

## EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 004/2026 – SMS

O **MUNICÍPIO DE FLORIANO-PI**, representado pela Secretaria Municipal da Saúde, com sede na Av. Eurípedes de Aguiar, 592, Centro, Floriano - PI, inscrita no CNPJ sob o nº 10.640.637/0001-04, torna público para conhecimento dos interessados em geral, por meio **CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS INTERESSADAS EM PRESTAREM SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA E TÉCNICO DE ENFERMAGEM TEMPORÁRIO COM O ÚNICO E EXCLUSIVO OBJETIVO DE ATENDIMENTO À SENTENÇA JUDICIAL EXARADA PELO JUIZADO ESPECIAL DA FAZENDA PÚBLICA, PROCESSOS Nº 0800501-53.2024.8.18.0146, NOS TERMOS DAS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NO EDITAL DE CHAMAMENTO E ANEXOS**, cujo procedimento será conduzido pela Comissão de contratação, observadas as disposições contidas no Art. 74 e Art. 79 da Lei nº 14.133/21, observando-se em todos os casos o cumprimento dos requisitos prévios estabelecidos nesse chamamento, aplicando no que couber as disposições da Lei Orgânica da Saúde – Lei Federal nº 8.080/90 – os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme regras predefinidas abaixo.

### INTEGRAM O PRESENTE EDITAL, OS SEGUINTE ANEXOS:

- Anexo I:** Locais de inscrição para credenciamento;  
**Anexo II:** Formulário de Inscrição para credenciamento dos interessados;  
**Anexo III:** Modelo de Declaração de que não emprega menores;  
**Anexo IV:** Valor de Referência para Credenciamento e Quantitativo Estimado de Cada Item;  
**Anexo V:** Declaração de concordância com o edital;  
**Anexo VI:** Termo de Comprometimento;  
**Anexo VII:** Minuta de Termo de Credenciamento/Contrato;  
**Anexo VIII:** Declaração de Não Vínculo;  
**Anexo IX:** Modelo de Currículo.

## 1. DO OBJETO

**1.1 CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS INTERESSADAS EM PRESTAREM SERVIÇOS FISIOTERAPÊUTICOS TEMPORÁRIO COM O ÚNICO E EXCLUSIVO OBJETIVO DE ATENDIMENTO À SENTENÇA JUDICIAL EXARADA PELO JUIZADO ESPECIAL DA FAZENDA PÚBLICA, PROCESSO Nº 0800501-53.2024.8.18.0146, NOS TERMOS DAS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NO EDITAL DE CHAMAMENTO E ANEXOS.**

## 2. DO CARGO, DESCRIÇÃO DO SERVIÇO E ESCOLARIDADE.

2.1 Os requisitos e as atribuições objetivas deste processo de Credenciamento são os seguintes:

| PROFISSIONAL DE FISIOTERAPIA |                                                                                                                            |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| REQUISITOS                   | Ensino superior completo em Fisioterapia, registro ativo no CREFITO, Disponibilidade para atendimento domiciliar imediato. |

| Atribuições    |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FISIOTERAPEUTA | Atendimento ao processo judicial nº 0800501-53.2024.8.18.0146<br>• <b>Execução do Plano Terapêutico:</b> Realizar o atendimento fisioterapêutico domiciliar em conformidade com a prescrição médica e as diretrizes estabelecidas na sentença judicial, respeitando a frequência e a |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>carga horária determinadas pelo juízo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Avaliação Cinesiológica-Funcional:</b> Efetuar a avaliação inicial e periódica do estado funcional do paciente, definindo objetivos terapêuticos e métodos de intervenção adequados à patologia objeto da lide.</li> <li>• <b>Manutenção de Prontuário Domiciliar:</b> Registrar obrigatoriamente, a cada atendimento, a evolução clínica, as técnicas aplicadas, as intercorrências e a resposta do paciente ao tratamento em prontuário de livre acesso à fiscalização.</li> <li>• <b>Elaboração de Relatórios de Evolução:</b> Emitir relatórios técnicos mensais detalhados sobre o quadro clínico do paciente, servindo como instrumento de prova de cumprimento da obrigação de fazer perante o Juizado Especial da Fazenda Pública.</li> <li>• <b>Manejo de Equipamentos e Insumos:</b> Operar e monitorar o uso de equipamentos de suporte fisioterapêutico (se houver) e orientar a família quanto ao uso adequado de materiais necessários à reabilitação no ambiente domiciliar.</li> <li>• <b>Prevenção de Complicações:</b> Aplicar técnicas de mobilização, manobras respiratórias e exercícios motores visando prevenir atrofias, escaras de decúbito e complicações decorrentes da imobilidade.</li> <li>• <b>Orientação Técnica à Rede de Apoio:</b> Treinar cuidadores e familiares quanto ao posicionamento correto do paciente no leito e transferências, visando a segurança do usuário e a eficácia do tratamento home care.</li> <li>• <b>Notificação de Alterações Clínicas:</b> Comunicar formalmente à Secretaria Municipal de Saúde qualquer alteração significativa no quadro de saúde do paciente que demande ajuste na conduta terapêutica ou intervenção de equipe multiprofissional.</li> <li>• <b>Atestado de Frequência:</b> Responsabilizar-se pelo preenchimento das folhas de presença/produzividade, colhendo a assinatura do responsável pelo paciente para fins de comprovação da execução do serviço.</li> </ul> |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### PROFISSIONAL DE TEC. DE ENFERMAGEM

|                   |                                                                                                                                                                                               |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>REQUISITOS</b> | Ensino Médio completo com Curso Técnico em Enfermagem; registro ativo no COREN-PI; disponibilidade para cumprimento de plantão presencial de 8 (oito) horas diárias no domicílio do paciente. |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### Atribuições

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TEC. DE ENFERMAGEM</b> | <p>Atendimento ao processo judicial nº 0800501-53.2024.8.18.0146</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistência Direta em Plantão: Permanecer em regime de plantão presencial de 8 (oito) horas diárias na residência do beneficiário, garantindo vigilância e cuidados contínuos durante todo o turno estabelecido.</li> <li>• Monitoramento de Sinais Vitais: Realizar a aferição e o registro periódico de temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e saturação de oxigênio.</li> <li>• Administração de Terapêutica: Executar a administração de medicamentos (via oral, inalatória ou outras, conforme prescrição médica), respeitando rigorosamente horários, dosagens e vias.</li> <li>• Anotações de Enfermagem (Prontuário): Registrar detalhadamente em boletim diário todas as atividades realizadas, incluindo aceitação da dieta, eliminações, padrão de sono, comportamento e quaisquer intercorrências clínicas.</li> <li>• Cuidados de Higiene e Conforto: Realizar ou auxiliar no banho (leito ou aspersão), higiene oral, troca de fraldas e curativos simples, conforme a necessidade do paciente e plano de cuidados.</li> <li>• Prevenção de Lesões por Pressão: Executar o cronograma de mudança de decúbito (posicionamento no leito) e aplicar medidas preventivas para manter a integridade da pele.</li> <li>• Suporte Nutricional: Auxiliar na alimentação e hidratação do paciente, observando riscos de broncoaspiração ou intercorrências em casos de uso de sondas.</li> <li>• Zelo pelo Ambiente Terapêutico: Organizar e manter limpo o mobiliário e os equipamentos de uso direto do paciente no domicílio (cama hospitalar,</li> </ul> |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>aspiradores, concentradores de O2).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Comunicação de Emergências: Notificar imediatamente a família, a Secretaria de Saúde e o suporte médico sobre qualquer alteração aguda no quadro clínico que exija remoção hospitalar ou intervenção de urgência.</li><li>• Controle de Assiduidade: Responsabilizar-se pelo registro diário de entrada e saída na folha de frequência, colhendo a assinatura do responsável legal para fins de liquidação do serviço prestado.</li></ul> |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 3. DO PRAZO E LOCAL DE CREDENCIAMENTO

