transporte de pacientes.

#### **DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO DO CREDENCIAMENTO:**

Contrato Social

Registro da Firma no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);

Certidão Negativa Municipal (do Município sede da proponente);

Certidão Negativa Estadual (do Estado sede da proponente);

Certidão de Quitação de Tributos e Contribuições Federais, Dívida Ativa da União e INSS;

Certidão Negativa de Débito do FGTS;

Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT);

Documentos pessoais do responsável pela assinatura do contrato;

Certidão CEIS, CNEP da empresa e CPF da pessoa responsável.

Alvará de licença para localização e funcionamento, expedido pelo Município sede;

Alvará Sanitário, segundo legislação vigente;

Além dos documentos exigidos no Edital de chamamento.

#### **6. Modelo de execução do objeto, que consiste na definição de como o contrato deverá produzir os resultados pretendidos desde o seu início até o seu encerramento.**

6.1 A contratada deverá disponibilizar a vaga em até 48 horas, contadas após a solicitação do Fundo Municipal de Saúde;

6.2 Prestar os serviços de acordo com a legislação vigente, fornecendo todos os medicamentos necessários ao tratamento.

6.3 Manter os pacientes internados, independente da voluntariedade dos mesmos.

6.4 Disponibilizar espaços adequados com a devida higiene, cozinha coletiva, alimentação de boa qualidade, acomodações adequadas ao número de pacientes;

6.5 Fornecer atendimento multidisciplinar composta por profissionais e técnicos para prestação de serviços de reabilitação de dependentes químicos, serviços terapêuticos, atividades físicas orientadas, orientação pedagógica, acompanhamento e orientação familiar;



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE CASTELLO BRANCO**

*Rua Alberto Ernesto Lang, nº 29, Centro, CEP: 89745-000*

*Telefone: (49) 3457-1122, E-mail: [compras@castellobranco.sc.gov.br](mailto:compras@castellobranco.sc.gov.br)*

- 6.6 Desenvolver condições para a independência e o autocuidado;
- 6.7 Promover a convivência mista entre os residentes de diversos graus de dependência;
- 6.8 Acolher e garantir proteção integral;
- 6.9 Possibilitar a convivência comunitária;
- 6.10 Promover acesso à rede socioassistencial, aos demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos e às demais políticas públicas setoriais;
- 6.11 Favorecer o surgimento e o desenvolvimento de aptidões, capacidades e oportunidades para que os indivíduos façam escolhas com autonomia;
- 6.12 Promover o acesso a programações culturais, de lazer, de esporte e ocupacionais internas e externas;
- 6.13 Incentivar o desenvolvimento do protagonismo e de capacidades para a realização de atividades da vida diária;
- 6.14 O espaço físico deverá ter endereço de referência, condições de repouso, espaço de estar e convívio interno e externo, banheiro para higiene pessoal, espaço para guarda de pertences, lavagem e secagem de roupas, alimentação, com acessibilidade de acordo com as normas da ABNT e garantir vestuário e pertences;
- 6.15 Dispor de material permanente e material de consumo necessário para o desenvolvimento do serviço;
- 6.16 Disponibilizar alimentação diariamente aos acolhidos, sendo no mínimo quatro refeições/dia, em exceção aos casos com prescrição médica que podem variar este quantitativo;
- 6.17 Ministrando os medicamentos dos acolhidos conforme prescrição e orientação estabelecidos pelos médicos;
- 6.18 Enviar relatórios detalhados acerca das condições sociais, psicológicas e de saúde da pessoa idosa, sempre que requisitado pela equipe técnica do contratante, com prazo não superior a 15 dias da requisição;
- 6.19 Funcionar pelo período de 24 (vinte e quatro) horas, ininterruptamente, garantindo o atendimento de qualidade, bem como cumprir as demais normas específicas que se referem aos ambientes, suas medidas e formas de divisão e acessibilidade.
- 6.20 O serviço contratado será avaliado em relação a conformidade, qualidade e quantidade, de acordo com a solicitação, após, a nota fiscal será atestada e encaminhada para pagamento.
- 6.21 Executar os serviços no prazo máximo estipulado no termo de referência e contrato;
- 6.22 Facultar a Administração, a qualquer tempo, a realização de inspeções e diligências, objetivando o acompanhamento e avaliação técnica da execução dos serviços contratados;
- 6.23 Notificar a Administração, através da Secretaria de Saúde, imediatamente e por escrito de quaisquer irregularidades que venham a ocorrer em função da execução dos serviços;
- 6.24 Dar garantias e cumprir rigorosamente os prazos estipulados no contrato;
- 6.25 Manter sempre a qualidade na prestação dos serviços executados;
- 6.26 Arcar com a responsabilidade civil por todos e quaisquer danos materiais e morais causados pela ação ou omissão de seus empregados, trabalhadores, prepostos ou representantes, dolosa ou culposamente, à SMS de Presidente Castello Branco ou a terceiros;
- 6.27 Assegurar ao Município as condições necessárias ao acompanhamento, a supervisão, ao controle, a fiscalização e auditoria da execução do objeto contratado;



