



GOVERNO DO MUNICÍPIO DE
PESCARIA BRAVA
Teus filhos haverão de se orgulhar.

TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO

Contratação de empresa especializada para a prestação de serviços de reabilitação, compreendendo sessões de equoterapia e terapia ocupacional, destinados aos pacientes regulados pelo Sistema de Regulação – SISREG, atendidos pela Secretaria Municipal de Saúde, mediante atendimento terapêutico especializado, envolvendo:

Mínimo de 01 (um) fisioterapeuta devidamente registrado no respectivo conselho de classe, com certificação da Associação Nacional de Equoterapia – ANDE-BRASIL;

Mínimo de 01 (um) equitador ou guia com curso de equitação certificado;

Mínimo de 02 (dois) cavalos treinados para a prática de equitação terapêutica

Item	Descritivo	Quantidade Mensal	Valor Sessão	Valor mensal	Total
01	Sessão de Equoterapia	140	R\$ 213,58	R\$29.901,20	R\$ 358.814,40
02	Sessão de Terapia Ocupacional	140	R\$ 206,65	R\$ 28.931,00	R\$ 347.172,00

2. JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO

A presente contratação justifica-se pela crescente demanda por serviços de reabilitação no município, evidenciada pela existência de fila de espera de pacientes devidamente cadastrados e regulados via SISREG. Atualmente, os atendimentos ocorrem apenas uma vez por semana, o que se mostra insuficiente para atender a demanda existente. Assim, a ampliação da oferta visa garantir maior acesso, reduzir o tempo de espera e promover maior resolutividade na assistência à saúde, em consonância com os princípios do SUS.

3. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO

A solução consiste na ampliação dos atendimentos semanais, conforme abaixo:

- Segundas-feiras (vespertino): 7 atendimentos
 - Quartas-feiras (matutino e vespertino): 14 atendimentos
 - Quintas-feiras (matutino e vespertino): 14 atendimentos
- Totalizando 35 atendimentos semanais

4. ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO

Os serviços deverão ser prestados conforme as seguintes diretrizes:

Manter a limpeza do espaço utilizado para as sessões, incluindo os ambientes de permanência dos animais;



GOVERNO DO MUNICÍPIO DE PESCARIA BRAVA

Teus filhos haverãodeseorgulhar.

- Disponibilizar profissional fisioterapeuta com registro ativo no respectivo conselho de classe e formação mínima em Equoterapia pela ANDE-BRASIL;
- Disponibilizar, no mínimo, 01 (um) equitador ou guia com curso de equitação certificado;
- Disponibilizar, no mínimo, 02 (dois) cavalos adequadamente treinados, com declaração conforme modelo (ANEXO I) e respectivos registros/certificados de saúde;
- Apresentar exame negativo para Anemia Infecciosa Equina e comprovação de vacinação anual contra Influenza Equina;
- Fornecer os materiais de equitação exigidos, incluindo selas, estribos, bucal, cilhas, peitorais, gamarras, mantas, arreios, entre outros itens de segurança.
- Registro de evolução dos pacientes;
- Atendimento conforme protocolos técnicos e normas sanitárias vigentes.

5. DA EXECUÇÃO DO SERVIÇO

Os atendimentos deverão ser realizados na sede da empresa, desde que situada em um raio de até 30 km do município de Pescaria Brava/SC;

Caso a empresa não possua sede dentro do referido raio, poderá implantar os atendimentos no próprio município de Pescaria Brava, desde que atenda integralmente às exigências previstas no deste Termo de Referência.