3.1 Os documentos de credenciamento deverão ser protocolados a partir do dia **25/02/2026 até 03/03/2025**, das 08h00min às 13h, no Setor Geral de Protocolo, localizado na Av. Eurípedes de Aguiar, 592, Centro, na sede da Secretaria de Saúde do Município de Floriano – PI.

3.2 O presente credenciamento ficará aberto para cadastro permanente de novos interessados, durante a vigência do edital, é importante frisar que por não haver contratação imediata e simultânea de todos os credenciados, serão adotados critérios objetivos de distribuição da demanda.

3.3 O critério para ordem de contratação dos credenciados conforme previsto no Decreto nº 11.878/24, ocorrerá conforme classificação.

### 4. DO CREDENCIAMENTO

4.1 Os interessados(as) deverão se apresentar, para credenciamento, a partir do dia **25/02/2026 até 03/03/2025**, das **08h00min às 13h**, no **Setor Geral de Protocolo, localizado na Av. Eurípedes de Aguiar, 592**, Centro, na sede da Secretaria de Saúde do Município de Floriano – PI, munido dos seguintes documentos:

#### 4.1.1 Pessoa Física:

- I. Cópia da Cédula de Identidade;
- II. Cópia de inscrição no CPF;
- III. Cópia do Certificado de conclusão do superior ou declaração de conclusão do curso, com o devido registro;
- IV. Comprovação de experiência de na área;
- V. Curriculum Vitae acompanhado dos documentos comprobatórios das informações nele contidas, conforme o caso;
- VI. Número da conta corrente/Banco/Agência;
- VII. Formulário de inscrição preenchido e assinado;
- VIII. Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa, nos Termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943;
- IX. Prova de regularidade Relativa aos Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, abrangendo inclusive as Contribuições Sociais previstas nas alíneas “a” a “d” do parágrafo único do art. 11 da Lei 8.212/91;
- X. Prova de regularidade com a Fazenda Municipal do domicílio ou sede do interessado, ou outra equivalente, na forma da lei;
- XI. Certidão de antecedentes criminais emitido pela justiça Estadual e Federal
- XII. Declaração de concordância com o edital conforme anexo V;
- XIII. Termo de Comprometimento com a prestação de serviços assumidos, preenchido conforme anexo VII.
- XIV. Declaração de que não mantém vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com dirigente do órgão ou da entidade credenciante ou com agente público que desempenhe função no processo de contratação ou atue na fiscalização ou na gestão do contrato, ou que deles seja cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, conforme previsto no Decreto nº 11.878/24.

4.2 Não poderão participar do credenciamento aqueles que não apresentarem toda a

documentação constante dos itens deste edital.

4.3 A documentação exigida será vistoriada pela Comissão Técnica de Análises da Secretaria Municipal de Saúde.

4.4 Após a habilitação do credenciamento será publicada a lista dos credenciados no quadro de avisos da Prefeitura, bem como no Diário Oficial das Prefeituras Piauienses e Tribunal de Contas do Estado do Piauí.

4.5 Serão credenciados todos os profissionais que comprovarem a habilitação exigida neste edital.

4.6 O edital de credenciamento terá validade de 12 (doze) meses, ficando aberto o cadastro permanente de novos interessados durante a vigência do edital.

4.7 Todos os encargos, impostos e demais tributos correm por conta do credenciado.

4.8 O contratado não possuirá vínculo jurídico-administrativo com o Município de Floriano – PI, portanto, não está contemplado com os direitos previstos na Lei Complementar nº 030/2022.

## 5. DA FORMATAÇÃO DO CURRÍCULO

5.1 O currículo profissional deverá ser preenchido pelo candidato nos moldes do **Anexo IX** do presente Edital e protocolado juntamente com os documentos de habilitação.

5.2 Os critérios de avaliação totalizará no **máximo de 10 (dez) pontos**.

5.3 Somente serão considerados os títulos expedidos por instituições públicas ou particulares de ensino, devidamente autorizadas pelo Ministério da Educação e Cultura do governo Federal.

5.4 Nenhum título receberá dupla valoração.

5.5 Todas as informações contidas no currículo deverão estar acompanhadas de documentos que comprovem as informações apresentadas.

5.6 As informações prestadas na Ficha de Inscrição (Anexo II), serão de inteira responsabilidade do candidato, ficando reservado à Comissão do credenciamento o direito de eliminar aquele que preenchê-la de forma incorreta, incompleta, ilegível ou fornecer dados comprovadamente inverídicos, sem prejuízo das sanções administrativas civis e penais aplicáveis.

5.7 A classificação dos candidatos será efetuada através da pontuação dos títulos e documentos que comprovem os cursos apresentados, em uma escala de zero a cem pontos e de entrevista estruturada pela Comissão Técnica de Análises da Secretaria Municipal de Saúde a fim de determinar adequação do perfil do candidato ao cargo, devendo a comissão definir como resultado se o candidato está APTO ou INAPTO ao cargo. No caso de INAPTO o candidato é automaticamente desclassificado da seleção.

5.8 A pontuação será conforme os seguintes critérios:

### Dos critérios de Pontuação:

#### TECNICO DE ENFERMAGEM:

| Especificações                                                                                                                                        | Pontuação unitária | Pontuação máxima |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------|
| Ensino técnico completo na área de tec. de enfermagem.                                                                                                | 3,0                | 3,0              |
| <b>Entrevista:</b> Caráter eliminatório.                                                                                                              | 5,0                | 5,0              |
| Experiência na área de atuação-mínima de 06 meses                                                                                                     | 0,5                | 0,5              |
| Curso, oficinas, congressos, seminários de aperfeiçoamento na área de atuação com carga horária igual ou superior a 20 horas. (Máximo 3 certificados) | 0,5                | 1,5              |
|                                                                                                                                                       | <b>TOTAL</b>       | <b>10,00</b>     |

#### FISIOTERAPEUTA

| Especificações | Pontuação unitária | Pontuação máxima |
|----------------|--------------------|------------------|
|----------------|--------------------|------------------|

|                                                                                                                                                       |              |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|
| Ensino Superios completo na área de Fisioterapia.                                                                                                     | 3,0          | 3,0          |
| <b>Entrevista:</b> Caráter eliminatório.                                                                                                              | 5,0          | 5,0          |
| Experiência na área de atuação-mínima de 06 meses                                                                                                     | 0,5          | 0,5          |
| Curso, oficinas, congressos, seminários de aperfeiçoamento na área de atuação com carga horária igual ou superior a 20 horas. (Máximo 3 certificados) | 0,5          | 1,5          |
|                                                                                                                                                       | <b>TOTAL</b> | <b>10,00</b> |

