



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE ENGENHARIA E AGRONOMIA DA BAHIA - CREA-BA

TERMO DE REFERÊNCIA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS CREA-BA-SUDHO

Processo: 05.003110/2026-21

Tipo de Processo: Aquisição/Contratação: Bens ou Serviços

Assunto: Operadora de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial

Interessado: Kelly Cristina Dias Carneiro

1. OBJETO

1.1. Contratação de operadora de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para prestação de serviços continuados de assistência à saúde aos empregados do Conselho Regional de Engenharia e Agronomia da Bahia – Crea-BA, incluindo inativos, bem como aos seus dependentes e agregados elegíveis, compreendendo cobertura ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, laboratorial e terapêutica, incluindo atendimentos eletivos, de urgência e emergência, observadas as coberturas previstas na Lei nº 9.656/1998, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e nas demais normas aplicáveis, com atendimento eletivo em todo o Estado da Bahia e cobertura nacional para urgência, emergência e demais hipóteses previstas na regulamentação da ANS, conforme condições e especificações estabelecidas neste Termo de Referência.

1.2. A contratação compreenderá a prestação dos serviços com cobertura mínima definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do atendimento e suas atualizações.

1.3. Serviço comum de natureza continuada, sem dedicação exclusiva de mão de obra, consistente na prestação continuada de assistência à saúde suplementar, mediante plano privado coletivo empresarial, submetido à regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

1.4. O contrato terá vigência inicial de 60 (sessenta) meses, contados da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado sucessivamente até o limite máximo total de 10 (dez) anos, desde que demonstrada a vantajosidade para a Administração, a manutenção das condições de habilitação e a adequada execução contratual, nos termos dos arts. 106 e 107 da Lei nº 14.133/2021.

1.5. As demais condições relativas à vigência e à execução contratual serão estabelecidas no instrumento contratual, observadas as disposições deste Termo de Referência e da Lei nº 14.133/2021.

2. FUNDAMENTAÇÃO E DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

2.1. A contratação fundamenta-se:

- I - na Lei nº 14.133/2021 (Regulamenta as licitações e contratos);
- II - na Lei nº 9.656/1998 (Regulamenta o planos e seguros privados de assistência médica);
- III - na Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados);
- IV - Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, especialmente as RN nº 566/2022, RN nº 585/2023, RN nº 623/2024 e demais normas correlatas vigentes;
- V - Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU
- VI - nas boas práticas de governança e gestão de contratos administrativos.

2.2. A contratação tem por finalidade assegurar a continuidade da assistência à saúde dos empregados do Crea-BA, contribuindo para a manutenção da capacidade laborativa, redução do absenteísmo e promoção da qualidade de vida no ambiente organizacional.

2.3. Trata-se de benefício consolidado na Administração Pública indireta e nas entidades de fiscalização profissional, constituindo importante instrumento de valorização do corpo funcional e de retenção de talentos.

2.4. O plano de saúde atual é a Promédica, com contrato **vigente até 25/11/2026**. Assim, busca-se a realização de um novo certame para a continuidade dos serviços de assistência médica.

2.5. A Fundamentação da Contratação e de seus quantitativos também se encontra pormenorizada em tópico específico do Estudo Técnico Preliminar (documento SEI nº 05.003110/2026-21), apêndice deste Termo de Referência.

2.6. O objeto da contratação está previsto no Plano de Contratações Anual 2026 do Crea-BA, no item 8 das demandas da Coordenação de Gestão de Pessoas.

3. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO CONSIDERADO O CICLO DE VIDA DO OBJETO E ESPECIFICAÇÃO DO PRODUTO

3.1. A descrição da solução como um todo encontra-se pormenorizada em tópico específico do Estudo Técnico Preliminar (documento SEI nº 05.003110/2026-21), apêndice deste Termo de Referência.

4. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

4.1. Descrição dos Serviços

4.1.1. O plano de saúde a ser ofertado pela contratada deverá ser um Plano COLETIVO EMPRESARIAL, contributivo, padrão de acomodação compatível com o plano básico, para os empregados do Crea-BA, com coparticipação conforme descrito neste termo de referência, destinado ao grupo de empregados ativos e inativos, seus dependentes e agregados, com preço único por plano e acomodação, com abrangência mínima estadual para procedimentos eletivos e nacional para emergências, urgências e acidentes, seja através de rede própria, credenciada, referenciada ou por associação que presta o serviço de atendimento de urgência e emergência em trânsito.

4.1.1.1. A cobertura assistencial deverá observar integralmente o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), bem como as condições e exigências estabelecidas neste Termo de Referência e na legislação aplicável.

4.1.2. O Crea-BA arcará com o percentual dos custos relativos às mensalidades de todos os empregados ativos, conforme Acordo Coletivo de Trabalho vigente, ficando sob responsabilidade destes o custo restante.

4.1.3. A inclusão e manutenção de dependentes por parte dos empregados no plano de saúde serão arcadas pelos empregados titulares conforme Acordo Coletivo Vigente.

4.1.4. Terão direito à manutenção no Plano de Saúde, desde que tenham contribuído com a mensalidade da assistência médica, conforme acordo coletivo de trabalho e legislação pertinente:

I - Titulares Inativos - ex-empregados desligados sem justa causa

II - Aposentados

III - Empregados com o contrato suspenso ou à disposição de órgão/entidades de qualquer esfera da administração pública ou poder, que se encontrem fora da folha de pagamento do Crea-BA.

4.1.5. Os empregados aposentados terão direito à manutenção no plano de saúde por tempo indeterminado, desde que preenchido os requisitos legais vigentes. Em não cumprimento dos requisitos, o empregado aposentado terá direito a manutenção no plano de saúde pelo período correspondente ao tempo de contribuição.

4.1.6. As mensalidades dos beneficiários citados no item 4.1.4, serão pagas diretamente à operadora juntamente com a coparticipação.