- 6.28 Utilizar empregados habilitados com conhecimento dos serviços a serem executados, de conformidade com as normas e determinações em vigor;
- 6.29 Manter seus empregados devidamente uniformizados e identificados, além de provê-los com os Equipamentos de Proteção Individual - EPI, quando for o caso, sem ônus para a contratante;
- 6.30 Fornecer a contratante número de telefone de celular e e-mail do funcionário responsável, com perfeito conhecimento do objeto do contrato, para o pronto deslocamento e atendimento, em situações de emergências
- 6.31 Assumir por inteira responsabilidade pela conservação e limpeza dos locais de execução dos serviços;
- 6.32 Apresentar os documentos de cobrança exigidos no edital, inclusive nota fiscal com a descrição completa dos procedimentos e quantitativos realizados no mês, enviados a Secretaria Municipal de Saúde.

**7. Modelo de gestão do contrato, que descreve como a execução do objeto será acompanhada e fiscalizada pelo órgão ou entidade.**

- 7.1 O contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e as normas da Lei nº 14.133, de 2021, e cada parte responderá pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.
- 7.2 Para realizar a fiscalização e a gestão do contrato será designado um servidor para cada função através de Portaria Municipal, estes serão responsáveis por acompanhar e garantir o fiel cumprimento dos serviços contratados de acordo com as suas competências, assegurando que tudo seja executado conforme previsto;
- 7.3 Os contratos serão firmados pelo período de 01 (um) ano e poderão ser prorrogados de acordo com o disposto nos artigos 106 e 107 da Lei n. 14.133/2021, caso haja interesse da Administração, com a anuência do credenciado.
- 7.4 Para o reajuste do vencimento será utilizada a variação do INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) nos doze meses anteriores, ou outro índice oficial que o substitua, caso seja extinto.

**8. Critérios de medição e de pagamento**

- 8.1 O pagamento será feito no prazo de até 30 (trinta) dias mediante apresentação das notas fiscais, devidamente atestada pelo responsável no acompanhamento dos serviços.
- 8.2 Para fazer jus ao pagamento, a contratada deverá apresentar nota fiscal, de acordo com a autorização de fornecimento, descrevendo o produto fornecido, a quantidade, preço unitário, preço total e número da Solicitação de Fornecimento (SF).
- 8.3 Nenhum pagamento será efetuado à contratada enquanto pendente de liquidação qualquer obrigação financeira que lhe for imposta, em virtude de penalidade ou inadimplência, sem que isso gere direito ao pleito de reajustamento dos preços ou correção monetária.
- 8.4 Deverá ser emitida nota fiscal em nome do Município de Presidente Castello Branco, com a seguinte descrição: Fundo Municipal de Saúde, CNPJ nº 11.333.647/0001-51, com endereço na Av. 17 de Fevereiro, 374, Centro, Presidente Castello Branco/SC, CEP 89.745-000.
- 8.5 A Nota Fiscal/Fatura que for apresentada com erro será devolvida ao detentor, para retificação ou substituição.



