



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONTRATO Nº SEI-33/2026

PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI 25.0.000008511-4

CONTRATO CFM N. 90013/2026 - PREGÃO ELETRÔNICO.

CONTRATO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR PARA OS EMPREGADOS DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, QUE ENTRE SI CELEBRAM O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA E A EMPRESA UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL, NA FORMA ABAIXO:

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, Autarquia Federal de Fiscalização da Profissão Médica, instituída pela Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957, e regulamentada pelo Decreto n. 44.045, de 19 de julho de 1958, com sede no SGAS 616 Conj. D, Lote 115 - L2 SUL Brasília - DF, CNPJ/MF n. 33.583.550/0001-30, CF/DF n. 33583550000130, neste ato apresentado por seu Presidente, **JOSÉ HIRAN DA SILVA GALLO**, nomeado pela Ata da Reunião de Plenária do Conselho Federal de Medicina, publicada no DOU nº 194, seção 1, no dia 07 de outubro de 2024, doravante denominado **CONTRATANTE** e, do outro lado, a Empresa **UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL**, inscrita no CNPJ sob o nº 02.812.468/0001-06, com sede na Rua Frei Caneca, nº 1.355, 8º, 9º, 10º, 11º, 12º, 14º, 15º e 16º andares, Bairro Consolação, Município de São Paulo, Estado de São Paulo, CEP: 01307-003, neste ato, representada neste ato pelos Srs. **MARCELO COUTO LUNA DE ALMEIDA**, brasileiro, representante legal, CPF nº [REDAZIDO], portador do RG nº [REDAZIDO] e **LUIZ OTÁVIO FERNANDES DE ANDRADE**, brasileiro, representante legal, CPF nº [REDAZIDO], portador do RG nº [REDAZIDO], denominada **CONTRATADA**, tendo em vista o que consta no Processo SEI n. 25.0.000008511-4 e em observância às disposições da Lei n. 14.133, de 1º de abril de 2021, e demais legislação aplicável, resolvem celebrar o presente Termo de Contrato, decorrente do Pregão Eletrônico n. 90013/2026, mediante as cláusulas e condições a seguir enunciadas.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1 Contrato para prestação de serviços de operadora ou seguradora de Plano de assistência à saúde coletiva empresarial, compreendendo serviços de assistência médico-hospitalar e ambulatorial com obstetrícia, por intermédio de rede referenciada/credenciada/conveniada (ou outro instrumento afim), exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, inclusive cobertura para

doenças e lesões pré-existentes ou crônicas, internações, em situações eletivas e/ou emergenciais (no que couber), pré-anestésicas e pré-cirúrgicas, conforme previsto na Lei n. 9.656, de 1998, e no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, bem como a cobertura para todas as doenças do CID-11 (Código Internacional de Doenças), com acomodação para internação individual, realizada em apartamento, com banheiro privativo, ar-condicionado e direito à acompanhante, com abrangência de cobertura em todo o território nacional, sem coparticipação, conforme especificações, condições e exigências estabelecidas neste instrumento.

1.2. Vinculam esta contratação, independentemente de transcrição:

1.2.1 O Termo de Referência;

1.2.2 O Edital da Licitação;

1.2.3 A Proposta da contratada;

1.2.4 Eventuais anexos dos documentos supracitados.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA VIGÊNCIA E PRORROGAÇÃO

2.1 O prazo de vigência da contratação é de **60 (sessenta) meses, contados a partir de 15/09/2026**, prorrogável por até 10 anos, na forma dos artigos 106 e 107 da Lei nº 14.133, de 2021.

2.2 A prorrogação é condicionada ao ateste, pela autoridade competente, de que as condições e os preços permanecem vantajosos para a Administração, permitida a negociação com a contratada, atentando, ainda, para o cumprimento dos seguintes requisitos:

a. Estar formalmente demonstrado no processo que a forma de prestação dos serviços tem natureza continuada;

b. Seja juntado relatório que discorra sobre a execução do contrato, com informações de que os serviços tenham sido prestados regularmente;

c. Seja juntada justificativa e motivo, por escrito, de que a Administração mantém interesse na realização do serviço;

d. Haja manifestação expressa da contratada informando o interesse na prorrogação;

e. Seja comprovado que a contratada mantém as condições iniciais de habilitação.

2.3 A contratada não tem direito subjetivo à prorrogação contratual.

2.4 A prorrogação de contrato deverá ser promovida mediante celebração de termo aditivo.

2.5 Nas eventuais prorrogações contratuais, os custos não renováveis já pagos ou

amortizados ao longo do primeiro período de vigência da contratação deverão ser reduzidos ou eliminados como condição para a renovação.

2.6 O contrato não poderá ser prorrogado quando a CONTRATADA tiver sido penalizada nas sanções de declaração de inidoneidade ou impedimento de licitar e contratar com poder público, observadas as abrangências de aplicação.

CLÁUSULA TERCEIRA - DESCRIÇÃO DO OBJETO E ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

DESCRIÇÃO DO OBJETO

3.1. Contratação de operadora ou seguradora de Plano de assistência à saúde coletiva empresarial, compreendendo serviços de assistência médico-hospitalar e ambulatorial com obstetrícia, por intermédio de rede referenciada/credenciada/conveniada (ou outro instrumento afim), exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, inclusive cobertura para doenças e lesões pré-existentes ou crônicas, internações, em situações eletivas e/ou emergenciais (no que couber), pré-anestésicas e pré-cirúrgicas, conforme previsto na Lei n. 9.656, de 1998, e no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, bem como a cobertura para todas as doenças da CID-11 (Código Internacional de Doenças), com acomodação para internação individual, realizada em apartamento, com banheiro privativo, ar-condicionado e direito à acompanhante, com abrangência de cobertura em todo o território nacional, sem coparticipação.

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

3.2. DO PLANO

Deverá ser ofertado um Plano que contemple todo o Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS previsto para cobertura médico-hospitalar e ambulatorial com obstetrícia, com acomodação para internação individual, realizada em apartamento, com banheiro privativo, ar condicionado e direito à acompanhante, bem como disponibilizar, no mínimo, a rede credenciada prevista neste instrumento. A categoria do Plano oferecido deverá ser equiparada ao produto superior oferecido pela contratada.

O valor de reembolso deverá ser equivalente aos valores correspondentes ao produto superior da contratada.

No caso de internação de beneficiário menor de até 18 (dezoito) anos, maiores de 60 (sessenta) anos, pessoas portadoras de deficiência, gestante no pré-parto, parto e pós-parto, deverá ser permitida e fornecida acomodação e cobertura das despesas, incluindo as de alimentação, para o acompanhante, conforme legislação vigente.

No caso de internação, inclusive em UTI, não haverá limites de diárias, conforme legislação vigente.

A rede de atendimento referenciada/credenciada/conveniada do Plano deste instrumento deverá compreender, no mínimo, todo o Rol de Procedimentos da ANS previsto para o Plano Ambulatorial e para o Hospitalar com Obstetrícia, com acomodação em quarto privativo, garantida, no mínimo, a cobertura para:

a) consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas

- (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo CFM;
- b) serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou pelo cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
- c) consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro obstétrico e obstetriz, de acordo com o estabelecido nos Anexos da Resolução Normativa ANS n. 465, de 2021;
- d) sessões de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido nos Anexos da Resolução Normativa ANS n. 465, de 2021;
- e) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos da Resolução Normativa ANS n. 465, de 2021, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;
- f) ações de planejamento familiar, listadas no Anexo I da Resolução Normativa ANS n. 465, de 2021;
- g) remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
- h) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- i) quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos medicamentos para o tratamento do câncer com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde;
- j) medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando o disposto nos Anexos da Resolução Normativa ANS n. 465, de 2021, e, preferencialmente, as seguintes características:
1. Medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional (DCI), conforme definido pela Lei n.º 9.787/1999; e
 2. Medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente, está atualmente a cargo da ANVISA.
- k) procedimentos de radioterapia listados no Anexo I da Resolução Normativa ANS n. 465, de 2021, para a segmentação ambulatorial;

l) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a doze horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Anexo I da Resolução Normativa ANS n. 465, de 2021;

m) hemoterapia ambulatorial;

n) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas nos Anexos da Resolução Normativa ANS n. 465, de 2021;

o) internação hospitalar, em todos as suas modalidades, em número ilimitado de dias;

p) atendimento em hospital-dia para o tratamento de transtornos mentais, de acordo com o disposto nos Anexos da Resolução Normativa ANS n. 465, de 2021;

q) transplantes listados nos Anexos da Resolução Normativa ANS n. 465, de 2021, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

1. as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora do beneficiário receptor;

2. os medicamentos utilizados durante a internação;

- 3 .o acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras vinte e quatro horas da realização da cirurgia) e mediato (entre vinte e quatro horas e quarenta e oito horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de quarenta e oito horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção; e

- 4 . as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor.

r) consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico, obedecidos os seguintes critérios:

1. que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e

2. no caso de ser necessária à realização de procedimentos, que esses constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido pela Resolução Normativa ANS n. 465, de 2021.

s) órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados nos Anexos da Resolução Normativa ANS n. 465, de 2021;

t) procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados nos Anexos da Resolução Normativa ANS n. 465, de 2021, para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

u) estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos,

gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar; e

v) procedimentos ambulatoriais, previstos na Resolução Normativa ANS n. 465, de 2021, e seus anexos, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar:

1. hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
2. quimioterapia oncológica ambulatorial;
3. medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, observadas as DUT previstas no Anexo II da Resolução Normativa ANS n. 465, de 2021;
4. procedimentos radioterápicos;
5. hemoterapia;
6. nutrição parenteral ou enteral;
7. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
8. radiologia intervencionista;
9. exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos; e
10. procedimentos de reeducação e reabilitação física.

Para os fins do disposto na alínea item letra "u", os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e Plano-referência.

Além de toda a cobertura descrita neste instrumento, o Plano deverá garantir cobertura para:

a) despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

1. pré-parto;
2. parto; e
3. pós-parto imediato, entendido como o período que abrange dez dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

b) assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular;

c) opção de inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, ou de seu dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou adoção.