4.2. Planos e padrão de acomodação

4.2.1. O plano padrão para esta contratação será o básico, com padrão de acomodação em enfermaria.

4.2.2. A operadora deverá apresentar planos opcionais que não integrarão o critério de julgamento do certame, e terão a diferença de preços custeada pelo empregado que a esses aderirem, considerando que no plano em andamento existem empregados em outras modalidades.

4.2.3. Os dependentes deverão ser incluídos no mesmo plano de saúde em que o titular for inscrito.

4.2.4. O padrão de acomodação deverá ser mantido em caso de atendimento de urgência, emergência em trânsito que necessitem de internamento.

4.2.5. Após estabilização clínica do beneficiário e desde que não haja prejuízo assistencial ao paciente, a contratada deverá assegurar, quando houver indicação médica, a remoção inter-hospitalar para unidade localizada no município ou estado de residência do beneficiário, necessária à continuidade do tratamento.

4.3. Beneficiários

4.3.1. Serão considerados beneficiários dos serviços contratados os titulares ativos e inativos, seus dependentes e agregados, observados os critérios de elegibilidade estabelecidos.

4.3.1.1. São titulares ativos:

a) Os empregados com vínculo ativo no CREA-BA;

b) Os empregados em exercício de cargos comissionados

c) Os empregados à disposição de outros órgãos/entidades de qualquer esfera da Administração Pública ou Poder, ou com contrato suspenso, fora da folha de pagamento do Crea-BA.

4.3.1.2. São titulares inativos:

a) Empregados aposentados desligados da empresa.

b) Empregados despedidos sem justa causa nos termos do art. 30 e 31 da Lei 9.656/98 e RN 488/2022.

4.3.1.3. Serão beneficiários dependentes:

a) Cônjuge ou Companheiro (a);

b) Filhos (as) até 18 anos, desde que não emancipados;

c) Filhos (as) até 24 anos, desde que enquadrados na condição de estudando e não emancipados;

d) O menor que por força de decisão judicial, amparado por guarda judicial, definitiva ou provisória, até 24 (vinte e quatro) anos, desde que enquadrados na condição de estudante e não emancipados;

e) Filhos (as) e Enteados (as) de qualquer idade, desde que enquadrados como pessoa com deficiência, na forma da legislação específica em vigor, mediante parecer médico;

4.3.1.4. Usuário-extra/agregado

4.3.1.4.1. Serão considerados como beneficiários pai e mãe, na condição de usuário-extra/agregado, desde que já incluso como participante do plano de saúde ativo.

4.3.1.4.2. Não será permitida inclusão de agregados, usuários extras, dependentes com idade superior a 24 anos ou pai ou mãe que não façam parte do plano de saúde em andamento.

4.3.1.4.3. Não poderão ser incluídos no plano de saúde na qualidade de beneficiários titulares e dependentes/usuários extras àqueles que não se enquadrarem nas condições de elegibilidade conforme critérios estabelecidos nos itens acima.

4.3.1.4.4. Novas inclusões de beneficiários após a data do início da vigência do contrato com a empresa vencedora do certame seguirão as regras estabelecidas nos itens acima, mediante comprovação da sua elegibilidade e vínculo.

4.3.1.4.5. Não será permitida a inscrição de qualquer dependente ou agregado, sem autorização prévia do titular.

4.3.1.4.6. A perda, definitiva ou temporária, da condição de beneficiário implicará na obrigatória exclusão do titular e respectivos dependentes do plano de saúde;

4.3.1.4.7. O CREA-BA encaminhará à licitante vencedora a relação dos beneficiários quando da formalização do contrato, e comunicará as eventuais inclusões e exclusões até o dia 20 de cada mês.

4.4. Área de abrangência e rede credenciada

4.4.1. O produto ofertado pela operadora deverá assegurar atendimento eletivo em todo o Estado da Bahia, por meio de rede própria, credenciada, referenciada ou contratada, compatível com a distribuição geográfica dos beneficiários e com a rede assistencial mínima estabelecida neste Termo de Referência. Para os atendimentos de urgência e emergência, bem como para as demais hipóteses previstas na legislação aplicável e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, deverá ser garantida cobertura em todo o território nacional, por meio de rede própria, credenciada, referenciada, contratada ou por sistema de intercâmbio entre operadoras ou outro mecanismo que assegure a continuidade e a integralidade da assistência aos beneficiários.

4.4.2. Os serviços objeto da contratação deverão ser prestados por meio de rede assistencial que assegure atendimento eletivo em todos os municípios do Estado da Bahia onde o Crea-BA possua sede ou unidade regional, conforme relação constante em anexo a este Termo de Referência, observada a rede assistencial mínima exigida e a distribuição geográfica dos beneficiários. Nas demais localidades do Estado da Bahia, a operadora deverá garantir rede credenciada suficiente para assegurar o atendimento aos beneficiários, em conformidade com os critérios de suficiência da rede prestadora estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

4.4.3. Será exigido mínimo 1 (um) hospital com urgência e emergência 24 horas em cada localidade, conforme disposto no item 5 deste termo de referência. Nos casos de indisponibilidade do prestador integrante da rede assistencial ou inexistência de prestador no município, deverão ser seguidas as determinações previstas na legislação vigente.

4.4.4. A contratada deverá manter permanentemente a suficiência da rede assistencial durante toda a vigência contratual, promovendo substituição imediata dos prestadores eventualmente descredenciados por outros de capacidade técnica equivalente.

4.4.5. Na hipótese de internações, os beneficiários terão direito a utilização de acomodação compatível com seu plano. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao beneficiário o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional.

4.5. Indisponibilidade ou inexistência de prestador assistencial

4.5.1. Na hipótese de indisponibilidade ou inexistência de prestador integrante da rede assistencial da operadora que ofereça o serviço ou procedimento demandado no município pertencente à área de abrangência geográfica e de atuação do plano, a operadora deverá garantir o atendimento do beneficiário, observadas as disposições legais pertinentes, bem como toda a regulamentação vigente e superveniente editada pela ANS, além das condições previstas neste Termo de Referência.

