

Sorocaba, 10 de Setembro de 2025

TERMO DE REFERÊNCIA

1. DEFINIÇÃO

1.1 Objeto

Contratação de Serviço Especializado em Internação Domiciliar (Home-Care).

1.2 Descrição

O serviço de Home Care deverá ser executados conforme Projeto Básico.

1.3 Quantidade

O contrato é serviço único para cada paciente, incluindo as quantidades mensais conforme planilhas de escopo anexas.

1.4 Prazo do Contrato

O contrato terá duração de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data indicada na Ordem de Início do Serviço.

1.5 Forma e Critérios de seleção do fornecedor

Menor preço global.

1.6 Requisitos da Contratação

Para a contratação é necessário:

a) Possuir prova de aptidão para o desempenho de atividade pertinente e compatível com o objeto desta contratação, por meio da apresentação de Atestado(s) ou Certidão (ões), expedido (s) por pessoa jurídica de direito público ou privado, necessariamente em nome da empresa, no(s) qual(ais) se indique(m) a realização de, no mínimo, 50% da execução pretendida em quantitativo e período da referida contratação.

- b) Possuir registro da empresa no Conselho Regional de Medicina - CRM e no Conselho Regional de Enfermagem - COREN.
- c) Possuir registro do Responsável Técnico no respectivo conselho de classe.
- d) Possuir Licença da Vigilância Sanitária vigente, em conformidade com o objeto contratado de acordo com a respectiva Classificação Nacional de Atividades Econômicas - CNAE, conforme portaria CVS 1/2024.

1.7 Descrição da Solução como um todo

Contratação de empresa especializada para fornecimento de serviço de Home Care, incluindo a totalidade da necessidade dos pacientes pelo período de 24 (vinte e quatro) meses, considerando que se trata de serviço contínuo, sem previsão para encerramento.

O Município deverá fornecer:

- Equipe multidisciplinar, incluindo Auxiliar/Técnico de Enfermagem 24hs, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, Nutricionista e Terapeuta Ocupacional, além de prever atendimento de especialidades diversas, caso necessário;
- Materiais / Insumos;
- Equipamentos / Mobiliários;
- Alimentação;
- Medicação;
- Exames médicos laboratoriais e de imagem;
- Transporte e remoção;

2. FUNDAMENTAÇÃO DA CONTRATAÇÃO

Atendimento aos Mandados Judiciais:

- 602.2016/077941-8 - M.H.S.A.
- 602.2014/106446-8 - M.R.S.
- 602.2016/024302-0 - Y.F.R.

3. DA EXECUÇÃO



702
V9

3.1. Execução do Objeto

O objeto deverá ser executado conforme discriminado no Projeto Básico em anexo.

3.2. Gestão do contrato

A execução do serviço será acompanhada pela Secretaria da Saúde de Sorocaba, através de servidores designados, que promoverá a análise mensal do prontuário do paciente, dos relatórios de evolução, dos recibos de entrega dos materiais e insumos e da planilha de faturamento, certificando a compatibilidade entre o serviço executado e o serviço contratado. Por meio da documentação técnica será verificado a necessidade de aditivos e supressões de itens do escopo.

Intercorrências na prestação dos serviços ou itens não especificado nos documentos contratuais deverão ser encaminhados para a equipe de Home Care da Secretaria da Saúde pelo e-mail: homecare@sorocaba.sp.gov.br ciência que fornecerá orientações.

A Secretaria da Saúde realizará visita com equipe técnica multidisciplinar, quando julgar necessário.

3.2.1 Indicação de Fiscalizador

A Secretaria da Saúde designará a servidora Daniangela De Grandi Barbosa, Biomédica, como supervisora técnica e a servidora Adriana Cristina Alves, como fiscalizadora administrativa.

4. DA DESPESA

4.1 Estimativa do Custo Estimado

Estimativa do valor da contratação:

Após a realização de pesquisa de preços através de sites especializados, Painel de Preços, Portal Nacional de Contratações Públicas, bem como contratos similares com a municipalidade e cotações com fornecedores, estima-se que o custo da contratação conforme imagem abaixo.

