



TERMO DE REFERÊNCIA (SERVIÇOS)

Processo nº 48086.009787/2024-84

1. DO OBJETO

1.1. Contratação de empresa operadora de planos ou seguros privados de assistência à saúde, para cobertura de assistência médica, hospitalar, ambulatorial e exames complementares de diagnósticos e terapia, na forma do que dispõe a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, e suas Regulamentações, bem como as normas da Agência Nacional da Saúde Suplementar – ANS e do Conselho de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde, incluindo internações eletivas e emergenciais, através de rede credenciada, referenciada ou livre escolha, por intermédio de médicos e instituições filiadas e/ou credenciadas, com **internação hospitalar em quarto coletivo (enfermaria) ou quarto individual com banheiro privativo**, conforme livre adesão ao Plano de Saúde, com pré-pagamento de acordo com faixa etária dos usuários, sem qualquer carência e coparticipação, aos membros da Administração, aos empregados da CPRM lotados no Escritório do Rio de Janeiro, Brasília, nas Superintendências Regionais de Recife, São Paulo, Salvador, Belém, Belo Horizonte, Goiânia, Porto Alegre, Manaus e nas Residências de Porto Velho e Fortaleza para seus dependentes e agregados, além dos ex-empregados e ex-membros da Administração, seus dependentes e agregados, inscritos dentro das modalidades definidas no Contrato, TR e seus anexos, bem como atender o atual ACT.

1.2. A presente licitação será realizada pelo Escritório do Rio de Janeiro, da seguinte forma:

- a) Todos os planos deverão garantir cobertura mínima conforme o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, sem restrições geográficas para atendimentos de urgência e emergência, que deverão ser realizados em todo o território nacional;
- b) O plano regional deverá abranger, no mínimo, a Unidade da Federação ou região metropolitana onde o empregado titular estiver lotado, devendo possuir rede assistencial suficiente para a atenção eletiva (consultas, exames e internações) dentro dessa área;
- c) Poderá ser admitida a oferta de padrão de hotelaria superior (apartamento), conforme disposto no item 6.1 deste Termo de Referência;
- d) Para fins de adjudicação, será considerado o menor preço global, observadas as condições técnicas mínimas e a equivalência entre os planos ofertados quanto à cobertura, rede e padrão de atendimento.

1.3. A prestação dos serviços contemplará inicialmente uma quantidade aproximada de 3.985 (três mil, novecentos e oitenta e cinco) beneficiários.

1.4. Os serviços médicos enumerados no subitem 1.1, deverão também ser prestados aos beneficiários que se deslocarem para outras localidades do país, através de sistema próprio de credenciamento, ou de empresas conveniadas, submetendo-se os beneficiários às peculiaridades do atendimento na entidade médica local, de acordo com a opção de plano do beneficiário.

1.5. Em casos de urgência e/ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, referenciados ou credenciados, dentro da área de abrangência do plano contratado, caso a contratada opere na modalidade de Plano de Saúde, poderá o beneficiário optar pelo sistema de livre escolha, e solicitar o reembolso das despesas por serviços ou atendimentos das coberturas contratadas e pagas pelo mesmo.

1.6. O contrato terá vigência de 60 (sessenta) meses, nos termos da Lei nº 14.133/21 e do Regulamento de Licitações da CPRM.

2. DA JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO

2.1. A contratação visa proporcionar assistência médica complementar, aos empregados e seus respectivos dependentes e agregados, assegurando a prestação de assistência médica através de plano saúde coletivo de cobertura em todo território nacional ou regional, conforme opção do beneficiário. E também, atender o Acordo Coletivo de Trabalho - ACT vigente.

3. DAS ESPECIFICAÇÕES E COBERTURAS DOS SERVIÇOS

3.1. Dos Serviços de Assistência à Saúde

3.1.1. Os serviços de assistência à saúde a serem prestados aos beneficiários da CPRM por operadora de plano ou seguro de saúde, em todo território nacional, devem cobrir, no mínimo, os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente, assim como nas resoluções normativas vigentes durante o certame e o contrato, que regulamentam as alterações de cobertura do Rol, incluindo-se as internações domiciliares, nominadas como "Home Care".

3.1.1.1. Os atendimentos de urgência e emergência deverão ser prestados pela CONTRATADA, aos beneficiários, em todo território nacional, na forma da legislação pertinente em vigor. E para os optantes ao plano nacional, deverá também prestar atendimento eletivo.