**5.9 ETAPAS DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO (todas eliminatórias e classificatórias):**

- Análise de currículo;
- Entrevista individual com Seleção de Pessoas;

5.9.1 Na hipótese de igualdade de classificação (pontuação), os critérios de desempate obedecerão a seguinte ordem:

| <b>CRITÉRIOS DE DESEMPATE</b>                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Somar maior pontuação na experiência profissional na Rede Pública comprovado nos últimos 05 (cinco) anos |
| Somar maior pontuação na formação acadêmica                                                              |
| Somar maior pontuação nas atividades complementares                                                      |
| Maior idade                                                                                              |

**6. DAS RESPONSABILIDADES DOS PROFISSIONAIS DOS CREDENCIADOS**

6.1 Os serviços dos profissionais credenciados neste edital englobam:

**6.1.1 Executar os serviços técnicos de enfermagem e fisioterapêuticos temporário com o único e exclusivo objetivo de atendimento à sentença judicial exarada pelo juizado especial da fazenda pública, processo nº 0800501-53.2024.8.18.0146 para atuação deste serviço no município.**

6.1.2 Os valores dos serviços serão pagos conforme Preço de Referência para Credenciamento (Anexo IV), nele incluído impostos, taxas, contribuições e demais tributos que envolvem o serviço.

6.1.3 Para efeito de pagamento, a contratada encaminhará ao Município de Floriano, após a prestação dos serviços, requerimento solicitando o pagamento devidamente acompanhado da nota fiscal, devidamente atestada pelo setor requisitante e cópia da Nota de Empenho.

6.1.4 Os pagamentos serão efetuados no prazo máximo de até 30 (trinta) dias, contados da data de entrada do requerimento e Nota fiscal no protocolo do Centro Administrativo, ou em outro prazo que poderá ficar ajustado com o contratante, inclusive quanto aos parcelamentos.

6.1.5 As notas fiscais/faturas que apresentarem incorreções serão devolvidas à contratada para as devidas correções.

6.1.6 Os pagamentos serão feitos através de transferência bancária na conta corrente da contratada, que deverá indicar a instituição bancária, agência, localidade, conta corrente,



para que seja feito o critério correspondente. Estas informações devem constar da nota fiscal ou recibo.

6.1.7 A contratada não receberá pagamento enquanto houver pendências de obrigações que tenham sido impostas em virtude de penalidades ou inadimplemento. Cessadas estas causas, os pagamentos serão retomados sem que haja qualquer direito a atualização monetária.

6.1.8 Para efeito de pagamento, a CONTRATADA deverá apresentar os documentos abaixo relacionados:

- a) Certidão Negativa de Débitos CNDT
- b) Certidão de Regularidade do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS
- c) Certidão de Regularidade Fiscal com as Fazendas: Federal e Municipal.

## 7. DO CONTRATO E FORMA DE PAGAMENTO

7.1 Os serviços serão prestados durante todo o ano devido a necessidade de acompanhamento constante das famílias e dos menores acolhidos.

7.2 Os prestadores serão convocados para assinatura do contrato, conforme ordem de classificação, cuja minuta segue no Anexo deste Edital, conforme necessidade e conveniência da Secretaria Municipal de Saúde.

7.3 O prestador de serviço será convocado através do Diário Oficial das Prefeituras Piauienses e Correio Eletrônico (e-mail) para assinatura do contrato, o qual deverá se apresentar no prazo máximo de 03 (tês) dias úteis, sob pena de desclassificação no processo.

7.4 A assinatura do contrato e designação do serviços ficará a critério da Secretaria de Saúde, obedecendo a ordem cronológica de classificação e a necessidade existente.

7.5 São de inteira responsabilidade dos prestadores contratados as obrigações pelos encargos previdenciários, fiscais e trabalhistas resultantes da execução do Contrato.

7.6 A FORMA DE PAGAMENTO será mensal, mediante processamento da produção apresentada e aprovada, nos meios informatizados da Secretaria Municipal de Saúde, com limite na programação orçamentária que será definida por meio de contrato, para cada Licitante contratado.

7.7 Após a assinatura do Contrato, a contratada não poderá se furtar de prestar os serviços, conforme os valores estabelecidos no anexo IV deste edital, ficando esclarecido que a desistência posterior acarretará as sanções previstas na Lei Federal 14.133/2021 e demais legislações aplicáveis.

7.8 O presente edital prevê ainda alteração ou atualização de preços conforme índice de reajustamento referente ao salário-base.

## 8. DO PRAZO DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

8.1 O prazo de vigência do Edital de Credenciamento para a execução dos serviços, objeto, será até 06 meses a partir da publicação do contrato no Portal Nacional e Contratações Públicas - PNCP, obedecendo à legislação vigente, mantidas as demais cláusulas e assegurada a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, desde que sejam justificados, por escrito, com antecedência de 30 dias do vencimento, e previamente autorizada pela autoridade competente.

## 9. DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

9.1 Para execução do objeto desta licitação os recursos previstos correrão por contadas dotações orçamentárias, conforme descrito abaixo:

| Projeto/Atividade | ELEMENTO DE DESPESA | FONTE RECURSOS |
|-------------------|---------------------|----------------|
| 2051              | 3.3.90.91.00.00     | 500            |

## 10. RECURSOS

10.1 Somente será admitido um único recurso para cada candidato, relativo à divulgação do resultado da análise curricular, especificadamente contra a classificação do Credenciamento, desde que devidamente fundamentado com as justificativas para impugnação, dirigido à Comissão de Análise.

10.2 O recurso somente será admitido se interposto no prazo estabelecido, após a divulgação do resultado oficial preliminar da respectiva fase da seleção. não sendo aceito em nenhuma hipótese, recurso interposto fora do prazo ou que não seja fundamentado.

10.3 Os recursos devem ser endereçados a Comissão Técnica de Análises e ser entregues, exclusivamente e diretamente, no período compreendido entre 8h e 13h, no prazo estabelecido, no Setor de Protocolo, localizado na Av. Eurípedes de Aguiar, 592, na sede da Secretaria de Saúde do Município de Florianópolis – PI.

10.4 Os recursos que não estiverem de acordo com o estabelecido nos itens anteriores serão indeferidos.

10.5 Os recursos referentes às decisões relativas ao processo de credenciamento poderão ser interpostos no prazo de até 03 (três) dias úteis contados do dia subsequente à intimação dos atos. A petição será dirigida à Comissão Técnica de Análises deste Município.

10.6 A Comissão Técnica de Análises responderá aos pedidos de esclarecimentos ou à impugnação no prazo de 03 (três) dias úteis, contado da data de recebimento do pedido.

## **11. DA HOMOLOGAÇÃO E DA RATIFICAÇÃO**

11.1 A comissão submeterá à Secretaria Municipal de Saúde o presente processo para homologação do Termo de Credenciamento, após a devida ratificação.