ITEM	DESCRIÇÃO	QTD	MENSAL	TOTAL
1	SERVIÇO DE HOME CARE PARA ATENDER AOS PACIENTES M.H.S.A./M.R.S./Y.F.R. PELO PERÍODO DE 24 MESES	01 SERVIÇO	MENOR VALOR MENSAL RS 133.651,19	MENOR VALOR TOTAL 24 MESES RS 3.207.628,60

4.2 Indicação da programação orçamentária

- Dotação: 2086
- Fonte: 01
- Funcional: 103021001
- Ação: 2093
- Cód. Aplicação: 3020000
- Econômica: 3.3.90.39.89

4.3 Cronograma Físico e Financeiro de Desembolso

Mês	%		Mês	%
1	4,16		13	4,17
2	4,16		14	4,17
3	4,16		15	4,17
4	4,16		16	4,17
5	4,16		17	4,17
6	4,16		18	4,17
7	4,16		19	4,17
8	4,16		20	4,17
9	4,17		21	4,17
10	4,17		22	4,17
11	4,17		23	4,17

12	4,17		24	4,17
----	------	--	----	------

4.4 Critérios de Medição e de Pagamento

O pagamento pelos serviços prestados será realizado pela Prefeitura mensalmente, entre o 7º dia e o 30º dia, preferencialmente as sextas-feiras, após a apresentação do documento fiscal, bem como dos documentos elencados neste item:

4.4.1 Documentação Técnica;

a) Relatórios de evolução do médico visitador e especialidades - quando houver as prescrições médicas devidamente checadas pela equipe de enfermagem, evoluções dos atendimentos de fisioterapia, fonoterapia, nutricionista, os quais devem conter, obrigatoriamente, data e hora da assistência prestada.

b) Planilha demonstrativa do faturamento, contendo os quantitativos totais de cada um dos tipos de serviços e materiais fornecidos e os respectivos valores apurados, acompanhada da cópia integral do prontuário do paciente, e todos os documentos necessários à verificação das contas apresentadas.

4.4.2 Documentação Administrativa:

a) Relação de empregados que estiverem envolvidos na execução das atividades contratadas, cópia do holerite e o comprovante de pagamento para comprovação de cumprimento das obrigações trabalhistas, referente ao mês da prestação de serviços.

b) Guia e comprovante de pagamento INSS acompanhada do Recibo de Entrega da Declaração de Débitos e Créditos Tributários Federais Previdenciários - DCTFweb.

c) Guia e comprovante de pagamento FGTS Digital acompanhada da Relação de Trabalhadores.

d) Comprovantes de recolhimento do ISS (Imposto Sobre Serviço).

e) Ficha de controle de Equipamento de Proteção Individual - EPI, compatível com a prestação do serviço. Identificação do tipo de EPI, n°. de CA (quando se aplicar ao EPI). Favor encaminhar mensalmente a ficha de controle de todos os colaboradores envolvidos na prestação de serviço que recebem EPI.

f) Outros documentos/arquivos que a prefeitura julgar procedente.

- Apresentar, sempre que houver rescisão e ao final do contrato se não houver prorrogação:
 - a) Termo de rescisão do contrato de trabalho;
 - b) Guia rescisória de FGTS e Contribuições Sociais (GRFC)/Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS (GRRF);
 - c) Aviso Prévio e Pedido de Demissão;
 - d) Comunicação de dispensa; (CD) e requerimento de Seguro-Desemprego (SD).

4.4.3 - Para fins de faturamento só serão computados, e liberados:

- Materiais, medicamentos e insumos: somente os que efetivamente forem checados pelo profissional de enfermagem (plantonista) nas prescrições e/ou prontuário do paciente.
- Equipe multidisciplinar: evoluções e atendimentos devidamente preenchidos, datados e assinados pelo profissional.
- Materiais, medicamentos de emergência: com apresentação do receiptuário, autorização da Secretaria da Saúde (e-mail) e documento fiscal confirmando o valor da compra a ser repassado à Contratada, além de respectivas checagens nos prontuários.
- Recibo semanal/mensal de entrega dos materiais, medicamentos, dietas e suplementos conferido e assinado pelo responsável legal do paciente.

4.4.4 - A Nota Fiscal de Serviços deverá ser emitida, no mês subsequente a prestação dos serviços, com a devida autorização e após entrega e conferência dos documentos administrativos e técnicos

pelo setor responsável da Secretaria da Saúde, os quais devem ser entregues mensalmente até o 5º dia útil de cada mês. Caso existam divergências/glosas na documentação apresentada as mesmas serão informadas a contratada que deverá corrigir ou justificar os apontamentos.

JULIANA KAROLINE
HONORATO 528
218

Assinado de forma digital
por JULIANA KAROLINE
HONORATO 528218

Juliana Karoline Honorato

Divisão de Administração e Gestão

De Acordo,

PRISCILA
RENATA
FELICIANO
635108

Assinado de
forma digital por
PRISCILA RENATA
FELICIANO 63
5108

Priscila Renata Feliciano

Secretária da Saúde