3.1.1.2. Serão assegurados aos beneficiários, todos os serviços de assistência à saúde, conforme subitem 1.1, que se destinam a diagnósticos e/ou terapias, quando requisitados por médicos da rede da credenciada ou referenciada.

3.1.2. No ato do atendimento na rede de credenciados/referenciados/própria, o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão da operadora, que será previamente distribuído sem qualquer ônus adicional para os beneficiários participantes do plano ou seguro de Assistência à Saúde.

3.1.3. Os atendimentos serão com hora marcada diretamente entre o beneficiário e o prestador médico, sem nenhum ônus adicional para os beneficiários, e sem limite de utilização, exceto para os procedimentos constantes no Rol da ANS que preveem limitações de atendimento.

3.1.4. Para orientação dos beneficiários, será disponibilizada a listagem de prestadores de serviços através do sítio eletrônico da operadora e/ou através de demais formas possíveis de consulta para os beneficiários, como central de atendimento 24h e/ou aplicativo para smartphone, com nomes, endereços de atendimento e números telefônicos dos médicos, consultórios, laboratórios, clínicas, prontos-socorros, maternidades e hospitais agrupados por especialidade médica.

3.1.5. A CONTRATADA obriga-se a liberar qualquer procedimento médico eletivo nos prazos estabelecidos nas legislações vigentes.

3.1.6. A CONTRATADA deverá possuir serviço de central telefônica gratuita/Telemarketing de atendimento 24h (vinte quatro horas), 07 (sete) dias por semana, inclusive finais de semana e feriados, de modo a facilitar o acesso do beneficiário nos casos de emergências e urgências, que vise também auxiliar os interesses na escolha do local para atendimento, prestando outros esclarecimentos e informações com relação à rede credenciada/ referenciada/ própria.

3.1.7. A CONTRATADA, a partir do início da vigência do contrato, obriga-se a assumir todas as despesas com tratamentos hospitalares em andamento, inclusive aqueles realizados em UTI ou similares, UTI Neonatal, Unidade Coronariana, Unidade Respiratória e Home Care.

3.1.8. Em caso de internação hospitalar, a CONTRATADA e a CPRM não se responsabilizarão pelo pagamento de despesas extraordinárias realizadas pelo beneficiário internado, conforme legislação vigente.

4. DA COBERTURA DOS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

4.1. A CONTRATADA deverá disponibilizar, quando necessário, todo o tratamento ambulatorial e de internação hospitalar, conforme legislação vigente e normativos da ANS, para transtornos psiquiátricos crônicos, de crise e dependência química.

5. DAS EXCLUSÕES DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

5.1. Os procedimentos médicos a serem cobertos pela CONTRATADA são exclusivamente aqueles que constam do Rol de Procedimentos Médicos definidos pela Agência Nacional de Saúde (ANS), demais disposições normativas e pela legislação em vigor, excluindo-se a cobertura para tratamentos experimentais e demais situações determinadas pela ANS.

5.1.1. Haverá direito à avaliação de novas tecnologias quando houver incorporação extraordinária pela ANS; e apontar o fluxo de negativa (ouvidoria/2ª instância) para transparência.

6. DAS MODALIDADES E SUAS ALTERAÇÕES

6.1. Das Modalidades dos Serviços:

6.1.1. A CONTRATADA obriga-se a oferecer, como opção aos beneficiários 2 (duas) modalidades de serviços de assistência à saúde, distintos entre si apenas pelo tipo de acomodação:

6.1.1.1. **Plano Básico Coletivo** – com acomodação em enfermaria – atendimento ambulatorial e hospitalar com direito a parto e internação em enfermaria, com atendimento eletivo, de urgência e emergência, em todo o território nacional; e

6.1.1.2. **Plano Quarto Particular** – com acomodação privativa – atendimento ambulatorial e hospitalar com direito a parto e internação em quarto individual com banheiro privativo, e atendimento eletivo, de urgência e emergência, em todo o território nacional.

6.1.2. A CONTRATADA pode oferecer como opção aos beneficiários outras 2 (duas) modalidades de serviços de assistência à saúde, distintos entre si apenas pelo tipo de acomodação:

6.1.2.1. **Plano Básico Regional** - com acomodação em enfermaria – atendimento ambulatorial e hospitalar com direito a parto e internação em enfermaria, e atendimento de urgência e emergência, em todo o território nacional. O atendimento eletivo é restrito à Unidade da Federação ou região metropolitana de lotação do empregado; e

6.1.2.2. **Plano Quarto Particular Regional** - com acomodação privativa – atendimento ambulatorial e hospitalar com direito a parto e internação em quarto individual com banheiro privativo, e atendimento de urgência e emergência, em todo o território nacional. O atendimento eletivo é restrito à Unidade da Federação ou região metropolitana de lotação do empregado.