Deverão ser observadas todas as especificações do objeto descrita neste instrumento bem como a legislação afeta ao objeto, entre eles os seguintes normativos:

- a) Lei n. 14.133/21;
- b) Resolução Normativa n. 465/2021 - ANS;
- c) Resolução Normativa n. 488/2022 - ANS;
- d) Resolução Normativa n. 557/2022 - ANS;
- e) Resolução Normativa n. 563/2022 - ANS;

- f) Resolução Normativa n. 566/2022 - ANS; e
- g) Medida Provisória n. 2177-44/2021.

3.3. DA SAÚDE MENTAL

O Plano deverá dar cobertura ao tratamento de transtornos psiquiátricos, no Plano ambulatorial e hospitalar, nos termos da Resolução Normativa ANS N. 465, de 2021, e nos termos do art. 12 da Lei n. 9.656, de 1998, com alterações e demais Resoluções normativas expedidas pela ANS e demais órgãos regulatórios competentes. A cobertura deve abranger todos os atendimentos clínicos e cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde CID-11, compreendendo:

- a) Custeio integral de internação em hospital psiquiátrico, unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos;
- b) Custeio integral de internação em hospital geral para portadores de quadro de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.
- c) Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas, estão obrigatoriamente cobertos, consoante ao parágrafo primeiro do art. 10º da Resolução Normativa ANS n. 465, de 2021.

3.4. REDE DE ATENDIMENTO REFERENCIAL E HOSPITAIS DE REFERÊNCIA OBRIGATÓRIOS

O Plano de Referência deverá, no mínimo, possuir rede de atendimento no Distrito Federal de, no mínimo, 09 (nove) hospitais gerais com abrangência em todas as áreas de atuação solicitadas para atendimento emergencial, sendo pelo menos:

- a) 04 (quatro) localizados na Asa Sul;
- b) 02 (dois) localizados na Asa Norte;
- c) 01 (um) localizado no Lago Sul; e
- d) 02 (dois) localizados em Taguatinga, Ceilândia ou Águas Claras.

Todos os estabelecimentos deverão possuir a infraestrutura mínima de:

- a) Ambulatórios;
- b) Radiologia;
- c) UTI;
- d) Pronto socorro com profissionais nas especialidades de, no mínimo: Clínica Geral, Pediátrica, Cardiologia, Ginecológica e Obstétrica e Ortopedia, estrutura laboratorial e hemodinâmica 24 horas;
- e) Internações em apartamentos individuais;
- f) Procedimentos Médicos/Serviços Auxiliares para Cirurgias; e
- g) Procedimentos de cirurgias cardíacas/neurológicas, com UTI neonatal e adulto, banco de sangue e serviço de diálise/hemodiálise.

Os estabelecimentos referenciados no item Rede de Atendimento Referencial deverão

pertencer às seguintes redes hospitalares, obrigatoriamente:

- a) Rede Grupo Santa;
- b) Rede D'Or São Luiz;
- c) Rede Kora Saúde; e
- d) Rede Dasa.

Além das exigências de rede mínima previstas neste instrumento, a licitante deverá comprovar, no ato da apresentação da proposta, possuir rede hospitalar credenciada, referenciada, conveniada ou própria apta ao atendimento dos beneficiários do Conselho Federal de Medicina – CFM no Distrito Federal, contemplando obrigatoriamente os seguintes hospitais de alta complexidade e referência assistencial:

I - HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS - UNIDADE BRASÍLIA/DF e ou;

II - HOSPITAL DF STAR - BRASÍLIA/DF.

A comprovação deverá ocorrer mediante apresentação de documentação hábil, tais como guia médica atualizada, carta de credenciamento, contrato vigente, declaração formal da operadora/seguradora ou outro documento idôneo que demonstre o efetivo vínculo operacional ativo com as referidas unidades hospitalares.

Não serão aceitas declarações genéricas de intenção futura de credenciamento, tratativas em andamento ou possibilidade futura de contratação, devendo o vínculo com os hospitais exigidos estar plenamente vigente na data de apresentação da proposta.

A ausência de um dos hospitais acima indicados na rede assistencial disponibilizada pela licitante implicará desclassificação da proposta, por descumprimento de requisito mínimo obrigatório de qualificação técnica e execução contratual, considerando tratar-se de exigência essencial para garantia da qualidade, continuidade, segurança assistencial, atendimento de alta complexidade e padrão de excelência pretendido pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.

A exigência dos hospitais mencionados fundamenta-se na necessidade de manutenção de rede hospitalar de elevado padrão técnico-assistencial no Distrito Federal, compatível com a natureza institucional do Conselho Federal de Medicina – CFM, bem como na necessidade de assegurar aos beneficiários acesso contínuo a unidades hospitalares de reconhecida excelência, estrutura de alta complexidade, atendimento multidisciplinar, acreditação hospitalar e disponibilidade de recursos avançados de diagnóstico e terapia.

A indicação de 4 (quatro) grandes redes hospitalares do atual mercado de saúde de Brasília (DF) visa estabelecer uma referência mínima de excelência para a prestação de serviços na área. A eleição dessas 5 (cinco) redes se baseou na rede mínima atualmente disponibilizada para os beneficiários do CFM e no fato de possuírem, no mínimo, Acreditação Plena da Organização Nacional de Acreditação – ONA nível 2.

A Acreditação Hospitalar é um método de avaliação e certificação que busca promover a qualidade e a segurança da assistência no setor de saúde. Embora essa certificação seja voluntária, periódica e reservada, é de grande interesse das organizações possuí-la, pois significa, para o mercado consumidor dos serviços prestados na área de saúde, que a Instituição atende a elevados critérios de segurança no segmento.

A Acreditação Hospitalar não tem caráter fiscal e constitui programa de educação continuada das clínicas e hospitais, aplicado periodicamente para incentivar a melhoria contínua. Seus principais benefícios são:

- a) Mais segurança para pacientes e colaboradores;
- b) Maior qualidade no atendimento;
- c) Aplicação da melhoria contínua dentro da instituição; e
- d) Melhoria no gerenciamento da unidade.

Logo, obter Acreditação exige diversas ações da gestão hospitalar, mas garante ao consumidor que a Instituição Acreditada é referência de saúde no mercado.

A Organização Nacional de Acreditação – ONA é considerada a principal acreditadora de saúde no Brasil e é a única a certificar seus acreditados em três níveis, conforme a estrutura, processos e resultados.

Desta feita, utiliza-se como referência o nível intermediário de certificação, com vistas a garantir melhor nível de excelência na prestação dos serviços hospitalares.

No mínimo, 2 (duas) redes de laboratórios deverão realizar exames nas especialidades de Análises Clínicas e Patologia Clínica (bioquímica, hematologia, hormônios, imunologia, microbiologia e suco gástrico), com pelo menos 01 (uma) unidade de atendimento em cada uma das 35 (trinta e cinco) Regiões Administrativas do Distrito Federal, sendo admitida a prestação de serviço em regiões limítrofes, quando da ausência de prestador no local indicado.

a) Pelo menos 1 (uma) das redes de laboratórios credenciadas deverá participar dos Programas de Excelência para Laboratórios Médicos – PELM ou Programa Nacional de Controle de Qualidade – PNCQ, devidamente certificado pela Sociedade Brasileira de Patologia Clínica – SBPC.

No mínimo, 2 (duas) clínicas localizadas na Região Administrativa RA I (Plano Piloto), para cada especialidade, nos termos mínimos exigidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, exceto quando houver somente 1 (um) estabelecimento na região de abrangência que seja especialista.

No mínimo, o Plano deverá possuir rede de atendimento em cada uma das capitais dos Estados com um ou mais hospitais que tenham abrangência em todas as áreas de atuação solicitadas para atendimento emergencial e que possuam infraestrutura de:

- a) Ambulatório com infraestrutura mínima;

- b) Radiologia;
- c) UTI;
- d) Pronto socorro com profissionais nas especialidades de, no mínimo: Clínica Geral, Pediátrica, Cardiologia, Ginecológica e Obstétrica e Ortopedia;
- e) Internações em apartamentos individuais;
- f) Procedimentos Médicos/Serviços Auxiliares para Cirurgias; e
- g) Procedimentos de cirurgias cardíacas/neurológicas, com UTI neonatal e adulto, banco de sangue e serviço de diálise/hemodiálise.

Dispor de rede de laboratório credenciada que realize serviços nas especialidades de Análises Clínicas, Patologia Clínica (bioquímica, hematologia, hormônios, imunologia, microbiologia e suco gástrico) e Patologia Clínica Ocupacional.

Possuir uma clínica para cada especialidade, nos termos mínimos exigidos pela ANS. Quando não houver a rede requerida, conforme descrito nos parágrafos anteriores, a contratada deverá garantir a imediata remoção do paciente e do acompanhante, caso necessário, para o Estado mais próximo, de maneira a prestar o atendimento necessário.

No caso de não haver rede credenciada que atenda à necessidade imediata do beneficiário, haverá reembolso integral, independentemente da categoria do Plano, mediante consulta prévia da rede disponível à operadora.

A manutenção dos hospitais e redes hospitalares exigidos neste item deverá perdurar durante toda a vigência contratual, admitindo-se eventual substituição somente mediante prévia autorização formal do CFM e desde que por unidade hospitalar de padrão equivalente ou superior, localizada no Distrito Federal e detentora, no mínimo, de acreditação hospitalar equivalente.

A contratada deverá comunicar ao Contratante qualquer alteração **na rede credenciada com, no mínimo, 30 (trinta) dias de antecedência.**

3.5. ESPECIALIDADE MÉDICAS REFERENCIAIS

Os procedimentos médicos a serem cobertos pelo Plano são aqueles constantes da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, CID 11, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definidos pelo Ministério da Saúde, nos termos da Lei n. 9.656, de 1998 e suas alterações, e em todas as normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e a cobertura relacionada ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, visando assistência clínica e cirúrgica, eletiva, de urgência e emergência, por intermédio de profissionais, hospitais e serviços de diagnóstico e terapia próprios, credenciados ou cooperados, obrigando-se na execução dos serviços direcionados à prevenção das doenças e recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, nos termos e condições ajustados, exclusivamente na área de abrangência contratada. O Plano compreende os segmentos ambulatorial, hospitalar e obstetrícia.