4.5.2. O atendimento deverá ser assegurado, preferencialmente, mediante:

- I - utilização de prestador integrante ou não da rede assistencial localizado no mesmo município;
- II - inexistindo disponibilidade no município de origem, mediante encaminhamento para prestador integrante ou não da rede assistencial situado em município limítrofe ou integrante da respectiva região de saúde.

4.5.3. Nos casos em que o atendimento ocorrer fora da rede credenciada, caberá à operadora garantir integralmente a realização do serviço, sem ônus adicional ao beneficiário, inclusive mediante pagamento direto ao prestador, quando aplicável.

4.5.4. Na impossibilidade de disponibilização de prestador apto no município de origem, municípios limítrofes ou região de saúde correspondente, a operadora deverá garantir:

- I - o transporte do beneficiário até unidade apta à realização do atendimento;
- II - o retorno do beneficiário à localidade de origem, quando houver alta ou possibilidade de retorno seguro;
- III - quando houver indicação médica e após estabilização clínica do beneficiário, a remoção inter-hospitalar para unidade localizada no município ou estado de origem do paciente, necessária à continuidade do tratamento, desde que não haja prejuízo assistencial ao beneficiário.

4.5.5. As obrigações previstas neste item aplicam-se, inclusive, aos atendimentos de urgência e emergência, independentemente de autorização prévia, observadas as disposições legais pertinentes, bem como toda a regulamentação vigente e superveniente editada pela ANS.

4.5.6. Todos os custos decorrentes do atendimento, transporte, remoção e transferência previstos neste item serão de responsabilidade exclusiva da operadora, não podendo ser repassados ao beneficiário ou à contratante.

4.6. Acessibilidade da rede credenciada

4.6.1. A OPERADORA deverá disponibilizar aos beneficiários titulares a relação atualizada da Rede Credenciada, através de Guia de Serviços de Saúde, por meio digital e/ou físico, editado pela mesma, com o rol dos médicos credenciados, dos hospitais, das clínicas e dos estabelecimentos de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) contratados, com respectivos endereços e telefones, para utilização dos beneficiários e possuir central de atendimento e orientação ao beneficiário, gratuito, 0800, para atendimento aos beneficiários do Plano de Saúde.

4.6.2. Qualquer alteração, substituição, exclusão ou redimensionamento da rede credenciada deverá ser previamente realizada em conformidade com os critérios, requisitos, prazos de comunicação e demais disposições legais estabelecidos pelos normativos vigentes e supervenientes da ANS, sem prejuízo do cumprimento das condições previstas neste Termo de Referência.

4.7. Rede assistencial mínima

4.7.1. A operadora deverá manter, durante toda a vigência contratual, rede assistencial suficiente para assegurar a adequada prestação dos serviços aos beneficiários do Crea-BA, observando as disposições da Lei nº 9.656/1998, das Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU, das Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e demais normas aplicáveis.

4.7.2. A rede credenciada deverá ser compatível com a distribuição geográfica da massa assistida, garantindo a continuidade do atendimento, a suficiência da rede prestadora e a adequada cobertura assistencial durante toda a execução contratual.

4.7.3. Para fins de dimensionamento da rede mínima, será considerada a quantidade de beneficiários existente em cada município onde houver beneficiários vinculados ao contrato, observando-se os seguintes parâmetros mínimos:

Quantidade de beneficiários na localidade	Hospitais Gerais	Laboratórios de Análises Clínicas	Centros de Diagnóstico por Imagem
Acima de 100 beneficiários	5	5	5
De 31 a 100 beneficiários	3	3	2
De 11 a 30 beneficiários	2	2	1
Até 10 beneficiários	Rede mínima compatível com os critérios de suficiência assistencial previstos na regulamentação vigente da ANS		

4.7.4. A distribuição da massa assistida por município constará em anexo a este Termo de Referência e servirá como parâmetro para verificação da suficiência da rede assistencial apresentada pela licitante.

4.7.5. Nos municípios enquadrados na faixa de até 10 (dez) beneficiários, a operadora deverá observar, no mínimo, os critérios de suficiência da rede prestadora estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, assegurando atendimento adequado, contínuo e tempestivo aos beneficiários.

4.7.6. Na hipótese de inexistência comprovada de prestadores em determinado município, será admitida a disponibilização de rede assistencial em município limítrofe ou pertencente à mesma região de saúde, desde que preservadas as condições de acesso, continuidade da assistência e os prazos máximos de atendimento estabelecidos pela ANS.

4.8. Rede Hospitalar de referência em Salvador

4.8.1. Considerando a concentração da massa assistida na capital e a necessidade de assegurar adequada disponibilidade de serviços hospitalares aos beneficiários, para atendimento do quantitativo mínimo de hospitais estabelecido no item 4.8.3 deste Termo de Referência, a composição da rede hospitalar em Salvador deverá contemplar, dentre os 14 (quatorze) estabelecimentos hospitalares de referência relacionados a seguir, a escolha de, no mínimo, 05 (cinco) unidades, sendo 03 (três) de Grande Porte e 02 (duas) de Médio Porte.

4.8.2. A escolha dos estabelecimentos integrantes da rede caberá à contratada, observados os requisitos de cobertura, capacidade assistencial e demais condições estabelecidas neste Termo de Referência.

I - Hospitais de grande porte: São Rafael, Português, Hospital da Bahia, Santo Amaro, Aliança, Santa Izabel, Cardio Pulmonar e Mater Dei.

II - Hospitais de médio porte: ProHope, Aeroporto, Fundação Baiana de Cardiologia, Agenor Paiva, Hospital Jorge Valente e Hospital da Cidade.

4.8.3. Será admitida a substituição de qualquer dos hospitais acima por outro tecnicamente equivalente, desde que a operadora comprove que o prestador possui porte hospitalar, capacidade instalada, complexidade assistencial, estrutura física, atendimento de urgência e emergência, internação clínica e cirúrgica, unidades de terapia intensiva, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, cobertura multidisciplinar e capacidade operacional compatíveis com os hospitais utilizados como referência neste Termo de Referência.

4.8.4. Será assegurada a disponibilidade de, no mínimo, 1 (um) hospital integrante da rede assistencial em cada localidade que disponha de Unidade Regional do Crea-BA, conforme relação constante do item 5 deste Termo de Referência.