11.2 A Secretaria Municipal de Saúde poderá, por despacho motivado e publicado, revogar ou anular o processo, nos termos da Lei Federal nº 14.133/2021 e seus modificadores, bem como, adiá-la.

## **12. CONDIÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

12.1 O Credenciamento será formalizado mediante Termo Próprio, contendo as cláusulas e condições previstas neste edital.

12.2 É vedado:

*12.2.1 O credenciamento de profissionais pertencentes ao quadro permanente do Município (Decreto Nº 11.878/24, art.10, inciso II);*

12.3 O Município reserva-se o direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação dos serviços pelos credenciados, podendo proceder o desc credenciamento, em caso de má prestação, verificada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa;

12.4 O credenciamento não configurará relação contratual de prestação de serviços.

12.5 Não será permitido o cometimento a terceiros do objeto contratado sem autorização expressa da Administração; (Lei Federal 14.133/21 Art.79,V)

12.6 O profissional credenciado compromete-se a manter comportamento ético para com o serviço público, escolar e nas relações com a família, estando ciente de punições e restituições conforme a falta ética cometida.

## **13. DESCREDENCIAMENTO**

13.1 O órgão ou a entidade credenciante poderá realizar o desc credenciamento quando houver:

- I. pedido formalizado pelo credenciado;
- II. perda das condições de habilitação do credenciado;
- III. descumprimento injustificado do contrato pelo contratado; e

IV. sanção de impedimento de licitar e contratar ou de declaração de inidoneidade superveniente ao credenciamento.

#### 14. SANÇÕES

14.1 Os credenciados, após convocação para assinatura do instrumento contratual ou instrumento equivalente, estarão sujeitos às sanções administrativas previstas na Lei nº 14.133 de 2021, e no edital e às demais cominações legais, assegurado o direito ao contraditório e ampla defesa.

14.2 Qualquer credenciado que terceirizar seu serviço sem justa causa, será penalizado conforme sanções previstas em lei.

14.3 As faltas éticas serão discutidas por equipe da Secretaria Municipal de Saúde designada para isso, da qual deverão redigir documento contendo relato, análise e sanções cabíveis ao caso denunciado.

14.3.1 – A equipe ora mencionada deverá conter obrigatoriamente 1 membro da Coordenação do Melhor em Casa.

14.3.2 – As sanções serão de advertência escrita, suspensão do contrato por até 60 dias e descredenciamento por falta ética.

#### 15. DISPOSIÇÕES FINAIS

15.1 As dúvidas de ordem técnica, bem como aquelas decorrentes de interpretação do edital, deverão ser dirigidas por escrito à Comissão Técnica de Análises deste Município de Floriano-PI e protocoladas no Setor destinado a este fim, localizado na Av. Eurípedes de Aguiar, 592, Centro, Floriano/PI, Destinado a Secretaria Municipal de Saúde ou pelo e-mail: [cplsaudefloriano@gmail.com](mailto:cplsaudefloriano@gmail.com).

15.2 Os casos omissos deste Edital e as decisões que se fizerem necessárias serão resolvidos pela comissão de análise dos documentos ou se necessário, pela Assessoria Jurídica deste Município.

15.3 Impugnações ao presente ato convocatório deverão ser dirigidas à Comissão Técnica de Análises deste Município e protocoladas no Setor destinado a este fim, localizado na Av. Eurípedes de Aguiar, 592, Centro, Floriano/PI, Destinado a Secretaria Municipal de Saúde ou pelo e-mail: [cplsaudefloriano@gmail.com](mailto:cplsaudefloriano@gmail.com) até 02 (dois) dias úteis após a publicação deste edital.

15.4 O Foro competente para fins de discussão do Edital e Termo de Credenciamento decorrente é o da Comarca de Floriano, estado do Piauí.

15.5 Este Edital entra em vigor na data de sua divulgação, através do Diário Oficial das Prefeituras Piauienses; no Sítio do Tribunal de Contas do Estado do Piauí; no Portal Nacional de Contratações Públicas – PNCP; Sítio Eletrônico oficial.

Floriano(PI), 23 de fevereiro de 2026.

---

**Caroline de Almeida Reis**  
Secretaria Municipal de Saúde



## ANEXO I

### Cronograma

| DATA                                          | ATIVIDADE                                                              |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 24 de fevereiro de 2026                       | PUBLICAÇÃO DO EDITAL                                                   |
| 24 de fevereiro de 2026                       | DIVULGAÇÃO DO EDITAL                                                   |
| 25 de fevereiro de 2026 a 03 de março de 2026 | RECEBIMENTO DAS DOCUMENTAÇÕES                                          |
| 05 de março de 2026                           | DIVULGAÇÃO DO RESULTADO PRELIMINAR DE HABILITAÇÃO E ANÁLISE CURRICULAR |
| 06 de março de 2026 a 10 de março de 2026     | PRAZO PARA RECURSO                                                     |
| 12 de março de 2026                           | RESULTADO FINAL DOS RECURSOS E HABILITAÇÃO                             |
| 13 de março de 2026                           | ENTREVISTA COM CLASSIFICADOS                                           |
| 17 de março de 2026                           | RESULTADOS DA ENTREVISTA                                               |
| 18 de março de 2026 a 20 de março de 2026     | PRAZO PARA RECURSO                                                     |
| 23 de março de 2026                           | RESULTADO FINAL                                                        |
| 24 de março de 2026                           | ANÁLISE DA CONTROLADORIA                                               |
| 25 de março de 2026                           | CREDENCIAMENTO                                                         |
| 25 de março de 2026                           | RATIFICAÇÃO                                                            |

**ANEXO II**

**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA CREDENCIAMENTO - PESSOA FÍSICA**

CARGO: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Data de Nasc.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Filiação: \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefones: Residencial (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Comercial (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cel. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

## ANEXO III

### ANEXO I

#### TERMO DE REFERÊNCIA SIMPLIFICADO

#### **I – DO OBJETO**

1. O presente Termo de Referência é parte integrante e indissociável do Edital supracitado, que tem por finalidade especificar critérios para credenciar profissionais fisioterapeuta e técnico de enfermagem temporário com o único e exclusivo objetivo de atendimento à sentença judicial exarada pelo juizado especial da fazenda pública, processos nº 0800501-53.2024.8.18.0146, de acordo com as necessidades da Secretaria de Saúde do Município de Floriano-PI.

#### **II – DA NECESSIDADE**

2.1. A demanda decorre da obrigação de fazer imposta pela sentença judicial do Juizado Especial da Fazenda Pública, Processo nº 0800501-53.2024.8.18.0146. A Secretaria de Saúde de Floriano-PI necessita garantir o tratamento fisioterapêutico, bem como dispor de um profissional técnico de enfermagem ao cidadão beneficiário, visando a continuidade da assistência à saúde e a interrupção de possíveis multas diárias (astreintes) contra o ente público.

2.2. A motivação central é o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana e o Direito Fundamental à Saúde (Art. 196 da CF/88), aliados à necessidade de evitar o agravamento do quadro clínico do paciente por falta de assistência.