3.6. EXCLUSÕES DA COBERTURA

Estão excluídos os seguintes procedimentos, dentro das coberturas:

- a) Exames e procedimentos realizados durante o período de carência, exceto para as situações descritas no item que trata a respeito de inclusões e prazos de carência;
- b) Procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam a restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- c) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- d) Despesas extraordinárias, enfermagem particular, ainda que em hospital, e assistência médica domiciliar;
- e) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao atocirúrgico;
- f) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios e materiais sem o registro no órgão competente;
- g) Aviamento de óculos, lentes de contato e aparelhos de audição (materiais não implantáveis);
- h) Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- i) Despesas hospitalares extraordinárias referentes a ligações telefônicas, lavagem de roupas particulares, dieta ou produtos não prescritos pelo médico responsável ou outros serviços extraordinários requeridos pelo beneficiário, que excedem ao limite do contrato;
- j) Tratamentos ou procedimentos relacionados à estimulação conceptiva e fertilização in vitro;
- k) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, não reconhecidos pelo Conselho de Saúde Suplementar;
- l) Fornecimento de medicamentos e materiais para a saúde não registrados na ANVISA;
- m) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvadas as situações previstas em regulamentação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;
- n) Serviço de enfermagem em caráter particular;
- o) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética ou de rejuvenescimento, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- p) Vacinas; e
- q) Plano odontológico, previsto na Lei n. 9;656/98, salvo a cirurgia buco-maxilo-facial, realizada em ambiente hospitalar com cobertura prevista e regulamentada pela Lei n. 9;656/98 e por normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Os procedimentos previstos nas alíneas acima passarão a ser cobertos caso passem a integrar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estipulados pela ANS.

3.7. DOS BENEFICIÁRIOS

Serão considerados beneficiários titulares, sem limite de idade todos os empregados ativos e inativos do CFM.

Serão considerados beneficiários dependentes:

a) Cônjuge ou companheiro(a), com quem o(a) empregado(a) mantenha união estável, desde que apresentada a certidão de casamento ou a escritura declaratória de união estável registrada em cartório; e

b) Filho(a), solteiro(a), natural, por adoção, enteado ou enteada ou qualquer pessoa que o titular detenha a guarda judicial, até 21 anos; ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho; ou, comprovadamente, até 24 (vinte e quatro anos) quando estudante universitário ou de escola técnica, não tendo economia própria.

A quantidade de beneficiários é estimada em 471 (quatrocentos e setenta uma) vidas, assim composta por tipo de beneficiário e faixa etária:

a) Distribuição por tipo de beneficiário:

- Beneficiários Titulares: 186 (cento e oitenta e seis) vidas.
- Beneficiários Dependentes: 285 (duzentas e oitenta e cinco) vidas.

b) Distribuição por faixa etária:

IDADE	QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS
0 a 18 anos	140
19 a 23 anos	21
24 a 28 anos	12
29 a 33 anos	36
34 a 38 anos	50
39 a 43 anos	62
44 a 48 anos	48
49 a 53 anos	27
54 a 58 anos	24
59 anos ou mais	51

A quantidade pode ser alterada em razão de novas contratações ou de desligamento de empregados, bem como de dependentes, considerando também a livre opção de adesão do empregado.

É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário.

O desligamento dos dependentes que completarem 21 (vinte e um) anos dar-se-á de forma automática.

A exclusão por maioridade deverá ocorrer no último dia do mês do aniversário de 21 (vinte e um) anos do dependente.

É vedada a inclusão de dependentes em Plano diferente do respectivo titular, caso houver.

Não poderão ser beneficiários simultaneamente o cônjuge e o(a) companheiro(a).

Na hipótese de o dependente legal não constar dos assentamentos funcionais do empregado, sua inclusão fica condicionada à regularização junto na unidade interna do CFM gestora do contrato.

Os titulares serão excluídos do Plano de assistência à saúde, nos seguintes casos:

- a) falecimento;
- b) exoneração ou demissão;
- c) quando entrar em gozo de licença ou afastamento sem remuneração, salvo se assumir o ressarcimento do valor patronal ao CFM; e
- d) por solicitação expressa.

Os dependentes serão excluídos do Plano de assistência à saúde, nos seguintes casos:

- a) falecimento;
- b) quando o titular ao qual estiver vinculado for excluído;
- c) quando solicitado pelo beneficiário titular ao qual estiver vinculado;
- d) quando não atender solicitação para regularização ou comprovação junto à área gestora do Plano de saúde quanto à condição de dependente legal, conforme disposto neste contrato; e
- e) quando os filhos/enteados completarem 21 anos, salvo quando incapacitados física e mentalmente para o trabalho, ou, comprovadamente, até 24 (vinte e quatro) anos quando estudante universitário ou de escola técnica, não tendo economia própria.

Os desligamentos terão vigência cadastral e financeira a partir do 1º (primeiro) dia do mês subsequente ao da formalização da exclusão.

Ao beneficiário, no caso de exoneração do serviço ou rescisão do contrato de trabalho sem justa causa por iniciativa do empregador, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava, desde que assuma o pagamento integral, mediante boleto bancário expedido pela contratada, nos termos do artigo 30 da Lei n. 9.656, de 1998.

Ao beneficiário aposentado, que permaneceu trabalhando e depois pediu demissão ou aquele que solicitou seu desligamento quando da concessão da aposentadoria, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade, nos termos do artigo 31 da Lei n. 9.656, de 1998 e da Resolução Normativa n. 488, de 2022.

3.8. IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS E CARTEIRA DIGITAL

Considerando a evolução tecnológica do setor de saúde suplementar, a ampla adoção de aplicativos pelas operadoras e a necessidade de modernização contratual, a recomendação é que a carteira digital seja estabelecida como meio principal de identificação dos beneficiários, permanecendo a carteira física apenas como mecanismo subsidiário e excepcional.

A adoção da carteira digital como instrumento principal de identificação dos beneficiários atende aos princípios da eficiência, economicidade, sustentabilidade e transformação digital da Administração Pública, reduzindo custos de emissão, reemissão e logística de cartões físicos, aumentando a segurança das informações, permitindo atualização em tempo real dos dados cadastrais e proporcionando acesso imediato às funcionalidades assistenciais disponibilizadas pela operadora, em alinhamento às práticas atualmente adotadas pelas principais operadoras de saúde do

país. A carteira física passa a possuir caráter subsidiário e excepcional, preservando a acessibilidade dos usuários que eventualmente necessitem desse meio de identificação.

Os beneficiários titulares e dependentes regularmente inscritos no Plano de Assistência à Saúde disponibilizado pela CONTRATADA deverão possuir identificação individual para acesso aos serviços assistenciais cobertos pelo contrato, mediante utilização prioritária d e **Carteira Digital de Identificação**, disponibilizada gratuitamente por meio de aplicativo para dispositivos móveis e/ou plataforma eletrônica acessível via internet.

A Carteira Digital deverá conter, no mínimo:

- I – nome completo do beneficiário;
- II – número de matrícula ou identificação junto à operadora;
- III – número do cartão nacional de saúde, quando aplicável;
- IV – plano contratado e informações de elegibilidade;
- V – rede credenciada atualizada;
- VI – código de autenticação, QR Code, código de barras ou tecnologia equivalente que permita validação eletrônica da identidade do beneficiário;
- VII – canais de atendimento da operadora;
- VIII – informações para utilização em atendimentos eletivos, urgência e emergência;
- IX – mecanismos de segurança compatíveis com a legislação vigente de proteção de dados pessoais.

A CONTRATADA deverá disponibilizar aplicativo ou plataforma digital compatível, no mínimo, com os sistemas operacionais Android e iOS, permitindo ao beneficiário acesso permanente às seguintes funcionalidades:

- a) visualização da carteira digital;
- b) consulta à rede credenciada georreferenciada;
- c) emissão de segunda via digital da identificação;
- d) acompanhamento de autorizações;
- e) solicitação e acompanhamento de reembolsos, quando previstos contratualmente;
- f) acesso ao histórico de utilização, quando disponibilizado pela operadora;
- g) consulta de coparticipações, quando aplicável;
- h) atualização de dados cadastrais;
- i) acesso aos canais de atendimento eletrônico, inclusive chat, central telefônica e ouvidoria;
- j) recebimento de notificações e comunicados relacionados ao plano.

A Carteira Digital será considerada documento hábil e suficiente para identificação do beneficiário perante a rede credenciada, dispensando a apresentação da carteira física sempre que houver disponibilidade de validação eletrônica.

A CONTRATADA deverá assegurar a disponibilidade contínua da Carteira Digital, observando níveis adequados de desempenho, segurança da informação, proteção de dados pessoais e continuidade dos serviços, em conformidade com a legislação

aplicável, especialmente a Lei nº 13.709/2018 (LGPD) e as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Como medida de contingência operacional, a CONTRATADA deverá disponibilizar ao beneficiário mecanismo alternativo de identificação eletrônica, incluindo versão da carteira para armazenamento offline, comprovante digital temporário, código de autenticação ou solução tecnológica equivalente, para utilização em situações de indisponibilidade momentânea de internet ou de sistemas.

A emissão de carteira física não constituirá obrigação principal da CONTRATADA, podendo ser fornecida apenas em caráter excepcional, mediante solicitação formal do beneficiário ou em situações devidamente justificadas de impossibilidade de utilização dos meios digitais.

Quando fornecida, a carteira física será emitida sem ônus ao beneficiário e terá caráter complementar à identificação digital, não afastando a utilização prioritária dos recursos eletrônicos disponibilizados pela operadora.

Em caso de perda, roubo, furto, extravio, comprometimento de acesso ou utilização indevida da identificação física ou digital, o beneficiário deverá comunicar imediatamente à CONTRATADA e à unidade gestora do contrato no CFM, para adoção das medidas de bloqueio, atualização cadastral e segurança necessárias.

A exclusão do beneficiário do plano de assistência à saúde implicará a desativação automática da Carteira Digital e a perda de validade de quaisquer meios de identificação vinculados ao contrato, permanecendo o ex-beneficiário responsável pelos prejuízos decorrentes de eventual utilização indevida após sua exclusão.

A CONTRATADA deverá promover a atualização tecnológica contínua da solução digital ofertada durante toda a vigência contratual, sem custos adicionais para o CONTRATANTE ou para os beneficiários, observando as melhores práticas de mercado, acessibilidade, experiência do usuário, segurança cibernética e transformação digital dos serviços de saúde suplementar.