4.8.5. Na hipótese de inexistência ou indisponibilidade de unidade hospitalar apta a atender aos requisitos estabelecidos na respectiva localidade, a contratada deverá disponibilizar prestador em município limítrofe à sede da Unidade Regional, de forma a assegurar a adequada cobertura assistencial aos beneficiários.

4.8.6. O credenciamento de hospitais nas cidades das sedes das Unidades Regionais não desobriga o credenciamento de hospitais em outras localidades.

4.8.7. A operadora deverá assegurar a disponibilidade dos serviços e procedimentos cobertos pelo plano, observadas a legislação aplicável, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e a segmentação assistencial contratada, mediante rede de prestadores compatível com a cobertura ofertada e com a capacidade assistencial de cada unidade integrante da rede.

4.8.8. A rede assistencial deverá contemplar, conforme o perfil e a capacidade de cada prestador, atendimento de urgência e emergência, cirurgias eletivas, obstetrícia, internação, atendimento ambulatorial, Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT e serviços laboratoriais, sem prejuízo dos demais procedimentos e serviços assegurados pela legislação e pelo contrato.

4.8.9. Nos Hospitais de Grande Porte de Salvador, a OPERADORA deverá escolher, no mínimo, 1 (um), dos 3 (três) escolhidos, dentre os elencados no item 4.9.2, inciso I, para oferecer procedimentos ambulatoriais eletivos, como consultas, exames e tratamentos.

4.8.10. Nos Hospitais de Grande Porte de Salvador não é obrigatória a disponibilização do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT e do Serviço de Laboratório, na forma eletiva.

4.8.11. A OPERADORA deverá garantir, obrigatoriamente, o atendimento das especialidades médicas, em Rede Hospitalar mínima, caso essas estejam disponíveis nos referidos hospitais.

4.9. Atendimento especializado em saúde mental

4.9.1. A rede credenciada deverá contemplar, pelo menos, 03 (três) instituições especializadas em saúde mental e tratamento

da dependência química, dentre as unidades abaixo relacionadas ou outras tecnicamente equivalentes, observadas as coberturas previstas na Lei nº 9.656/1998 e nas Resoluções Normativas da ANS:

- I - Clínica Vila Serena;
- II - Clínica Fênix;
- III - Vale Viver;
- IV - Clínica Ápice;
- V - Hospital Bom Viver.

4.10. **Especialidades e serviços assistenciais**

4.10.1. A operadora deverá garantir que a rede disponibilizada contemple, sempre que compatível com o perfil assistencial do estabelecimento, atendimento nas especialidades médicas e nos serviços previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, incluindo, no mínimo:

- I - urgência e emergência;
- II - internação clínica e cirúrgica;
- III - obstetrícia;
- IV - atendimento ambulatorial;
- V - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT);
- VI - exames laboratoriais;
- VII - procedimentos de média e alta complexidade compatíveis com a estrutura do prestador.

4.10.2. A inexistência de determinado serviço em hospital específico não desobriga a operadora de disponibilizá-lo em outro prestador integrante da rede credenciada, desde que preservadas a continuidade da assistência, a qualidade do atendimento e os prazos máximos estabelecidos pela ANS.

4.11. **Apresentação da rede credenciada**

4.11.1. Será exigida a apresentação da relação das unidades hospitalares, além de toda a rede de prestadores de serviços, vinculadas ao produto ofertado, em conformidade com Lei. 9.656/98 e suas normativas, em vigor.

4.11.2. A licitante deverá apresentar, juntamente com a proposta, a relação completa da rede credenciada vinculada ao produto ofertado, contendo, no mínimo:

- I - nome do prestador;
- II - CNPJ;
- III - município;
- IV - endereço;
- V - tipo de estabelecimento;
- VI - serviços disponibilizados;
- VII - situação do credenciamento.

4.11.3. A comprovação da rede poderá ocorrer mediante declaração emitida pela própria operadora ou documento equivalente que demonstre a vinculação dos prestadores ao produto ofertado.

4.12. **Manutenção da rede assistencial**

4.12.1. A rede credenciada apresentada na proposta deverá ser mantida durante toda a vigência contratual.

4.12.2. A substituição de hospitais, clínicas, laboratórios ou demais prestadores integrantes da rede essencial somente será admitida mediante substituição por outro prestador de capacidade técnica equivalente ou superior, localizado no mesmo município ou, quando tecnicamente inviável, em município limítrofe ou pertencente à mesma região de saúde, sem prejuízo da continuidade da assistência aos beneficiários.

4.12.3. A contratada deverá comunicar formalmente ao Crea-BA qualquer alteração relevante da rede credenciada com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, salvo situações excepcionais devidamente justificadas.

4.13. **Justificativa técnica da rede mínima**

4.13.1. A definição da rede assistencial mínima foi estabelecida com base em critérios objetivos, considerando o levantamento da massa assistida e sua distribuição por município, a concentração dos beneficiários, a disponibilidade regional da rede prestadora, o histórico de utilização do contrato vigente, a necessidade de assegurar a continuidade e a suficiência da assistência e os parâmetros estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Foram também consideradas as informações obtidas na pesquisa de mercado junto às operadoras e a análise das redes credenciadas disponíveis no Estado da Bahia, de modo a assegurar a viabilidade técnica das exigências estabelecidas e evitar condições de caráter restritivo ou direcionador do certame.

4.13.2. A adoção de parâmetros mínimos proporcionais à quantidade de beneficiários em cada localidade busca assegurar o equilíbrio entre a qualidade da assistência, a competitividade do certame e a razoabilidade das exigências técnicas, evitando tanto a imposição de requisitos excessivos em localidades de baixa demanda quanto a oferta de rede insuficiente nas regiões de maior concentração de beneficiários.

4.13.3. A exigência específica para o município de Salvador justifica-se pela concentração da maior parte da massa assistida do Crea-BA na capital, pela elevada oferta de serviços hospitalares de média e alta complexidade e pela necessidade de garantir a manutenção de padrão assistencial compatível com a utilização histórica dos beneficiários.