#### **III – DESCRIÇÃO DETALHADA DOS SERVIÇOS (ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA)**

3.1 Os requisitos abaixo visam garantir que o serviço prestado seja seguro, técnico e capaz de atender à finalidade clínica imposta pela justiça em ambiente domiciliar:

a) **Habilitação Técnica:** Os profissionais contratados devem possuir registro ativo em seus respectivos conselhos de classe: CREFITO-14/PI para Fisioterapeutas e COREN-PI para Técnicos de Enfermagem. Os profissionais designados para o atendimento devem apresentar Certidão de Regularidade Profissional atualizada no ato da contratação e mensalmente junto à fatura.

b) **Capacidade Operacional e Logística:** As contratadas devem garantir o deslocamento dos profissionais até a residência do paciente. O Fisioterapeuta deverá portar equipamentos portáteis necessários para a execução do plano terapêutico, enquanto o Técnico de Enfermagem deverá dispor de seus instrumentos de bolso e Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) adequados ao plantão.

c) **Relatórios de Evolução e Registros Técnicos:**

Fisioterapeuta: Emissão obrigatória de relatórios mensais de evolução fisioterapêutica, detalhando técnicas aplicadas e ganhos funcionais.

Técnico de Enfermagem: Manutenção obrigatória de boletim de cuidados diários (anotações de enfermagem), registrando sinais vitais, administração de medicamentos, dieta e intercorrências.

d) **Regime de Atendimento Home Care:**

Fisioterapeuta: Deverá cumprir o cronograma de sessões na residência do beneficiário, registrando frequência e horários em folha de presença/produktividade.

Técnico de Enfermagem: Deverá cumprir o plantão presencial de 8 (oito) horas diárias, conforme escala estabelecida, permanecendo em assistência direta ao paciente durante todo o período, com registro obrigatório de entrada e saída.

e) Disponibilidade de Horário e Continuidade: A contratada deverá garantir o atendimento nos turnos especificados na prescrição/decisão judicial. No caso do Técnico de Enfermagem, a contratada deve assegurar a substituição imediata do profissional em caso de faltas ou impedimentos, garantindo que o plantão de 8 horas não sofra solução de continuidade, sob pena de descumprimento de ordem judicial.

#### **IV – EXECUÇÃO (REGIME DE PRESTAÇÃO)**

##### **4.1. Do Regime de Execução**

O serviço será executado de forma indireta, sob o regime de prestação de serviços por:

- Fisioterapia: Unidade de sessão realizada, de acordo com as necessidades do beneficiário, conforme determinado na decisão judicial.
- Técnico de Enfermagem: Unidade de plantão (8 horas) ou hora/plantão, conforme determinado na decisão judicial.

##### **4.2. Da Metodologia de Atendimento Home Care**

A execução dos serviços domiciliares deverá seguir os seguintes critérios:

- Agendamento e Escala:
  - a. Fisioterapia: Cronograma fixo de visitas, respeitando a frequência semanal prescrita.
  - b. Técnico de Enfermagem: Cumprimento rigoroso da escala de 8 (oito) horas diárias, devendo o profissional apresentar-se pontualmente no início do turno.
  - c. Qualquer alteração deve ser comunicada com antecedência mínima de 24 horas.
- i. Identificação: O profissional deverá comparecer à residência devidamente identificado (crachá ou documento do conselho profissional CREFITO/COREN) e utilizando os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs).
- ii. Instrumentos Técnicos: É de responsabilidade exclusiva da contratada o fornecimento de equipamentos portáteis (Fisioterapia) e materiais de bolso/EPIs (Técnico de Enfermagem) necessários para a execução fiel do plano de cuidados.
- iii. Tempo de Assistência:
  - a. Fisioterapia: Mínimo de 50 minutos de atividade técnica efetiva por sessão.
  - b. Técnico de Enfermagem: 8 (oito) horas de permanência ininterrupta em assistência direta ao paciente por plantão.

##### **4.3. Do Controle de Frequência e Efetividade**

O controle será feito através de:

- i. Folha de Presença Domiciliar: Documento onde constará a data, hora de início, hora de término e a assinatura do paciente ou responsável legal ao final de cada sessão (fisioterapia) ou turno (enfermagem).
- ii. Prontuário e Anotações:
  - a) Fisioterapia: Registro simplificado das condutas e evolução funcional.
  - b) Técnico de Enfermagem: Registro obrigatório e detalhado das Anotações de Enfermagem (sinais vitais, dieta, medicação e cuidados) durante todo o período do plantão.

##### **4.4. Das Obrigações da Contratada (Específicas para Home Care)**

- i. Manter canal de comunicação ativo para suporte ao paciente em caso de dúvidas sobre o tratamento ou intercorrências no plantão.

- II. Garantia de Continuidade: Em caso de falta ou impedimento do profissional, a contratada deverá providenciar substituto em até:
- 24 horas para Fisioterapia.
  - Imediato (ou no máximo 4 horas) para o Técnico de Enfermagem, dado que a interrupção da assistência de enfermagem gera risco iminente ao paciente e descumprimento direto da ordem judicial.
  - Arcar com todos os custos de deslocamento, encargos e seguros, sem qualquer ônus adicional para o Município além do valor pactuado (sessão ou plantão).
  - Reportar imediatamente à Secretaria de Saúde qualquer agravamento no quadro do paciente que exija intervenção hospitalar ou alteração na conduta de enfermagem/fisioterapia.

## V – GESTÃO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

5. A Secretaria Municipal de Saúde de Floriano-PI designará um fiscal para o contrato, que terá as seguintes atribuições:
- Conferir mensalmente as folhas de presença assinadas.
  - Realizar, se necessário, visitas aleatórias ou contatos telefônicos com a família do paciente para verificar a regularidade das visitas.
  - Avaliar o Relatório Mensal de Evolução apresentado pela contratada antes de autorizar o pagamento.

## VI. CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E PAGAMENTO

### 6.1. Da Base de Cálculo

O pagamento para os serviços de fisioterapia será efetuado mensalmente, tendo como base o valor de sessões realizadas mensalmente de até 14 sessões. Chegando ao valor global de R\$ 14.952,00 (quatorze mil, novecentos e cinquenta e dois reais) por profissional credenciado, desde que cumprida a escala integral de 03 (três) sessões semanais, conforme as metas de produtividade estabelecidas no item 3 deste TR.

O serviço de Técnico de Enfermagem é essencial para o suporte diário ao paciente, garantindo a administração de medicamentos, higiene e monitoramento de sinais vitais durante o período determinado. O pagamento será realizado por produtividade, limitado a 25 plantões mensais, a cada plantão corresponde a 08 (oito) horas diárias de assistência domiciliar exclusiva ao paciente beneficiário do Processo nº 0800501-53.2024.8.18.0146. O valor total estimado para este serviço ao final de 6 meses é de R\$ 15.000,00.

### 6.2. Da Apuração Mensal (Medição)

A medição dos serviços ocorrerá do primeiro ao último dia de cada mês, observando-se os seguintes critérios:

- Frequência: Verificação do Livro de Ponto devidamente atestado pelo Fiscal de Contrato.