3.9. INCLUSÕES E PRAZOS DE CARÊNCIA

Não haverá carência para a prestação dos serviços:

- a) Aos empregados e seus dependentes, desde que firmem o Termo de Adesão em até 60 (sessenta) dias da data de assinatura do contrato;
 - b) Para empregados recém-admitidos, bem como seus dependentes, e que manifestarem opção pela modalidade do Plano de saúde, mediante Termo de Adesão apropriado, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados do ato do efetivo exercício;
 - c) Para os dependentes oriundos do casamento ou do nascimento/adoção, cuja comprovação e cadastramento ocorram em até 30 (trinta) dias do respectivo evento.
- Respeitando-se as disposições estabelecidas no subitem anterior, o período de carência

máxima a que ficarão sujeitos os beneficiários (titulares e dependentes) posteriormente incluídos no Plano, para utilização dos serviços contratados, será:

- a) Consultas médicas, urgência e emergência médica devidamente comprovadas - sem carência;
- b) Exames e tratamentos - 90 (noventa) dias;
- c) Internações hospitalares - 180 (cento e oitenta) dias;
- d) Partos e suas consequências - 300 (trezentos) dias.

Para reingresso de empregados e dependentes desligados voluntariamente do Plano, serão admitidos os períodos de carência para os seguintes eventos:

- a) Consultas médicas, urgência e emergência médica devidamente comprovadas: 24 (vinte e quatro) horas;
- b) Exames e tratamentos: 30 (trinta) dias;
- c) Internações hospitalares: 180 (cento e oitenta) dias;
- d) Partos e suas consequências: 300 (trezentos) dias.

3.10. REEMBOLSO

A contratada deverá oferecer reembolso no sistema de livre escolha de consulta, exames, procedimentos, honorários médicos, despesas hospitalares e demais serviços previstos neste Termo de Referência.

Nos casos em que o beneficiário utilizar serviços médicos de clínicas/profissionais que não fazem parte da rede credenciada, a licitante vencedora é obrigada a reembolsar os honorários que a contratada paga aos profissionais/empresas credenciados pelos serviços prestados.

O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorrido 12 (doze) meses da data do evento.

Respeitadas as determinações da ANS, caberá aos beneficiários reembolso de 100% (cem por cento) das despesas efetuadas com consultas, exames, honorários médicos e serviços hospitalares, com medicamentos e materiais utilizados durante o período de internação e com as demais taxas hospitalares, nas seguintes hipóteses:

- a) despesa efetuada nas localidades em que a contratada não dispuser de rede médico-hospitalar, laboratorial e serviços complementares ao diagnóstico e terapia, credenciada, referenciada ou própria;
- b) em situações de greve, paralisações ou outras que impeçam o atendimento pela rede própria, referenciada ou credenciada da contratada; e
- c) nos casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços na rede própria, credenciada ou referenciada da contratada, aqueles como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesão irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente.

Os beneficiários deverão apresentar à contratada os seguintes documentos:

- a) Conta discriminada das despesas, incluindo relação de materiais, medicamentos utilizados e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as vias originais das notas fiscais ou faturas quando o prestador de serviço for uma pessoa jurídica ou recibos quando o prestador de serviço for uma pessoa física;
- b) Vias originais dos recibos e comprovantes de pagamento dos honorários médicos, de

assistentes e, se for o caso, de auxiliares e anestesistas em que devem constar os números do CRM, do CPF e do ISS e discriminação do serviço realizado; e

c) Relatório médico justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital.

3.11. AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

A autorização para procedimentos e internações deverá ocorrer nos prazos máximos previstos na Resolução Normativa ANS n. 566, de 2022 e alterações posteriores. Caso os prazos sejam ultrapassados, a contratada deverá apresentar as devidas justificativas aos gestores e fiscais do CFM, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis. Os casos de urgência/emergência não necessitarão de liberação prévia, mas deverão ser comunicados à contratada em até 24 horas após o início do atendimento.

Havendo negativa de autorização para realização de procedimentos e/ou serviço solicitado por profissional de saúde, devidamente habilitado, seja ele credenciado ou não, a operadora deverá informar ao beneficiário detalhadamente, em linguagem clara e adequada, o motivo da negativa de autorização do procedimento, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique, conforme disposto na Resolução Normativa ANS n. 623, de 2024.

3.12. DA REMOÇÃO

Quando for constatada a necessidade de remoção, a mesma deverá ser solicitada dentro dos critérios abaixo relacionados:

- a) Solicitada pelo médico assistente, através de relatório, descrevendo a impossibilidade de locomoção do beneficiário;
- b) Por via terrestre, de um estabelecimento médico-hospitalar para outro com condições técnicas de prestar o atendimento necessário;
- c) Caso haja necessidade de ambulância UTI e/ou de acompanhamento médico, o relatório de solicitação deverá conter tal especificação;
- d) Sejam observados a abrangência e critérios contratuais;
- e) Seja destinada ao atendimento do beneficiário durante evento coberto, desde que cumprida à respectiva carência contratual;
- f) Para realização de procedimentos essenciais ao acompanhamento da patologia que gerou a internação, ou de evento essencial à manutenção da saúde do beneficiário;
- g) O beneficiário impossibilitado de se locomover, com prescrição médica para tratamento ou reabilitação de saúde, deverá ser removido adequadamente do estabelecimento onde estiver às expensas da contratada.

Nos casos de urgência/emergência em que o paciente não tiver direito à internação em virtude de carência, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para destino, em ambulância terrestre com os recursos necessários, dentro da área de abrangência geográfica do Plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, e garantido o registro na unidade hospitalar que o receber.

Quando a rede hospitalar do Estado onde estiver o paciente não dispuser de infraestrutura/especialidade que atenda às necessidades de saúde deste, o mesmo deve ser removido para a região mais próxima, dentro das condições médicas

apresentadas, sendo todos os custos arcados pelo contratado.

3.13. DESCRENCIAMENTO DE HOSPITAIS

A operadora/seguradora fica obrigada a manter, durante toda a vigência do contrato, o quantitativo e o nível de qualidade da rede credenciada, inclusive dos hospitais, informados por ocasião da apresentação da proposta, sob pena de rescisão contratual.

Fica vedado a operadora/seguradora determinar o atendimento em serviço próprio (ambulatórios, clínicas, hospitais) ou de empresas controladas ou coligadas.

Esta proibição inclui direcionamento e/ou transferência para rede própria, exceto em localidades onde essa seja a única opção de atendimento, ou que seja da livre escolha do usuário;

Nos casos de internações de urgência ou emergência, deverá ser comprovada, por meio de declaração do recurso credenciado, a inexistência de vagas nos hospitais de escolha do beneficiário, para que seja oferecido atendimento em rede própria.

Caso a operadora/seguradora descredencie qualquer um dos hospitais obrigatórios mencionados, deverá cumprir os seguintes procedimentos:

Notificação Prévia: A operadora/seguradora deverá informar ao CFM sobre o descredenciamento com antecedência mínima de 30 (trinta) dias antes da data efetiva do descredenciamento.

Substituição do Hospital: A operadora/seguradora deverá substituir o hospital descredenciado por outro de igual ou superior qualidade. A qualidade do hospital substituto deverá ser comprovada por meio de atestados técnicos e de capacidade emitidos por entidades reconhecidas na área de saúde.

Comprovação de Qualidade: A operadora/seguradora deverá fornecer documentação que comprove que o novo hospital atende ou supera os critérios estabelecidos para os hospitais da rede credenciada. Esses critérios incluem, mas não se limitam a:

- a) Ambulatórios nas especialidades de Clínica Médica, Pediatria, Cardiologia, Neurologia, Oftalmologia, Ginecologia e Obstetrícia, Otorrinolaringologia e Ortopedia;
- b) Serviços de Radiologia;
- c) Unidade de Terapia Intensiva (UTI);
- d) Pronto-socorro com profissionais nas especialidades mencionadas, laboratório e hemodinâmica 24 horas;
- e) Internações em apartamentos individuais;
- f) Procedimentos médicos e serviços auxiliares para cirurgias; e
- g) Procedimentos de cirurgias cardíacas e neurológicas, com UTI neonatal e adulto, banco de sangue e serviço de diálise/hemodiálise.

Em caso de descredenciamento total de uma das redes hospitalares obrigatórias (Rede Grupo Santa, Rede D'or São Luiz, Rede Kora Saúde, ou Rede Dasa), a operadora deverá notificar o Contratante com, no mínimo, 30 (trinta) dias de antecedência. A operadora fica obrigada a substituir a rede descredenciada por outra(s) rede(s) de qualidade igual ou superior, comprovada por credenciações reconhecidas (como ONA nível 2 ou superior) e que ofereça cobertura e especialidades equivalentes.

Na impossibilidade de substituir toda a rede, a operadora deverá garantir o credenciamento de hospitais individuais (externos a quaisquer uma das quatro redes

referenciadas) que atendam aos critérios de excelência definidos neste Termo de Referência, de forma a manter a mesma quantidade e qualidade de serviços previstos. A escolha dos novos hospitais deverá ser aprovada pelo Contratante e a operadora se compromete a garantir o acesso a atendimento integral aos beneficiários, inclusive em situações de urgência e emergência.

Caso a substituição não possa ser realizada dentro do prazo estabelecido, a operadora deverá oferecer reembolso integral aos beneficiários por serviços hospitalares realizados fora da rede até que a situação seja regularizada.

3.14. TRANSIÇÃO DE SERVIÇOS, MIGRAÇÃO DE DADOS E CONTINUIDADE

A contratada deverá fornecer toda a documentação necessária e realizar treinamentos específicos para os empregados do CFM responsáveis pelo gerenciamento do Plano de saúde, visando garantir a continuidade e qualidade dos serviços;

O Contratante disponibilizará as informações dos beneficiários de acordo com planilhas ou sistema próprio da operadora/ seguradora, a fim de concluir a migração de todos os ativos e inativos para o novo Plano;

A contratada deverá designar uma equipe de transição composta por profissionais qualificados, que será responsável por coordenar todas as atividades relacionadas à transferência de serviços;

Caso a atual prestadora de serviços seja vitoriosa no certame, não haverá necessidade da migração das informações por parte da contratante, uma vez que a base de dados dos empregados do Conselho já faz parte de seu escopo.

A contratada deverá realizar a migração de todos os dados pertinentes dos beneficiários do CFM e seus dependentes para o novo sistema da operadora, garantindo a integridade, segurança e confidencialidade das informações;

A contratada deverá utilizar tecnologias seguras e compatíveis com as exigências legais para a transferência dos dados, assegurando que não haja perda ou corrupção de informações durante o processo;

Caso a atual prestadora de serviços seja vitoriosa no certame, as cláusulas referentes à migração de dados não se aplicam, uma vez que a base de dados dos empregados do Conselho já faz parte de seu escopo;

O prazo para a migração completa dos dados para a operadora contratada será de até 30 (trinta) dias, que antecedem o início da vigência contratual;

Durante o período de migração, a contratada deverá garantir que os serviços de assistência à saúde não sofram interrupções, mantendo o atendimento contínuo e de qualidade para todos os beneficiários;

Em caso de descumprimento dos prazos ou das condições estabelecidas para a migração de dados, a contratada estará sujeita a penalidades contratuais, incluindo multas e, em casos graves, a rescisão do contrato.

A contratada deverá assegurar que todos os beneficiários continuem a receber atendimento médico-hospitalar e ambulatorial sem interrupções durante e após o período de transição;

A contratada deverá estabelecer um canal de comunicação direto com o CFM para tratar de quaisquer questões emergenciais que possam surgir durante a transição e

migração de dados, garantindo uma resposta rápida e eficaz.

Garantia da contratação

3.15. Será exigida a garantia da contratação de que trata a Lei n. 14.133/21, no percentual de 5% do valor contratual, conforme regras previstas no contrato.

Vistoria

3.16. Não há necessidade de realização de avaliação prévia do local de execução dos serviços.

CLÁUSULA QUARTA - DA SUBCONTRATAÇÃO

4.1 Não será admitida a subcontratação do objeto contratual.

CLÁUSULA QUINTA - DO PREÇO

5.1 O valor mensal estimado da contratação é de R\$ 601.499,97 (seiscentos e um mil quatrocentos e noventa e nove reais e noventa e sete centavos), correspondente ao valor unitário de R\$ 1.277,07 por beneficiário, considerando a estimativa de 471 vidas, perfazendo o valor anual estimado de R\$ 7.217.999,64, ressalvadas as alterações decorrentes da inclusão ou exclusão de beneficiários.

CONTRATAÇÃO DE OPERADORA OU SEGURADORA DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVA EMPRESARIAL	VALOR UNITÁRIO R\$	X	QTDE DE VIDAS	X	VALOR MENSAL
	R\$ 1.277,07 (mil e duzentos e setenta e sete reais e sete centavos)		471		R\$ 601.499,97 (seiscentos e um mil e quatrocentos e noventa e nove reais e noventa e sete centavos)
VALOR MENSAL R\$ 601.499,97 (seiscentos e um mil e quatrocentos e noventa e nove reais e noventa e sete centavos)					

5.2 No valor acima estão incluídas todas as despesas ordinárias diretas e indiretas decorrentes da execução do objeto, inclusive tributos e/ou impostos, encargos sociais, trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais incidentes, taxa de administração, frete, seguro e outros necessários ao cumprimento integral do objeto da contratação.

CLÁUSULA SEXTA - DO PAGAMENTO

6.1 CRONOGRAMA FÍSICO FINANCEIRO

Da retenção dos Impostos

TRIBUTOS FEDERAIS (IRPJ, PIS, COFINS E CSLL)

ü Lei n. 9.430 27/12/1996, ARTIGO 64

ü Lei n. 10.833 29/12/2003, ARTIGO 33, 34 E 35

ü Instrução Normativa Receita Federal do Brasil n. 1.234 de 11/01/2012.

TRIBUTOS PREVIDENCIÁRIOS (INSS)

ü Instrução Normativa Receita Federal do Brasil n. 2.110 de 19/10/2022 Artigos 110 a 122.

TRIBUTOS DISTRITAIS (ISS DISTRITO FEDERAL)

ü DECRETO 25.508 DE 19/01/2005 (ISS)

ü DECRETO 43.982 DE 5/12/2022 (Institui o Sistema de Gestão, Fiscalização e Arrecadação do Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS)

Liquidação

6.2 Recebida a Nota Fiscal ou documento de cobrança equivalente, correrá o prazo de dez dias úteis para fins de liquidação, na forma desta seção, prorrogáveis por igual período, nos termos do [art. 7º, §3º da Instrução Normativa SEGES/ME n 77/2022](#).

6.3 Para fins de liquidação, o setor competente deve verificar se a Nota Fiscal ou Fatura apresentada expressa os elementos necessários e essenciais do documento, tais como:

6.3.1 O prazo de validade;

6.3.2 A data da emissão;

6.3.3 Os dados do contrato e do órgão contratante;

6.3.4 A origem e o objeto do que se deve pagar;

6.3.5 O período respectivo de execução do contrato;

6.3.6 O valor exato a pagar;

6.3.7 Eventual destaque do valor de retenções tributárias cabíveis; e

6.3.8 A quem se deve pagar a importância, para extinguir a obrigação.

6.4 Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal/Fatura, ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, esta ficará sobrestada até que o contratado providencie as medidas saneadoras, reiniciando-se o prazo após a comprovação da regularização da situação, sem ônus à contratante;

6.5 A Nota Fiscal ou Fatura deverá ser obrigatoriamente acompanhada da comprovação da regularidade fiscal, constatada por meio de consulta *on-line* ao SICAF ou, na impossibilidade de acesso ao referido Sistema, mediante consulta aos sítios eletrônicos oficiais ou à documentação mencionada no art. 68 da Lei n. 14.133/2021.

6.6 A Administração deverá realizar consulta ao SICAF para: a) verificar a manutenção das condições de habilitação exigidas no edital; b) identificar possível razão que impeça a participação em licitação, no âmbito do órgão ou entidade, proibição de contratar com o Poder Público, bem como ocorrências impeditivas indiretas (INSTRUÇÃO NORMATIVA N. 3, DE 26 DE ABRIL DE 2018).

6.7 Constatando-se, junto no SICAF, a situação de irregularidade do contratado, será providenciada sua notificação, por escrito, para que, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, regularize sua situação ou, no mesmo prazo, apresente sua defesa. O prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, a critério do contratante.

6.8 Não havendo regularização ou sendo a defesa considerada improcedente, o contratante deverá comunicar aos órgãos responsáveis pela fiscalização da regularidade fiscal quanto à inadimplência do contratado, bem como quanto à existência de pagamento a ser efetuado, para que sejam acionados os meios pertinentes e necessários para garantir o recebimento de seus créditos.

6.9 Persistindo a irregularidade, o contratante deverá adotar as medidas necessárias à rescisão contratual nos autos do processo administrativo correspondente, assegurada ao contratado a ampla defesa.

6.10 Havendo a efetiva execução do objeto, os pagamentos serão realizados normalmente, até que se decida pela rescisão do contrato, caso o contratado não regularize sua situação junto no SICAF.

Prazo de pagamento

6.11 O pagamento será efetuado no prazo máximo de até dez dias úteis, contados da finalização da liquidação da despesa, conforme seção anterior, nos termos da Instrução Normativa SEGES/ME n. 77, de 2022.

6.12 No caso de atraso pelo Contratante, os valores devidos ao contratado serão atualizados monetariamente entre o termo final do prazo de pagamento até a data de sua efetiva realização, mediante aplicação do índice IPCA/IBGE de correção monetária.

Forma de pagamento

6.13 O pagamento será realizado através de ordem bancária, para crédito em banco, agência e conta corrente indicados pelo contratado.

6.14 Será considerada data do pagamento o dia em que constar como emitida a ordem bancária para pagamento.

6.15 Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável.

6.16 Independentemente do percentual de tributo inserido na planilha, quando houver,

serão retidos na fonte, quando da realização do pagamento, os percentuais estabelecidos na legislação vigente.

6.17 O contratado regularmente optante pelo Simples Nacional, nos termos da Lei Complementar n. 123, de 2006, não sofrerá a retenção tributária quanto aos

impostos e contribuições abrangidos por aquele regime. No entanto, o pagamento ficará condicionado à apresentação de comprovação, por meio de documento oficial, de que faz jus ao tratamento tributário favorecido previsto na referida Lei Complementar.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO REAJUSTE

7.1 Os preços inicialmente contratadas são fixos e irrevogáveis no prazo de um ano contado da data do orçamento estimado, em 08/01/2026.

7.2 Após o interregno de um ano, e independentemente de pedido do contratado, os preços iniciais serão reajustados, mediante a aplicação, pelo contratante, do IPCA/IBGE, exclusivamente para as obrigações iniciadas e concluídas após a ocorrência da anualidade.

a. Nos reajustes subsequentes ao primeiro, o interregno mínimo de um ano será contado a partir dos efeitos financeiros do último reajuste.

b. No caso de atraso ou não divulgação do(s) índice (s) de reajustamento, o contratante pagará a contratada a importância calculada pela última variação conhecida, liquidando a diferença correspondente tão logo seja(m) divulgado(s) o(s) índice(s) definitivo(s).

c. Nas aferições finais, o(s) índice(s) utilizado(s) para reajuste será(ão), obrigatoriamente, o(s) definitivo(s).

d. Caso o(s) índice(s) estabelecido(s) para reajustamento venha(m) a ser extinto(s) ou de qualquer forma não possa(m) mais ser utilizado(s), será(ão) adotado(s), em substituição, o(s) que vier(em) a ser determinado(s) pela legislação então em vigor.

Na ausência de previsão legal quanto ao índice substituto, as partes elegerão novo índice oficial, para reajustamento do preço do valor remanescente, por meio de termo aditivo.

Os valores contratados serão reajustados anualmente, observado o interregno mínimo de 12 (doze) meses, contado da data da apresentação da proposta ou do último reajuste concedido, exclusivamente pela variação acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA/IBGE, ou outro índice oficial que vier a substituí-lo.

O reajuste previsto no item anterior constitui a regra ordinária de atualização monetária do contrato, sendo vedada a aplicação cumulativa de quaisquer outros índices, percentuais ou mecanismos automáticos de recomposição financeira vinculados à sinistralidade, utilização da carteira, variação de custos médicos-hospitalares ou quaisquer outros fatores atuariais.

Não haverá reajuste automático por índice de sinistralidade, variação de custo médico-hospitalar, VCMH, frequência de utilização, alteração epidemiológica da massa segurada ou qualquer outro critério atuarial similar.

O reajuste anual pelo IPCA/IBGE observará os limites legais aplicáveis às contratações administrativas, nos termos da Lei nº 14.133/2021, da Lei nº 10.192/2001, das normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e demais disposições normativas pertinentes.

É vedada a aplicação de reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses.

O reajuste anual deverá ser formalizado mediante apostilamento contratual, nos termos da legislação vigente.

7.3 DA REVISÃO CONTRATUAL EXCEPCIONAL POR SINISTRALIDADE

A sinistralidade contratual não constituirá mecanismo automático de reajuste contratual, podendo ensejar, excepcionalmente, pedido de revisão contratual extraordinária, exclusivamente quando comprovado desequilíbrio econômico-financeiro efetivo, superveniente, imprevisível ou de consequências incalculáveis, nos termos do art. 124, inciso II, alínea “d”, da Lei nº 14.133/2021.

Para fins de análise de eventual pedido revisional, será considerado o Índice de Sinistralidade – IS, apurado mediante a seguinte fórmula:

$$\text{IS} = \text{Custo Total Assistencial Anual} \div \text{Receita Total Anual do Contrato} \times 100$$

Somente poderá ser analisado pedido revisional quando o Índice de Sinistralidade anual ultrapassar o percentual mínimo de 75% (setenta e cinco por cento), ficando afastada qualquer pretensão revisional abaixo desse limite de tolerância atuarial.

A eventual revisão contratual por sinistralidade:

- a) dependerá de solicitação formal da Contratada;
- b) não ocorrerá de forma automática;
- c) ficará condicionada à demonstração analítica e detalhada do alegado desequilíbrio econômico-financeiro;
- d) dependerá de prévia análise técnica e aprovação expressa do Contratante.

O pedido revisional deverá ser acompanhado, obrigatoriamente, de:

- a) memória de cálculo detalhada;
- b) demonstração analítica da receita e da despesa assistencial do contrato;
- c) relatórios atuariais completos;
- d) planilhas detalhadas de eventos médicos e hospitalares;
- e) relatórios de utilização da massa beneficiária;
- f) demonstrativos individualizados de internações, terapias, exames e procedimentos de alta complexidade;

g) comprovação da efetiva alteração extraordinária dos custos assistenciais; eh) demais documentos técnicos que permitam a adequada verificação do desequilíbrio alegado.

O Conselho Federal de Medicina – CFM poderá, a qualquer tempo:

- a) solicitar documentos complementares;
- b) promover auditoria técnica, contábil, financeira ou atuarial;
- c) requisitar acesso integral aos dados analíticos do contrato;
- d) contratar auditoria independente especializada;
- e) impugnar inconsistências, glosas, lançamentos ou despesas consideradas indevidas.

Não serão admitidos pedidos revisionais fundamentados exclusivamente em:

- a) aumento ordinário de utilização do plano;
- b) variação normal da carteira;
- c) inflação médica genérica;
- d) variação de mercado;
- e) expectativa de sinistralidade; ou
- f) projeções atuariais não comprovadas documentalmente.

Eventual revisão contratual deferida observará, cumulativamente:

- a) a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato;
- b) a razoabilidade e proporcionalidade da recomposição;
- c) a disponibilidade orçamentária do Contratante; e
- d) o limite máximo de recomposição de 15% (quinze por cento) por período de 12 (doze) meses.

Em nenhuma hipótese haverá aplicação cumulativa de reajuste anual pelo IPCA/IBGE com revisão extraordinária integral baseada no mesmo período de apuração e nos mesmos fatos geradores.

O eventual deferimento da revisão contratual dependerá de formalização mediante termo aditivo, acompanhado de justificativa técnica, jurídica e econômica devidamente motivada.

Permanecem aplicáveis às revisões contratuais as disposições da Lei nº 14.133/2021, da Lei nº 9.656/1998, das normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e demais normas aplicáveis à contratação.

CLÁUSULA OITAVA - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

8.1 São obrigações do CONTRATANTE:

- a) Fornecer todos os dados que o CONTRATADO entenda necessários à execução dos serviços;
- b) Rejeitar, no todo ou em parte, serviço ou fornecimento executado em desacordo com o objeto contratado;

c) Acompanhar e fiscalizar a execução do Contrato;

d) Notificar imediatamente o CONTRATADO sobre qualquer irregularidade encontrada na execução dos serviços;

e) Efetuar os pagamentos devidos por cada tarefa realizada pelo CONTRATADO nas condições contratualmente estabelecidas.

CLÁUSULA NONA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

9.1 São obrigações da CONTRATADA:

a) Providenciar a correção das deficiências apontadas pelo contratante, no prazo de até 3 (três) dias úteis, sob pena de aplicação de sanções;

b) Comunicar ao contratante, por escrito, quando verificar condições inadequadas de execução dos serviços ou a iminência de fatos que possam prejudicar a sua execução;

c) Comunicar, por escrito, eventual atraso ou paralisação dos serviços, apresentando razões justificadoras que serão objeto de apreciação pelo contratante;

d) Manter sigilo, sob pena de responsabilidade civil, penal e administrativa, sobre todo e qualquer assunto e documento de interesse do contratante, ou de terceiros, de que tomar conhecimento em razão da execução do objeto contratual, devendo orientar seus empregados a observar rigorosamente esta determinação;

e) Não reproduzir, divulgar ou utilizar em benefício próprio, ou de terceiros, quaisquer informações de que tenha tomado conhecimento em razão da execução dos serviços, sem consentimento, por escrito, do contratante;

f) Aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato;

g) Assegurar aos beneficiários os serviços, de acordo com as condições correspondentes a cada tipo de Plano, conforme estabelecido neste Termo de Referência e na Proposta apresentada;

h) Assegurar aos beneficiários a continuidade dos serviços que estejam em andamento no momento da contratação;

i) Fornecer manual por meio digital constando nome, telefone e endereço dos médicos, hospitais, clínicas, casas de saúde, laboratórios, institutos e outras entidades da área de saúde e serviços auxiliares credenciados, conforme o domicílio do beneficiário, atualizando-o periodicamente por meio eletrônico;

j) Disponibilizar para consulta em todos os canais de atendimento oferecidos pela contratada (Central de Atendimento 24 horas, sítio na internet, aplicativos da operadora etc.), conforme disposições normativas da ANS;

k) Avaliar a necessidade de credenciar hospitais, médicos e serviços auxiliares, em outras especialidades indicadas pela ANS, mediante solicitação por escrito, sempre que houver uma necessidade devidamente fundamentada; bem como cancelar tais credenciamentos, sempre com o objetivo de melhoria da qualidade de atendimento aos beneficiários;

- l) Manter a rede de atendimento credenciada em número igual ou superior ao apresentado na licitação, devidamente comprovada a cada emissão de fatura;
- m) Comunicar a Contratante a substituição de entidade hospitalar, a qual deverá ser efetuada por outra equivalente, mediante correspondência expedida com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração às normas sanitárias e fiscais em vigor;
- n) Garantir a continuidade dos serviços prestados na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da operadora durante o período de internação ou tratamento hospitalar do beneficiário a contratada;
- o) Excetuam-se os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário;
- p) Disponibilizar Central de Atendimento, bem como mecanismos de atendimento remoto gratuito (0800 e/ou via internet), para efeito de liberação de senhas, autorização de exames e procedimentos cirúrgicos relacionados com o atendimento, ou informações sobre os serviços contratados;
- q) Apresentar mensalmente à unidade interna do CFM gestora do contrato documento de cobrança, no mês subsequente ao mês de prestação dos serviços, juntamente com relação dos beneficiários ativos, inclusive as inclusões/exclusões e alterações de Planos feitas no período;
- r) Disponibilizar até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente à utilização dos serviços, os seguintes relatórios:
- s) Relatório Operacional com a movimentação cadastral, emissões de cartões de Identificação, credenciamento e descredenciamento e outros; e
- t) Relatório Estatístico de utilização dos serviços discriminados por tipo de evento (consulta, exame, internação etc.).
- u) Realizar reuniões periódicas de acompanhamento da carteira de sinistralidade;
- v) Indicar, por ocasião da assinatura do contrato, preposto, com respectivos contatos diretos (telefone, celular e e-mail), com a finalidade de prestar informações e esclarecimentos sobre o contrato, bem como comunicar imediatamente eventuais alterações/substituições;
- w) Atender as exigências estabelecidas neste Contrato;
- x) Manter, durante toda a execução do contrato, as condições de habilitação exigidas para a contratação;
- y) Cumprir as exigências de reserva de cargos prevista em lei, bem como em outras normas específicas, para pessoa com deficiência, para reabilitado da Previdência Social e aprendiz; e
- z) Manter, preferencialmente, sede, filial ou escritório próprio em Brasília - DF com capacidade operacional para receber e solucionar qualquer demanda contratual oriunda dos gestores responsáveis pelo contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS OBRIGAÇÕES PERTINENTES À LGPD
--

10.1 As partes deverão cumprir a [Lei n. 13.709, de 14 de agosto de 2018 \(LGPD\)](#), quanto a todos os dados pessoais a que tenham acesso em razão do certame ou do contrato administrativo que eventualmente venha a ser firmado, a partir da apresentação da proposta no procedimento de contratação, independentemente de declaração ou de aceitação expressa.

10.2 Os dados obtidos somente poderão ser utilizados para as finalidades que justificaram seu acesso e de acordo com a boa-fé e com os princípios do [art. 6º da LGPD](#).

10.3 É vedado o compartilhamento com terceiros dos dados obtidos fora das hipóteses permitidas em Lei.

10.4 A Administração deverá ser informada no prazo de 5 (cinco) dias úteis sobre todos os contratos de suboperação firmados ou que venham a ser celebrados pelo Contratada.

10.5 Terminado o tratamento dos dados nos termos do [art. 15 da LGPD](#), é dever da contratada eliminá-los, com exceção das hipóteses do [art. 16 da LGPD](#), incluindo aquelas em que houver necessidade de guarda de documentação para fins de comprovação do cumprimento de obrigações legais ou contratuais e somente enquanto não prescritas essas obrigações.

10.6 É dever da contratada orientar e treinar seus empregados sobre os deveres, requisitos e responsabilidades decorrentes da LGPD.

10.7 A Contratada deverá exigir de suboperadores e subcontratadas o cumprimento dos deveres da presente cláusula, permanecendo integralmente responsável por garantir sua observância.

10.8 A Contratante poderá realizar diligência para aferir o cumprimento dessa cláusula, devendo a Contratada atender prontamente eventuais pedidos de comprovação formulados.

10.9 A Contratada deverá prestar, no prazo fixado pelo Contratante, prorrogável justificadamente, quaisquer informações acerca dos dados pessoais para cumprimento da LGPD, inclusive quanto a eventual descarte realizado.

10.10 Bancos de dados formados a partir de contratos administrativos, notadamente aqueles que se proponham a armazenar dados pessoais, devem ser mantidos em ambiente virtual controlado, com registro individual rastreável de tratamentos realizados ([LGPD, art. 37](#)), com cada acesso, data, horário e registro da finalidade, para efeito de responsabilização, em caso de eventuais omissões, desvios ou abusos.

10.11 Os referidos bancos de dados devem ser desenvolvidos em formato interoperável, a fim de garantir a reutilização desses dados pela Administração nas

hipóteses previstas na LGPD.

10.12 O contrato está sujeito a ser alterado nos procedimentos pertinentes ao tratamento de dados pessoais, quando indicado pela autoridade competente, em especial a ANPD por meio de opiniões técnicas ou recomendações, editadas na forma da LGPD.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS INFRAÇÕES E SANÇÕES ADMINISTRATIVAS
--

11.1. Comete infração administrativa, nos termos da Lei n. 14.133, de 2021, o Contratado que:

I - Dar causa à inexecução parcial do contrato;

II - Dar causa à inexecução parcial do contrato que cause grave dano à Administração, ao funcionamento dos serviços públicos ou ao interesse coletivo;

III - Dar causa à inexecução total do contrato;

IV - Deixar de entregar a documentação exigida para o certame;

V - Não manter a proposta, salvo em decorrência de fato superveniente devidamente justificado;

VI - Não celebrar o contrato ou não entregar a documentação exigida para a contratação, quando convocado dentro do prazo de validade de sua proposta;

VII - Ensejar o retardamento da execução ou da entrega do objeto da licitação sem motivo justificado;

VIII - Apresentar declaração ou documentação falsa exigida para o certame ou prestar declaração falsa durante a licitação ou a execução do contrato;

IX - Fraudar a licitação ou praticar ato fraudulento na execução do contrato;

X - Comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude de qualquer natureza.

XI Praticar atos ilícitos com vistas a frustrar os objetivos da licitação;

XII - Praticar ato lesivo previsto no [art. 5º da Lei n. 12.846, de 1º de agosto de 2013](#).

11.2 Serão aplicadas ao Contratado que incorrer nas infrações acima descritas as seguintes sanções:

I - advertência;

II - multa;

III - impedimento de licitar e contratar;

IV - declaração de inidoneidade para licitar ou contratar.

11.2.1 A aplicação das sanções previstas neste Instrumento de contrato não exclui, em hipótese alguma, a obrigação de reparação integral do dano causado ao Contratante.

11.2.2 Todas as sanções previstas neste nstrumento de contrato poderão ser aplicadas cumulativamente com a multa.

11.2.3 Multa:

11.2.3.1 Moratória de 1% (um por cento) por dia de atraso injustificado sobre o valor da parcela inadimplida, até o limite de 30 (trinta) dias. Atraso superior a 25 dias autoriza o Contratante a promover aextinção do contrato por descumprimento ou cumprimento irregular de suas cláusulas, conforme dispõe o inciso I do art. 137 da Lei n. 14.133, de

2021).

11.2.3.2 Compensatória, para as infrações descritas nos incisos V a VIII da cláusula 11.1, de 5% a 10% do valor do Contrato.

11.2.3.3 Compensatória, para a inexecução total do contrato prevista no inciso III da cláusula 11.1, de 5% a 10% do valor do Contrato.

11.2.3.4 Para a infração descrita no inciso II da cláusula 11.1, a multa compensatória será de 5% a 10% do valor do Contrato.

11.2.3.5 Para a infração descrita no inciso IV da cláusula 11.1, a multa será de 5% a 10% do valor do Contrato.

11.2.4 Antes da aplicação da multa será facultada a defesa do interessado no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data de sua intimação.

11.2.5 Se a multa aplicada e as indenizações cabíveis forem superiores ao valor do pagamento eventualmente devido pelo Contratante ao Contratado, além da perda desse valor, a diferença será descontada da garantia prestada ou será cobrada judicialmente.

11.2.6 A multa poderá ser recolhida administrativamente no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data do recebimento da comunicação enviada pela autoridade competente.

11.2.7 A aplicação das sanções realizar-se-á em processo administrativo que assegure o contraditório e a ampla defesa ao Contratado, observando-se o procedimento previsto no caput e parágrafos do art. 158 da Lei n. 14.133, de 2021, para as penalidades de impedimento de licitar e contratar e de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar.

11.2.8 Para a garantia da ampla defesa e contraditório, as notificações serão enviadas eletronicamente para os endereços de e-mail informados na proposta comercial, bem como os cadastrados pela empresa no SICAF.

11.2.9 Os endereços de e-mail informados na proposta comercial e/ou cadastrados no SICAF serão considerados de uso contínuo da empresa, não cabendo alegação de desconhecimento das comunicações a eles comprovadamente enviadas.

11.2.10 Na aplicação das sanções serão considerados:

- a. A natureza e a gravidade da infração cometida;
- b. As peculiaridades do caso concreto;
- c. As circunstâncias agravantes ou atenuantes;
- d. Os danos que dela provierem para o Contratante; e
- e. A implantação ou o aperfeiçoamento de programa de integridade, conforme normas e orientações dos órgãos de controle.

11.2.11 Os atos previstos como infrações administrativas na Lei n. 14.133, de 2021, ou em outras leis de licitações e contratos da Administração Pública que também sejam tipificados como atos lesivos na Lei n. 12.846, de 2013, serão apurados e julgados conjuntamente, nos mesmos autos, observados o rito procedimental e autoridade competente definidos na referida Lei.

11.2.12 A personalidade jurídica do Contratado poderá ser desconsiderada sempre que utilizada com abuso do direito para facilitar, encobrir ou dissimular a prática dos atos ilícitos previstos neste Termo de Referência ou para provocar confusão patrimonial, e,

nesse caso, todos os efeitos das sanções aplicadas à pessoa jurídica serão estendidos aos seus administradores e sócios com poderes de administração, à pessoa jurídica sucessora ou à empresa do mesmo ramo com relação de coligação ou controle, de fato ou de direito, com o Contratado, observados, em todos os casos, o contraditório, a ampla defesa e a obrigatoriedade de análise jurídica prévia.

11.2.13 O Contratante deverá, no prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data de aplicação da sanção, informar e manter atualizados os dados relativos às sanções por ela aplicadas, para fins de publicidade no Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas (CEIS) e no Cadastro Nacional de Empresas Punidas (CNEP), instituídos no âmbito do Poder Executivo Federal.

11.2.14 As penalidades serão obrigatoriamente registradas no SICAF.

11.2.15 As sanções de impedimento de licitar e contratar e declaração de inidoneidade para licitar ou contratar são passíveis de reabilitação na forma do art. 163 da Lei n. 14.133, de 2021.

11.2.16 Os débitos do Contratado para com a Contratante, resultantes de multa administrativa e/ou indenizações, não inscritos em dívida ativa, poderão ser compensados, total ou parcialmente, com os créditos devidos pelo referido órgão decorrentes deste mesmo contrato ou de outros contratos administrativos que o Contratado possua com o mesmo órgão a Contratante, na forma da Instrução Normativa SEGES/ME n. 26, de 13 de abril de 2022.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

12.1 As despesas decorrentes da contratação objeto desta Licitação, correrão à conta dos recursos 6.2.2.1.1.33.90.39.028 - PLANO DE SAÚDE - MÉDICO E ODONTOLÓGICO.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO E DOS GESTORES

13.1 O contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e as normas da Lei n. 14.133, de 2021, e cada parte responderá pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

13.2 Em caso de impedimento, ordem de paralisação ou suspensão do contrato, o cronograma de execução será prorrogado automaticamente pelo tempo correspondente, anotadas tais circunstâncias mediante simples apostila.

13.3 As comunicações entre a contratante e a contratada devem ser realizadas por escrito sempre que o ato exigir tal formalidade, admitindo-se o uso de mensagem eletrônica para esse fim.

13.4 A CONTRATADA poderá convocar representante da empresa para adoção de providências que devam ser cumpridas de imediato.

13.5 Após a assinatura do contrato a CONTRATANTE poderá convocar o representante da empresa contratada para reunião inicial para apresentação do plano de fiscalização,

que conterá informações acerca das obrigações contratuais, dos mecanismos de fiscalização, das estratégias para execução do objeto, do plano complementar de execução da contratada, quando houver, do método de aferição dos resultados e das sanções aplicáveis, dentre outros.

Fiscalização

13.6 A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada pelo(s) fiscal(is) do contrato, ou pelos respectivos substitutos ([Lei n. 14.133, de 2021, art. 117, caput](#)).

Fiscalização Técnica

13.7. O fiscal técnico do contrato acompanhará a execução do contrato, para que sejam cumpridas todas as condições estabelecidas no contrato, de modo a assegurar os melhores resultados para a Administração.

13.8. O fiscal técnico do contrato anotará no histórico de gerenciamento do contrato todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato, com a descrição do que for necessário para a regularização das faltas ou dos defeitos observados.

13.9. Identificada qualquer inexatidão ou irregularidade, o fiscal técnico do contrato emitirá notificações para a correção da execução do contrato, determinando prazo para a correção.

13.10. O fiscal técnico do contrato informará ao gestor do contrato, em tempo hábil, a situação que demandar decisão ou adoção de medidas que ultrapassem sua competência, para que adote as medidas necessárias e saneadoras, se for o caso.