4.13.4. A indicação nominal dos hospitais possui caráter meramente referencial e destina-se a estabelecer o padrão mínimo de qualidade esperado pela Administração, sendo admitida a apresentação de hospitais tecnicamente equivalentes, desde que

comprovadas a capacidade operacional, a complexidade assistencial, a cobertura de especialidades médicas e a qualidade dos serviços prestados.

4.14. Do reembolso de despesas assistenciais

4.14.1. A operadora deverá assegurar aos beneficiários o direito ao reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas fora da rede credenciada, nas hipóteses previstas na Lei nº 9.656/1998, nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e nas condições estabelecidas neste Termo de Referência.

4.14.2. Nas situações de urgência ou emergência, quando não houver prestador credenciado disponível ou quando, comprovadamente, não for possível obter autorização prévia da operadora, inclusive em razão de indisponibilidade dos canais de atendimento, limitações operacionais ou ocorrência fora do horário de funcionamento dos serviços administrativos, o beneficiário poderá utilizar prestador não credenciado para realização do atendimento.

4.14.3. Nessas hipóteses, a operadora deverá promover o reembolso das despesas suportadas pelo beneficiário, observado o disposto na Lei nº 9.656/1998 e na regulamentação da ANS, não podendo negar o reembolso exclusivamente pela ausência de autorização prévia, desde que o beneficiário comprove a situação de urgência ou emergência, a impossibilidade de utilização da rede credenciada ou a impossibilidade de obtenção da autorização no momento do atendimento.

4.14.4. O pedido de reembolso deverá ser instruído com os documentos exigidos pela operadora e será analisado no prazo máximo estabelecido pela regulamentação da ANS, contado da apresentação da documentação completa.

4.14.5. Na hipótese de indeferimento total ou parcial do pedido, a operadora deverá apresentar decisão formal, fundamentada e motivada, indicando os dispositivos legais, regulamentares ou contratuais que embasaram a negativa.

4.14.6. O reembolso das despesas devidamente comprovadas e autorizadas deverá ser efetuado pela contratada no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, contados a partir da data de solicitação do reembolso, acompanhada da documentação necessária.

4.14.7. A operadora deverá disponibilizar canais eletrônicos e telefônicos para solicitação e acompanhamento dos pedidos de reembolso, bem como fornecer ao beneficiário informações claras sobre a documentação necessária, os prazos de análise e os critérios utilizados para apreciação do pedido.

4.14.8. Sempre que solicitado pela fiscalização contratual, a operadora deverá apresentar relatório gerencial contendo a quantidade de pedidos de reembolso apresentados, deferidos, indeferidos, pendentes de análise, respectivos valores e prazo médio de conclusão.

4.14.9. Sempre que o beneficiário realizar atendimento em prestador não credenciado em razão de urgência, emergência, indisponibilidade da rede ou impossibilidade de obtenção de autorização prévia, a operadora deverá prestar o suporte necessário para a instrução do pedido de reembolso, por intermédio do preposto ou dos canais oficiais de atendimento, orientando quanto à documentação exigida e acompanhando o processo até sua conclusão, nessa hipótese o pagamento do reembolso será nos limites das obrigações contratuais e/ou conforme tabela praticada pela operadora, exceto nos casos específicos de total descumprimento de prazos da RN 566/2022 da ANS.

4.15. Carências

4.15.1. A licitante vencedora não poderá impor carência de:

I - Beneficiários titulares e seus dependentes que sejam transferidos do plano previamente contratado pelo Crea-BA, para implantação/execução do novo contrato.

II - Os empregados e seus dependentes, que vierem a ser admitidos no Crea-BA após a contratação do plano, disporão do prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contados da data em que entrar em exercício, para solicitar a sua inclusão e a dos seus dependentes no plano de saúde, ficando, nesse caso, isentos de carência para usufruírem dos serviços abrangidos.

III - Os beneficiários dependentes incluídos no plano em até 30 dias a contar da data do fato gerador, mediante apresentação do respectivo documento de comprovação (certidão de nascimento, de adoção, de casamento, de união estável, bem como, decisão judicial, atestados, etc.)

IV - Na hipótese de haver exclusão equivocada, por problemas de processos internos, não poderá ser exigida a carência para reinclusão, desde que seja solicitado no prazo máximo de 30 dias.

4.15.2. Os usuários que forem cadastrados após os prazos estipulados nos itens acima ficarão sujeitos ao período de carência, conforme descrito em tabela abaixo:

24 (vinte e quatro) horas	Atendimento de urgência e emergência
30 (trinta) dias	Consultas e exames de análise clínica
180 (cento e oitenta) dias	Demais procedimentos
300 (trezentos) dias	Partos
24 (vinte e quatro) meses	Doenças e Lesões pré-existentes

4.15.3. Os beneficiários poderão solicitar migração do plano básico para plano superior e do plano superior para o plano básico.

4.15.4. As migrações de plano serão regulamentadas conforme orientações da ANS e legislação vigente.

4.15.5. Nos casos de suspensão temporária do vínculo funcional ou da participação do beneficiário titular no plano de assistência médica, motivados por licença sem remuneração, afastamentos legais, cessão sem ônus, suspensão contratual ou outras hipóteses previstas nas normas internas da contratante, poderá ser autorizada a suspensão temporária da participação no plano de saúde, observadas as condições estabelecidas pela contratante e pela legislação aplicável.

4.15.6. Na hipótese de retorno do beneficiário titular ao vínculo ativo junto à contratante, bem como de seus respectivos dependentes regularmente vinculados anteriormente à suspensão, deverá ser garantida a reinclusão no plano de saúde sem

cumprimento de novos períodos de carência, cobertura parcial temporária ou qualquer outra restrição de acesso assistencial anteriormente já cumprida.

4.15.7. A reinclusão deverá ocorrer nas mesmas condições de cobertura, segmentação, acomodação e condições assistenciais anteriormente contratadas, observadas as regras vigentes do plano e da legislação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

4.15.8. O disposto neste item aplica-se exclusivamente aos beneficiários anteriormente vinculados ao contrato e que retornarem nas condições previstas pela contratante, não se caracterizando como nova adesão ao plano.