### 6.3. Do Fluxo de Pagamento

Para a liberação do pagamento, o credenciado deverá apresentar ao setor de protocolo da Secretaria Municipal de Saúde, até o 5º dia útil do mês subsequente ao da prestação:

- Nota Fiscal de Serviços (se Pessoa Jurídica) ou Recibo de Pagamento de Autônomo - RPA (se Pessoa Física);
- Relatório Individual de Produtividade;
- Folhas de Ponto originais, devidamente atestadas pelo Fiscal da Unidade;
- Certidões de Regularidade (CND Municipal, Estadual, Federal, FGTS e Trabalhista).

### 6.4. Prazo de Pagamento



O Município de Floriano efetuará o pagamento em até 30 (trinta) dias corridos após o aceite definitivo dos documentos pelo Fiscal de Contrato e a liquidação da despesa pelo setor financeiro.

#### 6.7. Reajuste e Revisão

O valor da remuneração poderá ser revisto anualmente, observando-se o índice oficial de inflação (IPCA) ou mediante nova pesquisa de mercado, visando manter o equilíbrio econômico-financeiro e a atratividade do credenciamento, conforme previsto na Lei nº 14.133/2021.

6.8 Nos termos do Art. 120 da Instrução Normativa 971/2009, a contratante fica dispensada de efetuar a retenção de valores destinados a contribuição previdenciária, e a contratada, de registrar o destaque da retenção na nota fiscal, na fatura ou no recibo, posto que a contratação envolve serviços profissionais relativos ao exercício de profissão regulamentada por legislação federal, a ser prestados pessoalmente, sem o concurso de empregados.

6.9. O valor a ser pago pelos serviços prestados, serão autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Floriano.

| Item         | Descrição do Serviço                                                              | Unidade | Quant. semestral (Est.) | Valor Unit. Est. (R\$) | Valor Total Est. (R\$) |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------|------------------------|------------------------|
| 01           | Sessão de Fisioterapia Domiciliar ( <b>Home Care</b> ), tempo min. de 50 minutos. | Sessão  | 84                      | R\$ 178,00             | R\$ 14.952,00          |
| <b>TOTAL</b> | <b>R\$ 14.952,00</b>                                                              |         |                         |                        |                        |

| Item         | Descrição do Serviço                                                               | Unidade | Quant. semestral (Est.) | Valor Unit. Est. (R\$) | Valor Total Est. (R\$) |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------|------------------------|------------------------|
| 01           | Plantão técnico de enfermagem ( <b>Home Care</b> ), tempo min. de 8 horas diárias. | Plantão | 150                     | R\$ 100,00             | R\$ 15.000,00          |
| <b>TOTAL</b> | <b>R\$ 15.000,00</b>                                                               |         |                         |                        |                        |

- i. Fisioterapia (Global): R\$ 14.952,00
- ii. Técnico de Enfermagem (150 plantões): R\$ 15.000,00
- iii. VALOR TOTAL ESTIMADO DA SOLUÇÃO: R\$ 29.952,00

### VII – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA PARA EXECUÇÃO DA DESPESA

1. Para execução do objeto desta contratação os recursos previstos correrão por conta das seguintes dotações orçamentárias: Elemento de despesa 3.3.90.91.00.00; Projeto Atividade: 2051; Fonte de Recurso: 500.

### VIII – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

1. A CREDENCIANTE deverá:

- a) Efetuar o pagamento ao CREDENCIADO de acordo com o estabelecido no contrato;
- b) Fornecer ao CREDENCIADO todos os dados e informações que se façam necessárias ao bom desempenho dos serviços ora contratados;
- c) Nenhuma outra remuneração será devida ao Contratado, a qualquer título ou natureza, decorrentes de encargos sociais, trabalhistas e previdenciários relativos ao cumprimento das obrigações estabelecidas no presente instrumento, pois, fica convencionado que não há relação de emprego entre o Contratante e o Contratado, estando este Contrato disciplinado pela Lei 14.133/21.

2. Das Obrigações do CREDENCIADO:

- a) Prestar os serviços contratados em local designado, cumprindo os horários agendados e de acordo com a necessidade da Secretaria de Saúde do Município de Floriano - PI.
- b) Iniciar a prestação dos imediatamente após a homologação do credenciamento e ratificação do processo e assim que forem sendo requisitados.
- c) Manter-se habilitado junto aos órgãos de fiscalização da sua categoria.
- d) Zelar pelo cumprimento das normas internas do CREDENCIANTE, bem como, de higiene e segurança do trabalho, seguindo as normas do Ministério do Trabalho e do Ministério da Saúde.
- e) Comunicar à CREDENCIANTE qualquer alteração que possa comprometer a manutenção do Contrato.
- f) Responsabilizar-se por todos os danos causados à CREDENCIANTE e/ou terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo, provocados pela negligência, imprudência ou imperícia quando repará-las e corrigi-las às suas expensas.

#### **IX – DA VIGÊNCIA E DA RESCISÃO DO CONTRATO**

1. O CONTRATO decorrente do Credenciamento terá vigência de até 06 meses, podendo ser prorrogado conforme interesse da Contratante, conforme previsto no Art. 107 da Lei nº 14.133/21.
2. O presente Termo CONTRATUAL decorrente do Credenciamento poderá ser rescindido a critério da contratante, sem que ao credenciado caiba qualquer indenização, ou, reclamação.
3. A inexecução total ou parcial do Termo de Credenciamento enseja a sua rescisão, com as consequências contratuais e as previstas da Lei Federal 14.133/21.
4. O Termo contratual poderá ser rescindido se, por algum motivo, o credenciado deixar de possuir as condições de habilitação exigidas no Edital de Credenciamento.
5. A rescisão deste Termo poderá ocorrer nas formas previstas no Artigo 137 da Lei Federal 14.133/21.
6. Poderá ser solicitada rescisão de Termo de Credenciamento por parte do credenciado, com uma antecedência mínima de 07 (sete) dias, condicionada à análise do contratante quanto à possibilidade da rescisão antes do término de vigência do presente Termo.
7. O credenciado ficará sujeito às penalidades previstas na Lei Federal nº 14.133/21 e alterações, nos casos não previstos no Edital.

#### **X – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS APLICÁVEIS A CONTRATAÇÃO**

1. Fazem parte deste instrumento o disposto no Edital de Credenciamento e seus anexos, tendo plena validade entre as partes contratantes.
2. A tolerância de qualquer das partes, relativa às infrações cometidas contra disposições deste Termo de Credenciamento, não exime o infrator de ver exigida, a qualquer tempo, seu cumprimento integral.
3. O credenciado se obriga a manter as condições de habilitação e qualificação durante a vigência deste contrato, sob pena da aplicação do disposto na Cláusula sétima.
4. O presente Termo de Credenciamento é regido pela Lei Federal 14.133/21 e alterações.
5. Fica eleito o Foro da Comarca de Floriano, estado do Piauí, para dirimir eventuais litígios oriundos do presente Termo de Credenciamento.