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE CASTELLO BRANCO**  
*Rua Alberto Ernesto Lang, nº 29, Centro, CEP: 89745-000*  
*Telefone: (49) 3457-1122, E-mail: compras@castellobranco.sc.gov.br*

**9. Forma e critérios de seleção do fornecedor**

R: O fornecedor será contratado por meio do credenciamento, a administração pública publicará o edital de chamamento em sitio eletrônico oficial e o manterá a disposição do público interessado.

**10. Estimativas do valor da contratação, acompanhadas dos preços unitários referenciais, das memórias de cálculo e dos documentos que lhe dão suporte, com os parâmetros utilizados para a obtenção dos preços e para os respectivos cálculos, que devem constar de documento separado e classificado.**

R: Estima-se, para a presente contratação, o valor mensal de R\$ 8.801,25 (oito mil, oitocentos e um reais e vinte e cinco centavos) por paciente. Se considerarmos que esse paciente fique internado durante os 12 meses de vigência esse valor será de R\$ 105.615,00 (cento e cinco mil, seiscentos e quinze reais), conforme especificado no ETP nº 002/2025 e na tabela de preços anexa a este documento. O recurso a ser utilizado será próprio.

**11. Adequação orçamentária**

R: Parecer contábil em anexo assinado pelo Assessor Contábil Vilmar Picinato.

**12. Indicação dos locais de entrega dos produtos e das regras para recebimentos provisório e definitivo, quando for o caso.**

R: O objeto será prestado na clínica credenciada.

**13. Especificação da garantia exigida e das condições de manutenção e assistência técnica, quando for o caso.**

R: Não é o caso.

Presidente Castello Branco, 12 de fevereiro de 2025.

---

**Taliane Dallagnol Barbosa**  
Assistente Social

---

**Jones Cléo Gemi**  
Secretário do Fundo Municipal de Saúde




**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE CASTELLO BRANCO**

Rua Alberto Ernesto Lang, nº 29, Centro, CEP: 89745-000

Telefone: (49) 3457-1122, E-mail: [compras@castellobranco.sc.gov.br](mailto:compras@castellobranco.sc.gov.br)

**ANEXO - Planilha de preços**

										
ESTADO DE SANTA CATARINA MUNICÍPIO DE PRESIDENTE CASTELLO BRANCO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE FONE: (49) 3457-1122 (49) 99135-2967 CEP: 89745-000 - <a href="mailto:saude@castellobranco.sc.gov.br">saude@castellobranco.sc.gov.br</a>										
PLANILHA DE PREÇOS										
ITEM	DISCRIMINAÇÃO DOS ITENS	QUANT	UNID.	MUN. CAPINZAL-SC	MUN. IJUÍ-RS	MUN. PASSO FUNDO	CLINICA REVIVER	ANGELS CENTRO TERAPÊUTICO	MÉDIA (VALOR MENSAL)	VALOR TOTAL CONSIDERANDO O PERÍODO DE 12 MESES (POR PACIENTE)
1	Contratação de clínica especializada para internação voluntária, involuntária e compulsória para adolescentes e adultos, de ambos os sexos, em clínica terapêutica para <b>tratamento de saúde mental / psicopatologias, GRAU I</b> , que deverá incluir atendimento psicológico individual e em grupo, assistência psicossocial, assistência médica e laboratorial, alimentação, hospedagem e terapias adequadas. Acompanhamento familiar e pós-alta.	12	MÊS	R\$ 8.000,00	R\$ 9.977,28	R\$ 6.629,00	R\$ 9.800,00	R\$ 9.600,00	R\$ 8.801,25	R\$ 105.615,00
										<b>R\$ 105.615,00</b>