4.15.9. A contratada deverá realizar a reativação cadastral no prazo máximo de até 05 (cinco) dias úteis contados da solicitação formal encaminhada pela contratante.

4.16. **Coparticipação**

4.16.1. Poderá ser instituída coparticipação dos beneficiários nos procedimentos realizados em regime ambulatorial, observadas as disposições da legislação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e os limites estabelecidos neste Termo de Referência.

4.16.2. A coparticipação corresponderá ao percentual de 10% (dez por cento) incidente sobre o valor efetivamente pago pela operadora aos prestadores dos serviços de saúde, por procedimento realizado e por beneficiário.

4.16.3. A coparticipação dos beneficiários corresponderá aos percentuais estabelecidos neste Termo de Referência, incidindo exclusivamente sobre os procedimentos expressamente previstos.

4.16.4. O valor mensal de coparticipação por beneficiário ficará limitado ao menor dos seguintes parâmetros:

- I - 30% (trinta por cento) do valor da mensalidade individual do respectivo plano; ou
- II - R\$ 300,00 (trezentos reais) por mês.

4.17. Os limites previstos neste item aplicam-se de forma individualizada por beneficiário, independentemente da quantidade de procedimentos realizados no período.

4.17.1. O valor limite da coparticipação, estabelecido no item I supracitado, poderá ser reajustado anualmente, observado o interregno mínimo de 12 (doze) meses, mediante aplicação da variação acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, não sendo aplicável, para essa finalidade, o Fator R previsto para o reajuste das contraprestações do contrato.

4.17.2. Serão isentos de coparticipação os seguintes atendimentos e procedimentos:

- I - na ausência e/ou indisponibilidade de rede, com base nas resoluções normativas da ANS, vigente à época do evento e suas alterações.
- II - internações hospitalares;
- III - Procedimentos realizados em pacientes internados;
- IV - procedimentos cirúrgicos, inclusive partos;
- V - internações em unidade de terapia intensiva – UTI;
- VI - atendimentos de urgência e emergência;
- VII - procedimentos de alta complexidade;
- VIII - quimioterapia, radioterapia e terapia renal substitutiva;
- IX - exames anatomopatológicos;
- X - exames preventivos previstos nas diretrizes da ANS;
- XI - curativos pós-cirúrgicos;
- XII - demais procedimentos cuja cobrança de coparticipação seja vedada pela ANS.

4.17.3. Nos casos de internação psiquiátrica, eventual coparticipação observará os limites e critérios previstos na regulamentação vigente da ANS, especialmente quanto aos prazos mínimos de cobertura obrigatória.

4.17.4. As importâncias relativas à coparticipação constituem receita exclusiva da operadora, não sendo revertidas à contratante.

4.17.5. A operadora deverá disponibilizar mensalmente à contratante, por meio eletrônico e em formato editável, relatório detalhado contendo, no mínimo, observando o disposto na Lei Geral de Proteção de Dados:

- I - identificação do beneficiário;
- II - tipo de atendimento realizado;
- III - data da utilização;
- IV - prestador executante;
- V - valor do procedimento;
- VI - valor da coparticipação devida;
- VII - discriminação por titular e respectivos dependentes.

4.17.6. A operadora deverá disponibilizar aos beneficiários, em ambiente eletrônico próprio, extrato individualizado contendo todas as informações referentes à utilização do plano e aos valores cobrados a título de coparticipação.

4.17.7. A Contratante efetuará à operadora o pagamento dos valores faturados referentes aos beneficiários ativos vinculados à folha de pagamento, observada a participação financeira do CREA-BA e dos empregados prevista no Acordo Coletivo de Trabalho vigente. As parcelas de responsabilidade dos empregados, inclusive as relativas à coparticipação e às mensalidades de seus

dependentes, quando cabíveis, serão descontadas em folha de pagamento, observadas as disposições do Acordo Coletivo de Trabalho, da legislação trabalhista e das normas internas aplicáveis.

4.17.7.1. Os valores de responsabilidade exclusiva de aposentados, ex-empregados, beneficiários afastados da folha de pagamento, agregados ou demais beneficiários sujeitos a pagamento direto serão cobrados diretamente pela operadora, conforme as regras de elegibilidade estabelecidas neste Termo de Referência e na legislação aplicável, não integrando a parcela financeira suportada pelo CREA-BA.

4.17.8. A cobrança de coparticipação deverá observar os princípios da razoabilidade, transparência e moderação, vedada qualquer prática que caracterize restrição indevida de acesso aos serviços de assistência à saúde.

4.18. **Programas de promoção à saúde, qualidade de vida e uso consciente do plano**

4.18.1. A contratada deverá disponibilizar aos beneficiários programas de promoção à saúde, prevenção de doenças, qualidade de vida e sensibilização para o uso consciente do plano de saúde, com o objetivo de incentivar práticas preventivas, promoção do bem-estar físico e mental e utilização racional dos serviços assistenciais.

4.18.2. Os programas deverão contemplar, no mínimo:

- I - ações de educação em saúde e uso consciente do plano de saúde;
- II - envelhecimento saudável;
- III - programas de qualidade de vida e promoção do bem-estar;
- IV - acompanhamento e gerenciamento de doenças crônicas;
- V - programas de saúde mental e apoio emocional;
- VI - acompanhamento e orientação para gestantes;
- VII - ações de prevenção e conscientização sobre dependência química;
- VIII - campanhas preventivas relacionadas às principais condições de saúde da população assistida.

4.18.3. As ações poderão ser realizadas de forma presencial, virtual ou híbrida, mediante alinhamento prévio com a contratante, abrangendo a sede, inspetorias e demais unidades do Crea-BA.

4.18.4. A contratada deverá realizar, no mínimo:

- I - 06 (seis) ações coletivas anuais de promoção à saúde e qualidade de vida
- II - 01 (uma) ação bimestral de sensibilização para uso consciente do plano de saúde, podendo ocorrer por meio de palestras, campanhas educativas, oficinas, webinars, informes digitais, cartilhas ou outros formatos educativos.