**ANEXO IV**

O valor estimado a ser pago para o cargo de Profissional Fisioterapeuta será de R\$ 178,00 (cento e setenta e oito reais) por sessão, e o valor de R\$ 100,00 (cem reais) por plantão diário para profissional tec. de enfermagem, conforme a demanda do serviço

**DEMANDAS TOTAIS:**

| CARGO                | CARGA HORÁRIA<br>POR<br>SESSÃO/PLANTÃO | QUANTIDADE<br>ESTIMADA DE<br>VAGAS | VALOR ESTIMADO<br>SESSÃO/PLANTÃO | QUANTIDADE<br>ESTIMADO DE<br>SESSÕES/PLA<br>NTÕES POR<br>MÊS | VALOR ESTIMADO<br>POR PROFISSIONAL<br>MÊS<br>(EM R\$) | VALOR ESTIMADO<br>GLOBAL 6 MESES<br>(EM R\$) |
|----------------------|----------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| FISIOTERAPEUTA       | MÍNIMA DE 50<br>MINUTOS.               | 1                                  | R\$ 178,00                       | 14                                                           | R\$ 2.492,00                                          | R\$ 14.952,00                                |
| TEC DE<br>ENFERMAGEM | 8 HORAS DIÁRIAS                        | 1                                  | R\$ 100,00                       | 25                                                           | R\$ 2.500,00                                          | R\$ 15.000,00                                |

R\$ 29.952,00

**ANEXO V**

**DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DAS CONDIÇÕES DE  
HABILITAÇÃO/CONCORDÂNCIA COM EDITAL.**

Declaro para todos os fins de direito, concordar com as condições do edital de credenciamento no tocante à forma de trabalho, lotação, instalações e Valor de Referência, comprometo a fornecer as informações ou documentos solicitados referentes aos serviços realizados. Estando ciente de que a qualquer momento poderá ser cancelado o credenciamento, tendo também conhecimento que nos é vedado cobrar quaisquer honorários dos beneficiários objeto desse edital.

..... de ..... de 2026.

.....  
Nome:

CPF:

**ANEXO VI**

**TERMO DE COMPROMETIMENTO:**

Eu \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ comprometo-me a assumir os serviços  
de.....  
....., conforme  
atribuições e demais condições estabelecidas no instrumento convocatório.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Credenciado(a)**

**Nome:**.....

**CPF:** .....

### **MINUTA DO CONTRATO**

(Poderá ser modificado para melhor adequação ao interesse público)

### **CONTRATO XXXX/202X**

**CREDENCIAMENTO Nº XX/202X PROCESSO  
ADMINISTRATIVO Nº 0XX.000XXX/202X.**

CONTRATO QUE ENTRE SI FAZEM O MUNICÍPIO DE  
FLORIANO (PI) E A PESSOA FÍSICA XXXXXXXXXXXXX.

O **MUNICÍPIO DE FLORIANO-PI**, através da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Avenida Eurípedes de Aguiar, nº 592 inscrito no CNPJ sob nº. 10.640.637/0001-04, neste ato representada pela Ilma. Secretária Municipal de Saúde, a Sra. Caroline De Almeida Reis, domiciliada nesta cidade, CPF nº 003.759.623-36, nomeada através da Portaria de Nº 05/2025, de 02 de janeiro de 2025, no uso da competência que lhe foi atribuída regimentalmente, e, em sequência, designada simplesmente **CREDENCIANTE**, e a Pessoa Física XXXXXXXXXXXXXXXX, CPF XXXXXX, endereço XXXXXX, na cidade de XXX, Estado de XXXX, denominada CREDENCIADO (A), em conformidade com o processo de credenciamento público de nº XXX/2025, julgado dia xxx de xxxx de 2025 mediante as seguintes cláusulas e condições.

#### **CLÁUSULA PRIMEIRA – Objeto do Contrato**

**1.1.** O presente termo tem por objeto o xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx.

#### **CLÁUSULA SEGUNDA – Do Valor do Contrato**

**2.1.** O credenciado obriga-se a prestar os serviços de (...), objeto deste edital de credenciamento, pelo valor de R\$ (....) por XXXXXXXXXXXXXXXX, nele incluído impostos, taxas, contribuições e demais tributos que envolvem o serviço, sendo o valor global do contrato R\$ (...).

#### **CLÁUSULA TERCEIRA – Pagamento**

**3.1.** A FORMA DE PAGAMENTO será mensal durante o período em que o servidor estiver prestando o serviço a esta secretária, mediante processamento da produção apresentada e aprovada, nos meios informatizados da Secretaria Municipal de XXXXXX, com limite na programação orçamentária que será definida por meio de contrato, paracada Licitante contratado.

**3.2** O pagamento será efetuado mensalmente, até 30 dias da data da apresentação da nota fiscal, na conta corrente informada, agência e Banco, mediante nota de prestação de serviço, que deverá ser protocolada no Centro Administrativo de Floriano, tendo em conta o número de consultas efetivamente realizadas, sendo o valor a ser pago de acordo com o projeto básico.

**3.3.** Juntamente com a solicitação de pagamento e a Nota Fiscal, o Credenciado deverá apresentar o Certificado de regularidade junto ao INSS, FGTS e apresentação do comprovante de recolhimento do INSS.

**3.4.** Todos os encargos, impostos e demais tributos correm por conta do Credenciado.

#### **CLÁUSULA QUARTA – Recursos Orçamentários**

**4.1.** Para execução do presente contrato, os recursos previstos correrão por conta das seguintes dotações orçamentárias: Projeto Atividade: xxxx – Natureza da Despesa: xxxxxx

#### **CLÁUSULA QUINTA – Das Obrigações da CREDENCIANTE**

A CREDENCIANTE deverá:

- a)** Efetuar o pagamento ao CREDENCIADO de acordo com o estabelecido neste contrato;
- b)** Fornecer ao CREDENCIADO todos os dados e informações que se façam necessárias ao bom desempenho dos serviços ora contratados;
- c)** Nenhuma outra remuneração será devida ao Contratado, a qualquer título ou natureza,



decorrentes de encargos sociais, trabalhistas e previdenciários relativos ao cumprimento das obrigações estabelecidas no presente instrumento, pois, fica convencionado que não há relação de emprego entre o Contratante e o Contratado, estando este Contrato disciplinado pelos artigos 593 e seguintes do Código Civil.

**CLÁUSULA SEXTA – Obrigações do CREDENCIADO**

**6.1.** Prestar os serviços contratados em local designado e de acordo com a necessidade da Secretaria de xxxxxxxx do Município de Floriano - PI.

**6.2.** Iniciar a prestação dos imediatamente após a homologação do credenciamento e ratificação do processo e assim que forem sendo requisitados.

**6.3.** Manter-se habilitado junto aos órgãos de fiscalização da sua categoria.

**6.4.** Zelar pelo cumprimento das normas internas do CREDENCIANTE, bem como, de higiene e segurança do trabalho, seguindo as normas do Ministério do Trabalho e do Ministério da Saúde.