13.11. No caso de ocorrências que possam inviabilizar a execução do contrato nas datas aprazadas, o fiscal técnico do contrato comunicará o fato imediatamente ao gestor do contrato.

13.12. O fiscal técnico do contrato comunicará ao gestor do contrato, em tempo hábil, o término do contrato sob sua responsabilidade, com vistas à renovação tempestiva ou à prorrogação contratual.

Fiscalização Administrativa

13.13. O fiscal administrativo do contrato verificará a manutenção das condições de habilitação da contratada, acompanhará o empenho, o pagamento, as garantias, as glosas e a formalização de apostilamento e termos aditivos, solicitando quaisquer documentos comprobatórios pertinentes, caso necessário ([art. 23, incs I e II, do Decreto n. 11.246, de 2022](#)).

13.14. Caso ocorra descumprimento das obrigações contratuais, o fiscal administrativo do contrato atuará tempestivamente na solução do problema, reportando ao gestor do contrato para que tome as providências cabíveis, quando ultrapassar a sua competência; ([Decreto n. 11.246, de 2022, art. 23, IV](#)).

13.15. A fiscalização de que trata esta cláusula não exclui nem reduz a responsabilidade da CONTRATADA, inclusive perante terceiros, por qualquer irregularidade decorrente da execução dos serviços, tais como imperfeições

técnicas, falhas na implementação, não conformidades com os requisitos definidos na Ordem de Serviço, violação de direitos de propriedade intelectual, incidentes de segurança da informação ou descumprimento das boas práticas de engenharia de software. Em nenhuma hipótese a ação fiscalizatória da CONTRATANTE ou de seus agentes, gestores e fiscais implicará corresponsabilidade pela execução dos serviços, seus resultados ou eventuais danos decorrentes.

Gestores do Contrato

13.16 A fiscalização e acompanhamento da execução do presente contrato estará a cargo dos empregados **Sr. MAICON SILVA ALBUQUERQUE - FISCAL TITULAR, e o Sr. RAFAEL SANTOS DA SILVA - FISCAL SUBSTITUTO**, especialmente designado, que anotarão em registro próprio todas as ocorrências, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos.

13.17. Cabe ao gestor do contrato:

13.17.1. Coordenar a atualização do processo de acompanhamento e fiscalização do contrato contendo todos os registros formais da execução no histórico de gerenciamento do contrato, a exemplo da ordem de serviço, do registro de ocorrências, das alterações e das prorrogações contratuais, elaborando relatório com vistas à verificação da necessidade de adequações do contrato para fins de atendimento da finalidade da administração.

13.17.2. Acompanhar os registros realizados pelos fiscais do contrato, de todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato e as medidas adotadas, informando, se for o caso, à autoridade superior àquelas que ultrapassarem a sua competência.

13.17.3. Acompanhar a manutenção das condições de habilitação da contratada, para fins de empenho de despesa e pagamento, e anotar os problemas que obstem o fluxo normal da liquidação e do pagamento da despesa no relatório de riscos eventuais.

13.17.4. Emitir documento comprobatório da avaliação realizada pelos fiscais técnico, administrativo e setorial quanto ao cumprimento de obrigações assumidas pelo Contratado, com menção ao seu desempenho na execução contratual, baseado nos indicadores objetivamente definidos e aferidos, e a eventuais penalidades aplicadas, devendo constar do cadastro de atesto de cumprimento de obrigações.

13.17.5. Tomar providências para a formalização de processo administrativo de responsabilização para fins de aplicação de sanções, a ser conduzido pela comissão de que trata o § 1º do art. 158 da Lei n. 14.133, de 2021, ou pelo agente ou pelo setor com competência para tal, conforme o caso.

13.17.6. Elaborar relatório final com informações sobre a consecução dos objetivos que tenham justificado a contratação e eventuais condutas a serem adotadas para o aprimoramento das atividades da Administração.

13.17.7. Enviar a documentação pertinente ao setor de contratos para a formalização dos procedimentos de liquidação e pagamento, no valor dimensionado pela fiscalização e gestão nos termos do contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DAS ALTERAÇÕES

14.1 Eventuais alterações contratuais reger-se-ão pela disciplina dos [arts. 124 e seguintes da Lei n. 14.133, de 2021](#).

14.2 A contratada é obrigado a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato.

14.3 As alterações contratuais deverão ser promovidas mediante celebração de termo aditivo, submetido à prévia aprovação da consultoria jurídica do contratante, salvo nos casos de justificada necessidade de antecipação de seus efeitos, hipótese em que a formalização do aditivo deverá ocorrer no prazo máximo de 1 (um) mês (art. 132 da Lei n. 14.133, de 2021).

14.4 Registros que não caracterizam alteração do contrato podem ser realizados por simples apostila, dispensada a celebração de termo aditivo, na forma do [art. 136 da Lei n. 14.133, de 2021](#).

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DA PUBLICAÇÃO

15.1 Incumbirá ao contratante divulgar o presente instrumento no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP), no prazo previsto no inc. I do [art. 94 da Lei 14.133, de 2021](#), bem como no respectivo sítio oficial na Internet, em atenção ao art. 91, *caput*, da Lei n.º 14.133, de 2021, e ao [art. 8º, § 2º, da Lei n. 12.527, de 2011](#), c/c [art. 7º, § 3º, inciso V, do Decreto n. 7.724, de 2012](#).

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DA EXTINÇÃO CONTRATUAL

16.1 O contrato poderá ser extinto antes de cumpridas as obrigações nele estipuladas, ou antes do prazo nele fixado, por algum dos motivos previstos no [artigo 137 da Lei n. 14.133/21](#), bem como amigavelmente, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

16.2 Nesta hipótese, aplicam-se também os [artigos 138 e 139 da Lei n. 14.133/21](#).

16.3 A alteração social ou a modificação da finalidade ou da estrutura da empresa não ensejará a extinção se não restringir sua capacidade de concluir o contrato.

16.4 Se a operação implicar mudança da pessoa jurídica contratada, deverá ser formalizado termo aditivo para alteração subjetiva.

16.5 O termo de extinção, sempre que possível, será precedido:

16.5.1 Balanço dos eventos contratuais já cumpridos ou parcialmente cumpridos;

16.5.2 Relação dos pagamentos já efetuados e ainda devidos;

16.5.3 Indenizações e multas.

16.6 A extinção do contrato não configura óbice para o reconhecimento do

desequilíbrio econômico-financeiro, hipótese em que será concedida indenização por meio de termo indenizatório ([art. 131, caput, da Lei n.º 14.133, de 2021](#)).

16.7 O contrato poderá ser extinto caso se constate que a contratada mantém vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com dirigente do órgão ou entidade contratante ou com agente público que tenha desempenhado função na licitação 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 (art. 14, inciso IV, da Lei n.º 14.133, de 2021).

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DO FORO E DOS CASOS OMISSOS

17.1 Fica eleito o Foro da Justiça Federal, em Brasília-DF, como competente para dirimir quaisquer dúvidas ou ações oriundas do presente contrato, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, conforme [art. 92, §1º, da Lei n. 14.133/21](#).

17.2 Os casos omissos serão decididos pelo contratante, segundo as disposições contidas na [Lei n. 14.133, de 2021](#), e demais normas federais aplicáveis e, subsidiariamente, segundo as disposições contidas na [Lei n. 8.078, de 1990 - Código de Defesa do Consumidor](#) - e normas e princípios gerais dos contratos.

17.3 E, por estarem assim justas e contratadas e de acordo, assinam as partes o presente instrumento, na forma eletrônica, para que se produzam os necessários efeitos legais.

JOSÉ HIRAN DA SILVA GALLO
Presidente do CFM

ALEXANDRE DE MENEZES RODRIGUES
Secretário-Geral do CFM

JOSÉ ALEJANDRO BULLON SILVA
Assessoria Jurídica - CFM

MAICON SILVA ALBUQUERQUE
Gestor Titular

NOELYZA PEIXOTO BRASIL VIEIRA
Setor de Contratos - CFM

MARCELO COUTO LUNA DE ALMEIDA
UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL

LUIZ OTÁVIO FERNANDES DE ANDRADE
UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL



Documento assinado eletronicamente por **José Hiran da Silva Gallo, Presidente**, em 10/08/2026, às 10:09, com fundamento no art. 5º da [RESOLUÇÃO CFM nº2.308/2022, de 28 de março de 2022](#).



Documento assinado eletronicamente por **José Alejandro Bullon Silva, Coordenador(a)**, em 10/08/2026, às 10:45, com fundamento no art. 5º da [RESOLUÇÃO CFM nº2.308/2022, de 28 de março de 2022](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maicon Silva Albuquerque, Chefe de Setor**, em 10/08/2026, às 13:49, com fundamento no art. 5º da [RESOLUÇÃO CFM nº2.308/2022, de 28 de março de 2022](#).



Documento assinado eletronicamente por **Alexandre de Menezes Rodrigues, Secretário-geral**, em 10/08/2026, às 18:52, com fundamento no art. 5º da [RESOLUÇÃO CFM nº2.308/2022, de 28 de março de 2022](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marcelo Couto Luna de Almeida, Usuário Externo**, em 17/08/2026, às 13:27, com fundamento no art. 5º da [RESOLUÇÃO CFM nº2.308/2022, de 28 de março de 2022](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luiz Otávio Fernandes de Andrade, Usuário Externo**, em 25/08/2026, às 16:24, com fundamento no art. 5º da [RESOLUÇÃO CFM nº2.308/2022, de 28 de março de 2022](#).



Documento assinado eletronicamente por **Noelyza Peixoto Brasil Vieira, Chefe de Setor**, em 26/08/2026, às 11:05, com fundamento no art. 5º da [RESOLUÇÃO CFM nº2.308/2022, de 28 de março de 2022](#).



A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://sei.cfm.org.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 informando o código verificador **4681304** e o código CRC **OBC86FD1**.



SGAS, Qd. 616 Conjunto D, lote 115, L2
Sul - Bairro Asa Sul | (61) 3445-5900
CEP 70.200-760 | Brasília/DF -
<https://portal.cfm.org.br>



Referência: Processo SEI nº 25.0.000008511-4 | data de inclusão: 10/08/2026