4.18.5. Os materiais educativos e campanhas institucionais deverão ser encaminhados à área gestora do contrato, em formato digital, para divulgação nos canais internos de comunicação do Crea-BA.

4.18.6. O programa de promoção à saúde e uso consciente do plano deverá ser apresentado pela contratada no prazo máximo de 60 (sessenta) dias contados do início da vigência contratual.

4.18.7. O programa poderá ser revisado e ajustado durante a execução contratual, mediante solicitação da contratante ou proposta da contratada, desde que aprovado pela fiscalização do contrato e mantida sua finalidade preventiva, educativa e assistencial.

4.18.8. Sempre que solicitado pela contratante, a operadora deverá apresentar relatório consolidado das ações realizadas, contendo, no mínimo:

- I - descrição das atividades executadas;
- II - quantitativo de participantes;
- III - temas abordados;
- IV - indicadores de participação e engajamento;
- V - avaliação dos resultados obtidos.

4.19. **Quantitativo estimado de beneficiários**

4.19.1. O quantitativo estimado de beneficiários vinculados ao contrato foi elaborado exclusivamente para fins de dimensionamento da contratação e formação de preços, podendo sofrer alterações durante a execução contratual em razão de admissões, desligamentos, inclusão ou exclusão de dependentes e agregados, sem que isso gere direito à alteração das condições contratuais originalmente pactuadas, observadas as hipóteses legais de reequilíbrio econômico-financeiro.

4.19.2. As variações quantitativas da massa de beneficiários, decorrentes de admissões, desligamentos ou alterações cadastrais ordinárias, constituem risco inerente ao objeto contratado e já devem estar contempladas na formação da proposta.

4.19.3. A distribuição estimada dos beneficiários por faixa etária, sexo e categoria de vínculo consta na tabela abaixo:

Faixa Etária	Titulares Feminino	Titulares Masculino	Total Titulares	Dependentes Feminino	Dependentes Masculino	Total Dependentes	Agregados Feminino	Agregados Masculino	Total Agregados	Total Geral
00 a 18 anos	0	0	0	63	66	129	0	0	0	129
19 a 23 anos	2	1	3	18	11	29	0	0	0	32
24 a 28 anos	3	5	8	0	0	0	0	0	0	8

Faixa Etária	Titulares Feminino	Titulares Masculino	Total Titulares	Dependentes Feminino	Dependentes Masculino	Total Dependentes	Agregados Feminino	Agregados Masculino	Total Agregados	Total Geral
29 a 33 anos	7	6	13	5	1	6	0	0	0	19
34 a 38 anos	9	15	24	11	2	13	0	0	0	37
39 a 43 anos	15	20	35	12	8	20	0	0	0	55
44 a 48 anos	16	15	31	11	4	15	0	0	0	46
49 a 53 anos	11	17	28	15	5	20	0	0	0	48
54 a 58 anos	10	23	33	10	4	14	0	0	0	47
59 anos ou mais	31	23	54	14	8	22	17	3	20	96
Total	104	125	229	176	112	268	17	3	20	517

4.19.4. O quantitativo apresentado possui caráter estimativo e não constitui garantia mínima de utilização ou quantitativo obrigatório de beneficiários durante toda a vigência contratual.

4.19.5. A contratada deverá considerar, para fins de precificação e equilíbrio atuarial, as possíveis variações mensais decorrentes de:

- I - admissões e desligamentos de empregados;
- II - inclusão e exclusão de dependentes e agregados;
- III - aposentadorias;
- IV - alterações decorrentes de acordo coletivo de trabalho ou normativos internos;
- V - movimentações cadastrais dos beneficiários.

4.19.6. A contratante poderá encaminhar à contratada, sempre que necessário, atualização da distribuição etária e quantitativa da massa de beneficiários para fins de acompanhamento contratual, gestão assistencial e análise de sinistralidade.

4.20. **Sustentabilidade:**

4.20.1. O fornecedor deverá cumprir as orientações da Instrução Normativa nº 1, de 19 de janeiro de 2010, do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (MPDG), referente aos critérios de Sustentabilidade Ambiental, em seus Artigos 5º e 6º, no que couber.

4.21. **Subcontratação**

4.21.1. Não será admitida a subcontratação do objeto principal da contratação, considerando a natureza continuada, assistencial e regulada dos serviços de assistência médica suplementar, bem como a necessidade de responsabilidade direta da operadora perante a contratante e os beneficiários.

4.21.2. Não se caracteriza como subcontratação a utilização da rede credenciada, referenciada ou conveniada da operadora, inerente ao próprio modelo de prestação dos serviços de assistência à saúde suplementar regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

4.22. **Especificação da Garantia do Serviço (art. 40, §1º, inciso III, da Lei nº 14.133, de 2021)**

4.22.1. O prazo de garantia contratual dos serviços é o estabelecido na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor).

4.22.2. A CONTRATADA deverá assegurar a adequada e regular prestação dos serviços durante toda a vigência contratual, observando as condições estabelecidas neste Termo de Referência, na legislação aplicável à saúde suplementar, nas normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e no instrumento contratual.

4.22.3. A qualidade, a regularidade e a conformidade dos serviços serão acompanhadas e fiscalizadas durante toda a execução contratual, sem prejuízo da responsabilidade da CONTRATADA pela correção de eventuais falhas, irregularidades ou descumprimentos identificados.

4.23. **Vistoria**

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

5. **MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO**

5.1. **Acompanhamento do Serviço**

5.1.1. O contrato será gerido pela Coordenação de Gestão de Pessoas e fiscalizado pela Supervisão de Desenvolvimento Humano e Organizacional.

5.2. **Prazo para implantação e início da execução dos serviços**

5.2.1. A prestação dos serviços deverá ter início imediatamente após a assinatura do contrato, devendo a CONTRATADA assegurar, desde o início da vigência contratual, a cobertura assistencial e o atendimento aos beneficiários nas condições estabelecidas neste Termo de Referência. O processo de implantação, compreendendo as providências administrativas, operacionais e cadastrais necessárias à plena execução do contrato, deverá ser concluído no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da assinatura do contrato, sem prejuízo da continuidade e da regularidade da assistência durante esse período.