**6.5.** Comunicar à CREDENCIANTE qualquer alteração que possa comprometer a manutenção do Contrato.

**6.6.** Responsabilizar-se por todos os danos causados à CREDENCIANTE e/ou terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo, provocados pela negligência, imprudência ou imperícia quando repará-las e corrigi-las às suas expensas.

**CLÁUSULA SÉTIMA – DO VÍNCULO**

**7.1** O contratado vinculado a este instrumento estará sujeito aos regimentos previstos na Lei nº 14.133/21 e suas alterações.

**7.2** O contratado não possui vínculo jurídico-administrativo com o Município de Floriano – PI, portanto, não está contemplado com os direitos previstos na Lei Complementar nº 030/2022.

**CLÁUSULA OITAVA – Vigência do contrato**

**8.1.** O presente contrato terá vigência de xxx meses, podendo ser prorrogado por igual período, contudo, a prestação de serviço e seu respectivo pagamento serão referentes ao período letivo.

**CLÁUSULA NONA – Rescisão Contratual**

**9.1.** O presente Termo de Credenciamento poderá ser rescindido a critério da contratante, sem que ao credenciado caiba qualquer indenização, ou, reclamação.

**9.2.** A inexecução total ou parcial do Termo de Credenciamento enseja a sua rescisão, com as consequências contratuais e as previstas da Lei Federal 14.133/21.

**9.3.** O Termo de Credenciamento poderá ser rescindido se, por algum motivo, o credenciado deixar de possuir as condições de habilitação exigidas no Edital de Credenciamento.

**9.4.** A rescisão deste Termo de Credenciamento poderá ocorrer nas formas previstas no Decreto 11.898/24 e da Lei Federal 14.133/21.

**9.5.** Poderá ser solicitada rescisão de Termo de Credenciamento por parte do credenciado, com uma antecedência mínima de 07 (sete) dias, condicionada à análise do contratante quanto à possibilidade da rescisão antes do término de vigência do presente Termo.

**CLÁUSULA DÉCIMA – Penalidades e sanções**

**10.1- Penalidades**

**10.1.1.** O não cumprimento ou o cumprimento parcial, ou ainda a ocorrência de qualquer irregularidade na prestação de serviço, por parte do credenciado, ensejará aplicação de multa correspondente a 10% (dez por cento) do valor deste contrato, para cada notificação formalizada a este, independente da possibilidade de rescisão contratual, com as consequências previstas em lei.

**10.1.2.** A aplicação da multa prevista no item anterior poderá ocorrer somente três vezes, sendo que a notificação seguinte ensejará a rescisão contratual e aplicação das demais sanções previstas.

**10.1.3.** O credenciado ficará sujeito às penalidades previstas na Lei Federal nº 14.133/21 e alterações, nos casos não previstos no Edital.

**10.2- Sanções**

**10.2.1.** Verificada uma das hipóteses previstas nos sub-itens anteriores, a Secretaria Municipal de xxxxx poderá optar pela convocação dos demais credenciados, se houver.

**10.2.2.** Pelo não cumprimento total ou parcial do objeto contratado a Secretaria Municipal de xxxxx poderá, garantida a prévia defesa do credenciado, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, aplicar multa prevista neste Termo de Credenciamento juntamente com as seguintes sanções.

**a)** Advertência.

**b)** Suspensão temporária de participação em Licitações e impedimento de contratar com a

Administração Pública, por prazo não superior a 02 (dois) anos.

c) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes de punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou penalidade, a qual será concedida sempre que o contratado ressarcir a Administração

d) pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo de sanção aplicada com base na alínea anterior.

9.2.3. As sanções previstas na alínea "C", do sub-item 9.2.2, são de competência exclusiva do Prefeito Municipal - PI, facultada a defesa do interessado no respectivo processo no prazo de 10 (dez) dias a contar da abertura das vistas.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – Condições Gerais**

**11.1.** Fazem parte deste instrumento o disposto no Edital de Credenciamento e seus anexos, tendo plena validade entre as partes contratantes.

**11.2.** A tolerância de qualquer das partes, relativa às infrações cometidas contra disposições deste Termo de Credenciamento, não exime o infrator de ver exigida, a qualquer tempo, seu cumprimento integral.

**11.3.** O credenciado se obriga a manter as condições de habilitação e qualificação durante a vigência deste contrato, sob pena da aplicação do disposto na Cláusula Oitava.

**11.4.** O presente Termo de Credenciamento é regido pela Lei Federal 14.133/21 e alterações.

**11.5.** Fica eleito o Foro da Comarca de Floriano, estado do Piauí, para dirimir eventuais litígios oriundos do presente Termo de Credenciamento.

E, por assim estarem de acordo e ajustados, firmam este instrumento em quatro vias, de igual teor e forma, perante duas testemunhas abaixo assinadas para a produção dos desejados efeitos jurídicos.

Floriano (PI), \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 202x.

\_\_\_\_\_  
CREDENCIADO

\_\_\_\_\_  
CONTRATANTE

**ANEXO VIII**

**DECLARAÇÃO QUE NÃO MANTÉM VÍNCULOS**

Eu, \_\_\_\_\_, portador da  
identidade \_\_\_\_\_ e do CPF \_\_\_\_\_, residente e  
domiciliado(a) na \_\_\_\_\_, **DECLARO**,  
para fins que não mantém vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira,  
trabalhista ou civil com dirigente do órgão ou da entidade credenciante ou com agente público que  
desempenhe função no processo de contratação ou atue na fiscalização ou na gestão do contrato,  
ou que deles seja cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até  
o terceiro grau, conforme previsto no Decreto nº 11.878/24.

.....,

..... de ..... de 2026.

.....  
(Nome completo da pessoa física e assinatura)

**ANEXO IX**

**MODELO DE CURRÍCULO**

**1. DADOS PESSOAIS**

**1.1** Nome completo:

**1.2** Filiação:

**1.3** Nacionalidade:

**1.4** Naturalidade:

**1.5** Data de Nascimento:

**1.6** Estado Civil:

**2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

**2.1** Carteira de Identidade e órgão expedidor:

**2.2** Cadastro de Pessoa Física – CPF:

**2.3** Título de Eleitor: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_ Seção: \_\_\_\_\_

**2.4** Número do certificado de reservista: \_\_\_\_\_

**2.5** Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

**2.6** Endereço Eletrônico: \_\_\_\_\_

**2.7** Telefone residencial e celular: \_\_\_\_\_

**2.8** Outro endereço e telefone para contato ou recado: \_\_\_\_\_

**3. ESCOLARIDADE**

**3.1 GRADUAÇÃO**

Curso: \_\_\_\_\_

Instituição de Ensino: \_\_\_\_\_

Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

**3.2. PÓS-GRADUAÇÃO**

Curso: \_\_\_\_\_

Instituição de Ensino: \_\_\_\_\_

Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

**3.4. ( ) MESTRADO ( ) DOUTORADO**

Curso: \_\_\_\_\_

Instituição de Ensino: \_\_\_\_\_

Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

**3.5. OUTROS CURSOS E EVENTOS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Secretaria  
municipal de  
**SAÚDE**

**4. INFORMAÇÕES ADICIONAIS:**

---

---

---

---

---

---

---

Floriano-PI, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato