



PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA
DE JAHU
Secretaria de Saúde



Fls. 7

Secretaria de
Saúde

TERMO DE REFERÊNCIA

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE JAHU
Secretaria/Setor Requisitante: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Objeto: SERVIÇOS DE TERAPIA OCUPACIONAL DOMICILIAR

1. FUNDAMENTAÇÃO DA AQUISIÇÃO
1.1. Necessidade (demanda) a ser atendida: PARA ATENDER ORDEM JUDICIAL N. 10023382-86.2026.8.26.0302
1.2. Beneficiários/usuários/interessados na contratação: R.R.C., paciente acometida por Encefalopatia Hipóxico-Isquêmica, CID 10 P91.6.
1.3. Resultados esperados da aquisição: EFEITOS SIGNIFICATIVOS DE MELHORA NA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE .
1.4. Existência de Estudo Técnico Preliminar: ☐ Sim ☐ Não ☒ Não se aplica
1.5. Existência de Análise de Riscos: ☐ Sim ☐ Não ☒ Não se aplica
1.6. Existência de Projeto Básico: ☐ Sim ☐ Não ☒ Não se aplica
1.7. Existência de Projeto Executivo: ☐ Sim ☐ Não ☒ Não se aplica
1.7.1. Em caso de substituição de Projeto Executivo pelo Projeto Básico, justificar: NÃO SE APLICA
2. DA DESCRIÇÃO DOS MATERIAIS/SERVIÇOS A SEREM CONTRATADOS
2.1. Detalhamento do Objeto.



TERMO DE REFERÊNCIA

" JAHU CAPITAL NACIONAL DO CALÇADO FEMININO "

" RIBEIRO DE BARROS - HERÓI NACIONAL "





PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA
DE JAHU
Secretaria de Saúde



Secretaria de
Saúde

Fls. _____

ITEM	OBJETO	DESCRIÇÃO	QTDE MENSAL	QTDE 03 MESES
1	TERAPIA OCUPACIONAL DOMICILIAR	Atendimento à ordem judicial nº 1006862-63.2025.8.26.0302, sendo 02 (duas) sessões semanais totalizando aproximadamente DE 08 A 10(DEZ) sessões mensais, DOIS MESES DE 10 SESSÕES E UM MES DE 08 SESSÕES para paciente, R.R.C, paciente acometida por Encefalopatia Hipóxico-Isquêmica, CID 10 P91.6	08 A 10 sessões	28 sessões
		TOTAL	08 A 10 sessões	28
2.2. Estimativa de Valores Documento anexo: conforme tabela anexa				
2.3. Sujeição às normas técnicas: NÃO SE APLICA				
2.4. Especificação de garantia/assistência técnica: NÃO SE APLICA				
2.5. Natureza do Objeto da Contratação/Aquisição: Serviço não continuado ☒ Serviço continuado Material de consumo Material permanente / equipamento Obra de engenharia Outros				
2.5.1. Em se tratando de obra de engenharia, manifestar: ☐ Comum ☐ Especial				
2.6. Necessidade de Agrupamento de Itens: ☐ Sim ☐ Não ☒ Não se aplica				
2.6.1. Em caso de necessidade de agrupamento de itens, justificar:.				
2.7. Possibilidade de subcontratação: ☐ Sim ☐ Não ☒ Não se aplica				
2.7.1. Em permitindo a subcontratação, especificar as condições:				
3. CONDIÇÕES DE HABILITAÇÃO				
3.1. Para habilitação jurídica, a empresa de melhor proposta deverá entregar os seguintes documentos: () Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de				



TERMO DE REFERÊNCIA

" JAHU CAPITAL NACIONAL DO CALÇADO FEMININO "

" RIBEIRO DE BARROS - HERÓI NACIONAL "





**PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA
DE JAHU
Secretaria de Saúde**



Fls. 9

Secretaria de
Saúde

sociedades comerciais, e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores; ou registro comercial, no caso de empresa individual.

(X) Documento de identidade do preposto ou do representante da empresa responsável pela execução do contrato.

(X) Inscrição no cadastro de pessoas físicas (CPF).

() Comprovante de residência.

3.2. Para qualificação econômico-financeira, a empresa de melhor proposta deverá entregar os seguintes documentos:

() Certidão negativa de falência ou concordata com sua expedição nunca superior a 90 (noventa) dias de sua emissão, referente à comarca de domicílio da empresa licitante.

() Balanço Patrimonial.

() Capital mínimo ou de patrimônio líquido mínimo equivalente até 10% do valor estimado da contratação.

() Certidão negativa expedida pelo Cartório distribuidor do domicílio, demonstrando inexistência de quaisquer ações de execução ou insolvência civil

3.3. Para regularidade fiscal e trabalhista, a empresa de melhor proposta deverá entregar os seguintes documentos:

() Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ).

() Inscrição no Cadastro de Contribuintes Estadual ou Municipal, se houver relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto desta contratação.

() Certificado de Regularidade para com o FGTS, expedido pela Caixa Econômica Federal ou prova equivalente que comprove, inequivocamente, a regularidade de situação.

(X) Certidão de regularidade para com a fazenda estadual.

(X) Certidão de regularidade para com a fazenda municipal do domicílio da empresa licitante.

(X) Certidão conjunta de regularidade da receita federal e tributos federais e dívida ativa da União e INSS.

(X) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), para comprovar a inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho.

() Declaração de Empregador de Pessoa Jurídica e de Situação Regular no Ministério do Trabalho, conforme inciso VI, art. 68 da Lei 14.133/21

3.4. Para regularidade técnica, a empresa de melhor proposta deverá entregar os seguintes documentos:

() Apresentação de profissional, devidamente registrado no conselho profissional competente, detentor de atestado de responsabilidade técnica.

() Certidões ou atestados, regularmente emitidos pelo conselho profissional competente.

() Registro ou inscrição na entidade profissional competente.

Nas hipóteses previstas no art. 70, III da Lei 14.133/21 ou caso seja necessário estabelecer condições específicas em relação a habilitação, descrever aqui: Conforme artigo 51, Decreto

8.637/23

4. DO CRITÉRIO DE ACEITABILIDADE DA PROPOSTA

☒ Menor Preço

☐ Melhor Técnica

☐ Melhor Técnica e Menor Preço

5. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

POSSUIR CONDIÇÕES DE ATENDER O PACIENTE, NA TERAPIA SOLICITADA, DE IMEDIATO CONTANDO A PARTIR DA EMISSÃO DA ORDEM DE SERVIÇO EMITIDA PELA SECRETARIA DE SAÚDE.

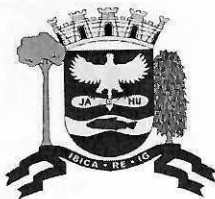


TERMO DE REFERÊNCIA

" JAHU CAPITAL NACIONAL DO CALÇADO FEMININO "

" RIBEIRO DE BARROS - HERÓI NACIONAL "





**PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA
DE JAHU
Secretaria de Saúde**



Fls. _____

Secretaria de
Saúde

O atendimento TERAPIA OCUPACIONAL a pacientes com encefalopatia exige do profissional conhecimentos específicos e foco na reabilitação neurofuncional, adaptação do ambiente e treinamento para o cuidado, conforme diretrizes dos conselhos federal e regionais de classe.

Foca em maximizar a independência nas Atividades de Vida Diária (AVDs) e melhorar a qualidade de vida. O atendimento no lar permite adaptar o ambiente, treinar o cuidador e realizar estímulos focados nas capacidades cognitivas, motoras e sensoriais do paciente.

Reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, às suas expensas, as partes dos produtos em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes dos materiais empregados.

Substituir, reparar ou corrigir, às suas expensas, no prazo fixado neste Termo de Referência, o objeto com avarias ou defeitos.

Organizar-se técnica e administrativamente de modo a cumprir com eficiência as obrigações assumidas.

Não serão aceitos, em nenhuma hipótese, itens que não atenda(m) as especificações contidas no Termo de Referência.

6. OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

Efetuar o pagamento à empresa contratada no valor correspondente ao fornecimento do objeto, no prazo e forma estabelecidos no edital nesse Termo;

Comunicar a empresa vencedora, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas no objeto fornecido, para que seja substituído, reparado ou corrigido;

Rejeitar, no todo ou em parte, o produto que a empresa vencedora entregar fora das especificações desse Termo;

A Administração não responderá por quaisquer compromissos assumidos pelo Fornecedor com terceiros, ainda que vinculados à execução do presente Termo, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato do Fornecedor, de seus empregados, prepostos ou subordinados.

7. ENTREGA/PRESTAÇÃO DO OBJETO

7.1. Forma de entrega/prestação:

Prestação Única

☒ Prestações Sucessivas

Outras

7.1.1. Em caso de serviços, prestados de forma sucessivas com cumprimento em etapas, cronograma ou planilha, informar etapas e prazos de forma individual e seus critérios de medição (pode ser documento anexo):

7.2. Local de entrega/prestação:

☐ Almoxarifado

Secretaria Demandante



TERMO DE REFERÊNCIA

" JAHU CAPITAL NACIONAL DO CALCADO FEMININO "

" RIBEIRO DE BARROS - HERÓI NACIONAL "





PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA
DE JAHU
Secretaria de Saúde



Fls. 9

Secretaria de
Saúde

☒ Local Específico

7.2.1. Em caso de local específico de entrega/prestação, favor indicá-lo: RUA VITOR CERINO, 228 – JARDIM MARIA LUIZA IV - JAHU

8. PAGAMENTO DO OBJETO

8.1. Condição de Pagamento:

Parcela Única

☒ Parcelas Sucessivas

8.1.1. Caso seja em parcelas sucessivas, indicar a periodicidade (mensal, bimestral, cumprimento de etapas etc.):
MENSAL

8.2. Forma de Pagamento:

☒ Padrão (Transferência Bancária)

☐ Especial

8.2.1. Caso seja em forma especial, indicá-lo e justificá-lo:

8.3. Prazo de Pagamento:

☒ Padrão (15 dias)

☐ Especial

8.3.1. Caso seja em prazo especial, indicá-lo e justificá-lo:

9. VIGÊNCIA DA CONTRATAÇÃO

9.1. Informar período de vigência: 03 MESES A PARTIR DA ORDEM DE SERVIÇO EMITIDA PELA SECRETARIA DE SAÚDE

Jahu/SP, 09 DE junho DE 2026

ROSIMEIRE RUIZ
DIRETOR

Responsável pelo Termo de Referência

JOSÉ APARECIDO SEGURA RUIZ
SECRETÁRIO DE SAÚDE



TERMO DE REFERÊNCIA

" JAHU CAPITAL NACIONAL DO CALÇADO FEMININO "

" RIBEIRO DE BARROS - HERÓI NACIONAL "