A contratada deverá prestar, no mínimo, 35 (trinta e cinco) atendimentos semanais, totalizando 140 (cento e quarenta) sessões mensais;

Cada sessão deverá ter duração mínima de 30 (trinta) minutos;

A frequência mínima por paciente deverá ser de 01 (uma) sessão a cada 07 (sete) dias;

Cada paciente terá direito inicial a até 10 (dez) sessões;

Poderão ser autorizados até 02 (dois) ciclos adicionais de 10 (dez) sessões, mediante novo encaminhamento do Departamento de Regulação Municipal, totalizando até 30 (trinta) sessões por paciente;

Novas indicações após esse limite dependerão de avaliação e agendamento pelo setor competente;

A frequência entre sessões poderá ser ajustada, desde que não haja fila de espera;

As sessões somente serão realizadas mediante apresentação de encaminhamento oficial expedido pelo Departamento de Regulação Municipal, devidamente assinado por servidor competente;

É obrigação da contratada coletar a assinatura do paciente ou de seu responsável legal no dia da sessão, em formulário de frequência (ANEXO II), sendo esta condição indispensável para fins de pagamento.

6. PRAZO DE VIGÊNCIA E EXECUÇÃO

O prazo de execução dos serviços será de 12 (doze) meses, contados a partir da assinatura do contrato;



GOVERNO DO MUNICÍPIO DE
PESCARIA BRAVA
Teus filhos haverão de se orgulhar.

O contrato poderá ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos, nos termos do art. 107 da Lei nº 14.133/2021, mediante justificativa e interesse da Administração.

7. DO CRITÉRIO DE JULGAMENTO

O critério de julgamento adotado será o de menor preço por sessão, conforme previsto no art. 33, inciso I, da Lei nº 14.133/2021, desde que atendidos os requisitos técnicos mínimos exigidos neste Termo de Referência;

O valor proposto deverá englobar todos os custos diretos e indiretos da prestação do serviço, incluindo deslocamentos, materiais, encargos trabalhistas e tributos.

8. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

O descumprimento das obrigações contratuais sujeitará a contratada às sanções previstas no art. 156 da Lei nº 14.133/2021, sem prejuízo da responsabilidade civil e penal cabível; As penalidades poderão incluir:

- a) Advertência;
- b) Multa;
- c) Impedimento de licitar e contratar com a Administração por até 3 (três) anos;
- d) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com qualquer ente da Federação.

9. RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

As despesas decorrentes da contratação, objeto desta Licitação, correrão à conta dos recursos consignados no orçamento vigente no Município de Pescaria Brava, Estado de Santa Catarina, no exercício do ano de 2026 e as que vierem a substituí-la nos próximos exercícios na específica dotação orçamentária da Secretaria Requisitante.

10. DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA

A empresa interessada deverá apresentar os seguintes documentos para fins de credenciamento/contratação:

- a) Contrato social ou estatuto atualizado;
- b) Prova de inscrição no CNPJ;
- c) Certidões de regularidade fiscal e trabalhista (Receita Federal, Dívida Ativa da União, FGTS e INSS); d) Alvará de funcionamento atualizado;
- e) Comprovação de experiência mínima de 01 (um) ano na prestação de serviços de equoterapia;



GOVERNO DO MUNICÍPIO DE
PESCARIA BRAVA
Teusfilhosaverãodeseorgulhar.

- f) Declaração de disponibilidade de local de atendimento;
- g) Relação dos profissionais, com:
 - Registro no conselho de classe (CREFITO para fisioterapeutas);
 - Registro no conselho de classe (CREFITO para empresa);
 - Certificação pela ANDE-BRASIL; Certificado de curso de equitação para o guia/equitador;
- h) Declaração e documentos de saúde dos cavalos (ANEXO I);
- i) Declaração de que os atendimentos seguirão os termos do presente Termo de Referência.

12. DO PAGAMENTO

O pagamento será efetuado em moeda corrente nacional, por meio de Ordem Bancária, no prazo de até 30 (trinta) dias após o recebimento da liquidação da nota fiscal devidamente atestada pelo representante da Administração, conforme os artigos 62 e 63 da Lei federal nº 4.320/1964. O valor será depositado na conta corrente da Contratada, junto à agência bancária indicada por ela.

A Nota Fiscal deve ser emitida em nome do respectivo Fundo, com o CNPJ correspondente, não se admitindo documento de cobrança emitido com dados divergentes.