6.1.3. Não há previsão de coparticipação para os planos descritos na presente cláusula.

6.1.4. O plano contratado tem subsídio da CPRM sobre o Plano Básico, para empregados ativos e seus dependentes legais, nos limites estabelecidos pela cláusula de assistência médica do Acordo Coletivo de Trabalho vigente, o qual será objeto de precificação.

6.1.5. Ao optar pela contratação do Plano Quarto Particular ou planos superiores oferecidos pela CONTRATADA, o titular empregado ativo assumirá, automaticamente, o custeio da diferença de valor entre aquele e o Plano Básico Coletivo, para todo seu grupo familiar.

6.1.6. Os beneficiários titulares empregados ativos arcarão com sua participação no custeio do plano contratado para seu grupo familiar através de desconto em folha de pagamento, que será repassado pela CPRM à CONTRATADA por meio do pagamento mensal descrito na cláusula 15.1.

6.1.7. Os beneficiários titulares ex-empregados arcarão com o custeio do plano contratado para seu grupo familiar através de boleto bancário disponibilizado pela CONTRATADA conforme Cláusula 15.1.1.

6.2. Da Inclusão de Novos Planos

6.2.1. O licitante poderá vir a disponibilizar novos planos, com rede credenciada/referenciada/própria mais abrangentes e com padrão de hotelaria superiores aos dos **subitens 6.1.1 e 6.1.2**, com valores de reembolso de despesas hospitalares no caso de utilização de serviços fora da sua rede credenciada/ referenciada/ própria em consonância com o disposto na Cláusula 7.0 e subitens deste Termo de Referência.

6.3. Das Alterações de Modalidade de Serviço

6.3.1. A CONTRATADA deverá explicitar para os beneficiários a diferença existente entre as modalidades de Planos a serem ofertados na vigência do contrato, em consonância com as especificações

existentes no presente Termo de Referência.

6.3.2. A alteração de modalidade de Plano deverá ser atendida no prazo de até 07 (sete) dias úteis e poderá ser solicitada pelo beneficiário titular a qualquer momento, estendendo-se este direito aos beneficiários titulares demitidos e aposentados (tanto para "downgrade" quanto para "upgrade").

6.3.2.1. A opção do titular por um Plano obriga os dependentes e agregados a estarem vinculados àquele Plano.

6.3.3. Na troca para plano com coberturas superiores, poderão ser aplicadas carências apenas para a nova rede, observados os prazos máximos permitidos pela regulação ANS vigente.

6.3.4. No mês de aniversário do contrato todas as movimentações solicitadas ocorrerão sem carências.

7. DOS REEMBOLSOS DE DESPESAS COM SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

7.1. Ao beneficiário caberá o direito de solicitar o reembolso para atendimentos em caráter eletivo, quando não existir prestador de serviços próprios/referenciados/credenciados para realização dos procedimentos exclusivamente garantidos pelo Rol da ANS, conforme disposto no item 1.1, mediante a comprovação dos procedimentos realizados por meio de apresentação da nota fiscal/recibo, onde deverá constar a identificação do profissional de saúde, com respectivo registro de classe e CPF, e, se ainda requerido pela CONTRATADA, o relatório médico.

7.1.1. O beneficiário deverá contatar previamente a CONTRATADA pela Central de Atendimento, com registro do protocolo de atendimento, a fim de confirmar a inexistência de prestador de serviços próprios/ referenciados/credenciados, antes da realização dos procedimentos e/ou atendimento médico eletivo.

7.1.2. Caberá ao beneficiário o direito ao reembolso integral, conforme disposto pela ANS e/ou legislação específica, para todos os atendimentos médicos e ou hospitalares, em caráter de urgência e/ou emergência, cobertos pelo Rol da ANS, realizados em estabelecimentos ou por profissionais que não pertençam à rede própria/ credenciada/ referenciada da CONTRATADA, em decorrência da inexistência ou impossibilidade da utilização dos serviços da rede própria/ credenciada/ referenciada da CONTRATADA.

7.2. O prazo para pagamento do reembolso ao beneficiário é de 30 (trinta) dias corridos, a contar da data de apresentação de toda documentação exigida pela CONTRATADA.

7.3. O beneficiário poderá solicitar o reembolso das despesas efetuadas a partir da data da realização do evento/procedimento médico, dentro do prazo estabelecido pela ANS.

7.4. A CONTRATADA deverá reembolsar aos beneficiários as despesas médicas realizadas em atendimentos de caráter eletivo, exclusivamente se constantes no rol de procedimentos da ANS, quando da opção de livre escolha do profissional médico ou prestador de serviços de saúde não cadastrados na rede credenciada/ referenciada/ própria da CONTRATADA, nas seguintes condições:

Modalidades	Consultas Eletivas e Ambulatoriais	Honorários Médicos, Serviços Médicos, Exames e Despesas Hospitalares
Plano Básico Coletivo Nacional ou Regional	1 (uma) x o valor constante da CBHPM* ou Tabela da Contratada.	1 (uma) x o valor constante da CBHPM ou Tabela da Contratada.
Plano Particular Nacional ou Regional	2 (duas) x o valor constante da CBHPM ou Tabela da Contratada.	2 (duas) x o valor constante da CBHPM ou Tabela da Contratada.
Planos Superiores Nacional ou	A ser proposto pela CONTRATADA, observado o mínimo de 03 (três) x o valor constante da CBHPM ou Tabela da Contratada.	

Modalidades	Consultas Eletivas e Ambulatoriais	Honorários Médicos, Serviços Médicos, Exames e Despesas Hospitalares
Regional		

*CBHPM = Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos

**A tabela da contratada deverá ser pública, conter versão/data e ser atualizada anualmente, sem reduzir os multiplicadores previstos.

8. DO CREDENCIAMENTO

8.1. A CONTRATADA deverá possuir na rede credenciada/ referenciada/ própria para o Plano Básico Coletivo, o mínimo de credenciados nas diversas especialidades, na região de maior concentração dos beneficiários lotados nas Unidades Gestoras descritas no item 1.1., conforme abaixo:

LOCAL POR ESTADO	Hospitais e Pronto Socorro	Clínicas/ Casas de Saúde	Laboratórios	Médicos Credenciados (Pessoa Física)
Rio de Janeiro	35	15	10	1500
Distrito Federal	3	2	5	150
Pará	7	3	5	300
Pernambuco	7	3	5	300
Bahia	10	5	8	300
São Paulo	40	20	15	2000
Rio Grande do Sul	10	5	8	400
Minas Gerais	10	8	10	500
Ceará	7	3	5	300
Goiás	8	8	8	300
Mato Grosso	4	3	5	150
Mato Grosso do Sul	4	3	5	150
Tocantins	4	3	5	150
Roraima	2	2	2	100
Amazonas	7	3	5	300
Rondônia	3	2	3	150

*Os quantitativos mínimos por UF poderão ser recalibrados anualmente em função de distribuição de beneficiários e deverão cumprir os prazos legais de atendimento, agendamento, autorização e distância.

8.2. A CONTRATADA deverá manter ativo durante a vigência do contrato, em sua área de atuação, no mínimo, a mesma quantidade de integrantes à rede de atendimento, informado quando da contratação.

8.3. Para efeito de fiscalização do contrato, a CONTRATADA deverá manter atualizada a listagem de prestadores de serviço com as eventuais alterações (inclusões e exclusões) na rede credenciada/ referenciada/ própria, respeitando-se o padrão de qualidade dos estabelecimentos e dos serviços oferecidos, através do sítio eletrônico da operadora e/ou através de demais formas possíveis de consulta para os beneficiários, conforme legislação da ANS.

9. DOS BENEFICIÁRIOS

9.1. Beneficiário-Titular

Será considerado beneficiário-titular:

- a) Membro da administração ativo;
- b) Empregados ativos;
- c) Ex-empregados e ex-membros da administração, que faziam parte do contrato anterior ou que obterão essa condição durante a vigência deste contrato (respeitando os prazos determinados pela Lei nº 9.656 de 03/06/09 e na Resolução Normativa RN nº 488/22), nos casos de demissão sem justa causa por parte da empresa, de exoneração do quadro funcional ou de aposentadoria; e
- d) Empregado, que esteja na condição de invalidez permanente, desde que advenha do contrato anterior, empregado e membro da administração ativos que venham a obter essa condição durante a vigência deste contrato.

9.2. Beneficiário-Dependente

Será considerado beneficiário-dependente:

- a) Cônjuge;
- b) Companheiro (a), decorrente de união estável devidamente comprovada, desde que não haja a concorrência com o cônjuge, salvo decisão judicial;
- c) Filhos, naturais ou adotivos, enteados, até 24 anos, onze meses e vinte e nove dias que comprovem vínculo universitário, no caso dos enteados, desde que o cônjuge esteja inscrito como dependente;
- d) Filhos inválidos de qualquer idade;
- e) Menores sob guarda ou tutela até 21 (vinte e um) anos; e
- f) Mãe viúva, separada, divorciada ou solteira, dos titulares, sob dependência econômica conforme estabelecido na Legislação do Imposto de Renda, que por ocasião da presente licitação já esteja cadastrada na SGB/CPRM como dependente fazendo jus ao plano de assistência à saúde, não sendo possível novas inclusões destas dependentes.

9.3. Beneficiário-Agregado

Será considerado beneficiário- agregado:

- a) beneficiário que por ocasião da presente licitação já esteja cadastrado na SGB/CPRM como agregado fazendo jus ao plano de assistência à saúde;
- b) beneficiário vinculado ao beneficiário-titular que tenha sido transferido para outra localidade pela SGB/CPRM;
- c) dependente que, durante a vigência do contrato, tenha perdido, por motivo de idade, a condição de beneficiário-dependente.

9.3.1. Não serão aceitas novas inclusões de beneficiário-agregado, exceto aqueles que se enquadrarem na condição constante nas **alíneas “b” e “c” do subitem 9.3.**

9.3.2. Não serão aceitas reinclusões de beneficiário-agregado.

10. DA ADESÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS E CARÊNCIA DE SERVIÇOS

10.1. A adesão ao Plano ou Seguro de Assistência à Saúde pelos beneficiários-titulares será facultativa.

10.2. Serão aceitas as adesões pela CONTRATADA, sem qualquer carência, somente nos seguintes casos:

a) Beneficiários-titular e seus dependentes e agregados inscritos no contrato anterior, cuja intenção de adesão seja formalmente manifestada no prazo de 30 (trinta) dias da assinatura do novo contrato de plano de saúde;

b) Empregados e membros da Administração ativos, com seus respectivos dependentes e agregados inscritos no contrato vigente em outra localidade, no caso de transferência de empregados da CPRM, e desde que a adesão seja formalizada no prazo de 30 (trinta) dias da transferência entre as Unidades Regionais da CPRM;

c) Empregados e respectivos dependentes, quando admitidos pela CPRM, e desde que a adesão seja formalizada no prazo de 30 (trinta) dias da admissão;

d) Beneficiário-Dependente, quando do nascimento de filho e da adoção, obtenção de guarda ou tutela de menores, pelo beneficiário-titular, casamento e desde que a inscrição ocorra no prazo de 30 (trinta) dias do fato gerador da condição de beneficiário-dependente, conforme descrita no **subitem 9.2**; e

e) Empregados e membros da Administração ativos, com seus respectivos dependentes, quando do retorno às atividades laborais, conforme documento oficial de retorno expedido pelo setor de pessoal do SGB/CPRM:

i. após período de licença sem vencimentos, sem limite mínimo ou máximo de afastamento;

ii. após exclusão em virtude de afastamento médico superior a 24 (vinte e quatro) meses, desde que a adesão seja formalizada no prazo de 30 (trinta) dias da retomada das atividades.

10.3. A CONTRATADA excluirá beneficiários, a qualquer tempo, quando formalmente solicitado pela CPRM, obedecendo aos prazos de movimentação previamente definidos formalmente e aceitos pela CONTRATANTE.

10.4. Para reincluir empregado ativo e seus dependentes, anteriormente excluídos, e conforme resolução vigente da ANS, a CONTRATADA exigirá o cumprimento de carência conforme Súmula nº 21 da ANS e a RN nº 438, ou norma que as substitua, exceto para atendimentos de urgência e emergência, desde que não se trate de erro administrativo da CONTRATADA, quando não será cumprida qualquer carência.

10.5. No caso de demissão sem justa causa, exoneração do quadro da CPRM ou, ainda, nos casos de aposentadoria, é facultado ao beneficiário-titular, na qualidade de ex-empregado, e seus dependentes e agregados, o direito de permanecerem no plano, conforme legislação vigente, desde que a manifestação formal do exercício do seu direito seja solicitada no prazo de 30 (trinta) dias do desligamento, conforme disposição legal, cuja cobrança mensal passará a ser de responsabilidade da CONTRATADA.

10.5.1. Caberá à CPRM informar à CONTRATADA o período de contribuição do titular para que a CONTRATADA informe em que data se dará a suspensão do benefício, tanto para o beneficiário-titular quanto para seus beneficiários dependentes e agregados.

10.5.2. Caberá à CPRM identificar e encaminhar à CONTRATADA os dados dos beneficiários-titulares sem vínculo contratual com a CPRM no início da vigência do novo contrato e por ocasião do desligamento de empregado, para que seja concretizada a cobrança.