A Nota Fiscal ou Fatura deverá ser obrigatoriamente acompanhada da comprovação de regularidade fiscal, mediante consulta aos sítios eletrônicos oficiais

A Nota Fiscal ou Fatura deverá ser obrigatoriamente acompanhada da comprovação das condições de habilitação.

O setor competente analisará os documentos necessários para certificação dos serviços e estando em conformidade fará o encaminhamento ao setor competente que verificará:

- Prazo de validade;
- Data de emissão;
- Os dados do contrato e do órgão contratante;
- O período de prestação dos serviços;
- O valor a pagar;
- Eventual destaque do valor de retenções tributárias cabíveis.

13. FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

A fiscalização e o acompanhamento da execução contratual serão realizados por servidor formalmente designado pela Secretaria Municipal de Saúde de Pescaria Brava/SC, **Camila Fernandes Alves**, conforme art. 117 da Lei nº 14.133/2021;

Compete ao fiscal do contrato:

- a) Acompanhar a regularidade dos atendimentos realizados;
- b) Verificar o cumprimento das exigências técnicas e contratuais;
- c) Conferir as fichas de frequência e documentos fiscais apresentados para pagamento;



GOVERNO DO MUNICÍPIO DE
PESCARIA BRAVA
Teus filhos haverãodeseorgulhar.

d) Registrar ocorrências e propor, quando necessário, a aplicação de penalidades.

14. DISPOSIÇÕES FINAIS

Os casos omissos no presente Termo de Referência serão solucionados com fulcro na Lei nº. 14.1333/21 e suas alterações, bem como as demais normas pertinentes.

Pescaria Brava/SC, 28 de abril de 2026

JUANITA ALVES IZIDORO
Secretária de Saúde

Camila Fernandes Alves
Matricula 2240
Fiscal do Processo



GOVERNO DO MUNICÍPIO DE
PESCARIA BRAVA
Teus filhos haverãodeseorgulhar.

ANEXO I — DECLARAÇÃO DE CAVALOS TREINADOS PARA EQUOTERAPIA

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE ANIMAIS TREINADOS

A empresa _____, inscrita no CNPJ nº _____, sediada à _____, por meio de seu representante legal, declara, para os devidos fins, que disponibilizará para a execução dos serviços de equoterapia:

Cavalo 1:

Nome: _____ Raça: _____ Idade: _____ anos

Registro no MAPA (se houver): _____ Treinado para equoterapia: () Sim () Não Exame negativo para Anemia Infecciosa Eqüina: () Sim – Data: ___ / ___ / ___

Vacinação contra Influenza Eqüina: () Sim – Data: ___ / ___ / ___

Cavalo 2: Nome: _____ Raça: _____ Idade: _____ anos

Registro no MAPA (se houver): _____ Treinado para equoterapia: () Sim () Não Exame negativo para Anemia Infecciosa Eqüina: () Sim – Data: ___ / ___ / ___

Vacinação contra Influenza Eqüina: () Sim – Data: ___ / ___ / ___

Declaro, ainda, que os animais acima são mansos, treinados para atividades terapêuticas, recebem manejo adequado e possuem acompanhamento veterinário contínuo.

Pescaria Brava/SC, ___ de _____ de _____.

Assinatura e carimbo do responsável legal

Nome:

CPF:

RG:



GOVERNO DO MUNICÍPIO DE
PESCARIA BRAVA
Teus filhos haverãodeseorgulhar.

ANEXO II — FICHA DE FREQUÊNCIA DO PACIENTE

Nome do Paciente: _____

Encaminhamento: Nº _____ Data: ___/___/___

Nome do Responsável (se aplicável): _____

Período de Atendimentos: ___/___/___ a ___/___/___

DATA	HORÁRIO	ASSINATURA DO PACIENTE	/RESPONSÁVEL	OBSERVAÇÕES
------	---------	------------------------	--------------	-------------

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

Responsável Técnico pela Sessão:

Nome: _____ Profissão: _____

Registro no Conselho: _____ Assinatura: _____