10.6. A CPRM não se responsabilizará pelo uso indevido dos serviços por parte dos beneficiários, após repassar, formalmente, a informação do desligamento à CONTRATADA.

10.6.1. É responsabilidade da CONTRATADA, no caso de rescisão deste contrato, informar através de suas mídias o cancelamento do usuário, a fim de inibir o uso indevido dos cartões magnéticos.

10.7. Apenas serão feitas movimentações que estejam de acordo com o item 10, mediante a manifestação formal e a entrega da documentação legal completa dentro dos prazos determinados;

10.7.1. A não manifestação formal do beneficiário-titular dentro do prazo estabelecido no item 10.5 implicará em situação de desinteresse tácito por parte do beneficiário e sua consequente exclusão do plano.

10.8. Anualmente a CONTRATADA se compromete a fazer campanha de atualização de dados cadastrais, oferecendo as ferramentas necessárias com o apoio da CPRM.

10.9. Para a operacionalização do contrato, a CPRM realizará, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a inscrição dos beneficiários nas mesmas modalidades em que estavam na operadora anterior, ou seja, no Plano Básico Coletivo ou no Plano Particular.

10.9.1. Essa inscrição será feita por meio do envio da base de dados cadastral, incluindo: Membros da Administração e seus dependentes/agregados; Atuais empregados e seus dependentes/agregados; Ex-empregados e ex-membros da Administração que faziam parte do contrato anterior, bem como seus respectivos dependentes e agregados. A migração para o Plano Particular ou para planos superiores oferecidos pela CONTRATADA dependerá da adesão formal do beneficiário-titular. Essa adesão deverá ser acompanhada da documentação comprobatória de seu grupo familiar.

10.10. A CPRM se obriga a, no prazo de 30 (trinta) dias, informar à CONTRATADA qualquer admissão, desligamento ou transferência de empregado ou membro da Administração. No mesmo prazo solicitará a inclusão dos beneficiários conforme previsto no item 10 do Termo de Referência, sem ônus para a CPRM.

10.10.1. Movimentações e Cobrança Proporcional (Pró-Rata)

a) As inclusões, exclusões, alterações de plano e de categoria (enfermaria/apartamento) poderão ser realizadas a qualquer momento, mediante comunicação formal da CPRM à contratada, observados os prazos operacionais mínimos acordados entre as partes.

b) A cobrança ou crédito correspondente será efetuada de forma proporcional ao número de dias de cobertura no mês de ocorrência, sendo o ajuste financeiro processado na fatura do mês subsequente à data da movimentação.

c) As movimentações deverão constar em relatório detalhado, discriminando nome do beneficiário, tipo de evento (inclusão, exclusão, alteração), data efetiva e valor proporcional, para conferência pela CPRM antes da liquidação da fatura.

11. **DISTRIBUIÇÃO ATUAL DE BENEFICIÁRIOS INSCRITOS POR FAIXA ETÁRIA**

11.1. No intuito de subsidiar os cálculos dos valores passíveis de cobrança pela CONTRATADA, anexamos as tabelas com o quantitativo de empregados e ex-empregados do SGB/CPRM, e de seus dependentes e agregados por faixa etária e sexo; inscritos no Plano atual de Assistência Médica, Ambulatorial e Hospitalar. Documentos SEI números (2714413), (2714414) e (2714415).

11.1.1. Considerando que a adesão do beneficiário ao plano é facultativa, a CPRM não se obriga a garantir qualquer quantidade mínima de adesões, para efeito de valor do contrato.

12. **DO PLANO DE EXTENSÃO ASSISTENCIAL À FAMÍLIA - PEAFF**

12.1. Ocorrendo, no período da vigência do contrato, falecimento do empregado ou membro da administração ativo, os beneficiários-dependentes inscritos terão direito aos serviços contratados, com ônus para a CONTRATADA, pelo prazo de 2 (dois) anos contados da data do óbito, e serão excluídos do contrato após este prazo.

12.2. A CONTRATANTE deverá comunicar a CONTRATADA o óbito do beneficiário titular em até 30 (trinta) dias mediante apresentação da certidão de óbito.

12.2.1. A família do titular falecido terá 30 (trinta) dias a partir da ocorrência do óbito, devidamente comprovado por certidão de óbito, para solicitar o benefício, sendo-lhes asseguradas as mesmas cobertura do plano previamente contratado.

12.3. Perderá o direito ao benefício estabelecido na subcláusula 12.1 o beneficiário-dependente que, no decorrer da remissão, vier a perder a sua condição de dependência e passar à condição de agregado.

12.4. No caso de óbito dos titulares ex-empregados e ex-membros da Administração, não há cobertura do PEAf para seus beneficiários-dependentes. Para estes, é assegurada a permanência no contrato após o óbito do titular, desde que assumido integralmente o custeio pelo plano do grupo familiar, conforme disposto na RN nº 488, de 29/03/2022, ou norma que a substitua.

13. **DOS SERVIÇOS DE REMOÇÃO**

13.1. A CONTRATADA deverá garantir a cobertura de remoção aos beneficiários previstos no item 9 do Termo de Referência, em conformidade com as determinações e Resoluções Normativas vigentes da ANS, garantindo-se também a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano.

13.2. Nos casos de atendimento hospitalar de urgência e de emergência, em que o paciente não tiver direito à internação devido à carência, caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de Saúde - SUS, que disponha de serviço de urgência e/ou emergência, visando à continuidade do atendimento, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se as seguintes situações:

13.2.1. Na impossibilidade de remoção por risco de morte, o paciente ou responsável e o prestador do atendimento deverão acordar quanto à responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se a CONTRATADA desse ônus;

13.2.2. A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber.

14. **DOS PREÇOS PROPOSTOS E DO REAJUSTE**

14.1. Os preços mensais por beneficiário serão apresentados de acordo com as modalidades dos Planos e em função da distribuição de beneficiários, inscritos por faixa etária e sexo, previstos respectivamente, nos itens 6 e 11 do Termo de Referência, onde se incluem todos os custos diretos e indiretos, tributos porventura incidentes, taxa de administração, lucro e outros necessários ao cumprimento integral do objeto do Edital e seus anexos, conforme o Anexo "Modelo de Proposta" do Edital.

14.1.1. Para efeito de julgamento das propostas e composição do valor global do contrato, os preços antes referidos serão compostos pelo valor do Plano Básico Coletivo (Enfermaria), por faixa etária, e ainda, com os seguintes limites de variação de preço por faixa etária, previstos na Resolução Normativa nº 563, de 15 de dezembro de 2022, da ANS, que define os limites a serem observados para adoção de variação de preço, por faixa etária, dos planos privados de assistência à saúde:

a) de até 06 (seis) vezes entre a primeira e última faixa etária;

b) a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

14.2. Observado o interregno mínimo de 1 (um) ano de vigência contratual, o reajuste dos preços observará as condições abaixo:

14.2.1. Caso a sinistralidade seja inferior à meta de sinistralidade de 75%: "Os valores das mensalidades e tabela de preços serão reajustados pelo índice IPCA aplicado aos planos de saúde ou pelo índice que vier a substituí-lo oficialmente (Reajuste Econômico), desde que não infrinja norma legal.

14.2.2. Caso a sinistralidade seja superior à meta de sinistralidade de 75% haverá Reajuste Técnico, apurado da seguinte maneira:

$$\text{Reajuste Técnico} = (\text{Sinistralidade/Meta de Sinistralidade}) - 1$$

14.2.3. Na eventualidade de aplicação do Reajuste Técnico, o índice previsto na subcláusula 14.2.1 poderá ser adicionado ao Reajuste Técnico.

15. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

15.1. A CONTRATADA disponibilizará a fatura mensal, boleto bancário, relatório onde constem todos os dados cadastrais dos beneficiários e o demonstrativo sintético e analítico da respectiva cobrança, preferencialmente disponibilizado pela internet. A cobrança será por meio de apresentação de fatura/boleto bancário e deverá ser entregue à contratante o documento básico com pelo menos 15 (quinze) dias de antecedência da data de vencimento.

15.1.1. A cobrança mensal por meio de boleto bancário dos beneficiários ex-empregados e seus grupos familiares deverá ser emitida e enviada diretamente pela CONTRATADA para os respectivos titulares, com pelo menos 15 (quinze) dias de antecedência da data de vencimento.

15.2. A CONTRATADA deverá disponibilizar as informações necessárias, como o demonstrativo individualizado e discriminado por grupo familiar, contendo a utilização dos serviços discriminados por tipo de evento, preferencialmente pela internet.

15.3. A CONTRATADA realizará as movimentações de inclusões, exclusões e alterações cadastrais encaminhadas pelo SGB/CPRM por meio eletrônico/ digital, sendo obrigatório por parte da CONTRATANTE o envio dos documentos básicos pertinentes às movimentações.

15.4. A CONTRATADA disponibilizará ao(s) representante(s) administrativo(s) da CPRM designado(s) pelo Departamento de Recursos Humanos senha para acesso eletrônico via internet, para utilização e consulta do sistema da CONTRATADA.

15.5. Fornecer no prazo de 15 (quinze) dias úteis, ao beneficiário titular, seus dependentes e agregados, o cartão de identificação, onde deverá constar o tipo do plano e os prazos de validade, que, acompanhado de documento de identidade, assegurará ao beneficiário os direitos e vantagens deste Contrato.

15.5.1. Cabe ressaltar que as emissões dos cartões de identificação, assim como as segundas vias, serão com custo para a CONTRATADA.

15.6. Na execução do contrato, a CONTRATADA se obriga a envidar todo o empenho necessário ao fiel e adequado cumprimento dos encargos que lhe são confiados e, ainda:

15.6.1. Reparar quaisquer danos diretamente causados à CPRM ou a terceiros, por culpa ou dolo de seus representantes legais, prepostos ou empregados, em decorrência da relação contratual, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade à fiscalização ou ao acompanhamento da execução dos serviços pela CPRM;

15.6.2. Acatar as orientações do representante administrativo da CPRM, sujeitando-se a mais ampla e irrestrita fiscalização, prestando os esclarecimentos solicitados e atendendo as reclamações formuladas;

15.6.3. Manter em compatibilidade com as obrigações a serem assumidas, durante toda a execução do contrato, todas as condições de habilitação e de qualificação exigidas na licitação.

15.6.4. Indicar representante responsável pelos trâmites necessários para o fiel cumprimento do contrato;

15.6.5. Executar os serviços conforme especificações deste Termo de Referência e de sua proposta, com a alocação dos empregados necessários ao perfeito cumprimento das cláusulas contratuais, além de fornecer e utilizar os materiais e equipamentos, ferramentas e utensílios necessários, na qualidade e quantidade mínimas especificadas neste Termo de Referência e em sua proposta.

16. DA SUSTENTABILIDADE

16.1. A contratada deverá adotar práticas e tecnologias sustentáveis relacionadas à execução do objeto, alinhadas às diretrizes da Instrução Normativa nº 01/2010 – SLTI/MPOG e demais normas vigentes, promovendo ações que minimizem impactos ambientais e otimizem recursos durante toda a vigência contratual.

16.2. Deverão ser priorizadas, entre outras, as seguintes medidas:

- a) Telemedicina e atendimento remoto, quando tecnicamente possível e autorizado pela ANS, a fim de reduzir deslocamentos e emissões associadas ao transporte de beneficiários

e profissionais;

b) Prontuário eletrônico e comunicação digital segura, visando diminuir o consumo de papel e facilitar o compartilhamento de informações clínicas de forma ética e rastreável;

c) Disponibilização de carteiras digitais e incentivo à utilização de meios eletrônicos de identificação do beneficiário, com logística reversa para recolhimento e descarte ambientalmente correto dos cartões físicos substituídos (ainda que exigido o cartão físico);

d) Campanhas de prevenção e promoção da saúde com foco em bem-estar, uso racional de recursos e redução de desperdícios, incluindo ações educativas sobre sustentabilidade e autocuidado;

e) Contratação preferencial de prestadores e fornecedores certificados ou que adotem práticas de responsabilidade ambiental e social, conforme declarado nos relatórios de credenciamento;

f) Relatórios anuais de sustentabilidade, descrevendo as iniciativas implementadas e os resultados obtidos, a serem apresentados à CPRM como parte do processo de acompanhamento e avaliação contratual.

16.3. Essas ações deverão estar integradas ao plano operacional da contratada, constituindo critérios de desempenho e melhoria contínua na execução do contrato.

O presente documento segue assinado pelo servidor Elaborador, pela autoridade Requisitante e pela autoridade responsável pela Aprovação da conveniência e oportunidade.

ALESSANDRA MARCIA GOMES CANDIDO

Coordenadora Executiva - DERHU

ANDRÉIA QUADROS SILVA GOMES

Chefe do Departamento de Recursos Humanos



Documento assinado eletronicamente por **ALESSANDRA MARCIA GOMES CANDIDO, Coordenador(a) Executivo(a)**, em 24/04/2026, às 16:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **ANDRÉIA QUADROS SILVA GOMES, Chefe do Departamento de Recursos Humanos**, em 24/04/2026, às 17:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site sei.sgb.gov.br/autenticidade, informando o código verificador **2884179** e o código CRC **FEED2DB0**.