5.2.2. A contratada deverá apresentar cronograma detalhado de implantação no prazo máximo de até 10 (dez) dias corridos contados da assinatura do contrato, contemplando todas as etapas operacionais necessárias à transição assistencial e início da prestação dos serviços.

5.2.3. O prazo poderá ser prorrogado, uma única vez, mediante justificativa técnica aceita pela Administração, desde que não comprometa a continuidade assistencial.

5.2.4. **Implantação Assistida e Transição Operacional**

5.2.5. A contratada deverá realizar processo de implantação assistida do plano de saúde, garantindo suporte operacional integral à contratante e aos beneficiários durante a fase inicial de execução contratual.

5.2.6. O processo de implantação deverá contemplar, no mínimo:

- I - cadastramento e conferência da base de beneficiários;
- II - migração e atualização cadastral;
- III - divulgação da rede credenciada;
- IV - orientação sobre utilização do plano;
- V - emissão e distribuição de carteiras;
- VI - realização de campanhas de comunicação e orientação aos beneficiários;
- VII - suporte presencial e remoto intensificado durante o período inicial de implantação;
- VIII - acompanhamento prioritário de beneficiários em tratamento continuado, internação, gestação, terapias seriadas ou condições clínicas sensíveis.

5.2.6.1. Ao término da vigência contratual, a contratada deverá colaborar integralmente com o processo de transição para eventual nova operadora, fornecendo informações cadastrais necessárias e adotando medidas que evitem interrupção da assistência aos beneficiários.

5.2.6.2. A contratada deverá assegurar continuidade assistencial aos beneficiários em tratamento, observando as regras de continuidade do tratamento estabelecidas pela ANS e demais normativos vigentes, evitando interrupções indevidas durante a transição entre operadoras.

5.2.6.3. A contratada deverá assegurar a continuidade assistencial dos beneficiários em tratamento contínuo, terapias seriadas, internações, procedimentos já autorizados, tratamentos oncológicos, hemodiálise, saúde mental, terapias especializadas e demais situações clínicas cuja interrupção possa acarretar prejuízo à saúde do beneficiário.

5.2.6.4. Na hipótese de substituição de prestadores da rede credenciada, encerramento contratual, transição operacional ou qualquer evento que possa impactar a continuidade do tratamento, a contratada deverá adotar medidas necessárias para garantir a manutenção da assistência, sem interrupção injustificada, observadas as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e a legislação vigente.

5.2.6.5. Os beneficiários em internação hospitalar, tratamento continuado ou procedimento já autorizado deverão ter garantida a continuidade da assistência até a conclusão do ciclo assistencial, salvo por indicação médica em sentido contrário.

5.3. **Local da Prestação dos Serviços**

5.3.1. Os serviços serão prestados na sede do CREA-BA, e unidades descentralizadas localizadas no interior do estado da Bahia, conforme endereços descritos na tabela abaixo.

TABELA 1

LOCAL	ENDEREÇO
Salvador	Rua Professor Aloísio de Carvalho Filho, 402, Engenho Velho de Brotas, CEP: 40.243-620
Alagoinhas	Rua Dantas Bião, s/n, sala 52, Laguna Shopping, Centro, CEP: 48.007-901
Barreiras	Rua Maria Mendes Ferreira, 21, Sandra Regina, CEP: 47.802-022
Bom Jesus da Lapa	Avenida Manoel Novaes, 1.586, Centro, Edifício Avenida Center, Sala 6B, CEP: 47.600-000.
Brumado	Praça Coronel Zeca Leite, 460, Centro, CEP: 46.100-045
Camaçari	Av. 28 de setembro, Edf. Pacific Center, 1º andar, 67, Centro, CEP: 42.807-000
Campo Formoso	Av. Tancredo Neves, s/n, BA 220, Secretaria de Infraestrutura e Serviços Públicos, CEP: 47.790-000
Cruz das Almas	Rua Dr. Riberio Santos, 81, sala 201, Empresarial Djalma Bastos, Centro, CEP: 44.380-000
Eunápolis	Rua Dr. Gravata, 46, Sala 104, Centro, CEP: 45.820-060
Feira de Santana	Rua Prof. Geminiano Costa, 198, Centro, CEP: 44.001-120
Guanambi	Av. Messias Pereira Donato, 495, Aeroporto Velho, CEP: 46.430-000
Ilhéus	Praça Rui Barbosa, 32, Centro, CEP 45.653-340.
Irecê	Av. Paulo Renato, Qd.24, Lotes 1 a 3, Lot. Park das Árvores, Novo Horizonte, CEP:44.864-492
Itaberaba	Praça Flávio Silvany, 130, sala 105, Edf. Empresarial João Almeida Mascarenhas, Centro, CEP: 46.880-000
Itabuna	Avenida Princesa Izabel, 395, Condomínio Itabuna Trade Center, sala 202, bairro São Caetano, CEP: 45.607-291
Itapetinga	Praça da Concha Acústica, Bairro Camacã, (ao lado da Biblioteca Municipal), CEP: 45.700-000
Jacobina	Av. Paulo Souto, 144 – A, CEP: 44.700-000

Jequié	Rua Frederico Costa, 61 – Centro, CEP: 45.203-630
Juazeiro	Loteamento Juá Ville, Jd. Novo Encontro, CEP: 48.905-560
Lauro de Freitas	Av. Brigadeiro Mario Epighaus, 78, Ed. Business Center, sala 115, Bloco B, Condomínio Porto 3, Centro, CEP: 42.703-640
Luís Eduardo Magalhães	Rua Ângelo Bosa, 461, Lote 8B, Quadra 2, Loteamento Jardim Imperial, CEP: 47.8641-30
Paulo Afonso	Rua Carlos Berenhauer, 322, Térreo, Alves de Souza, CEP: 48.608-080
Poções	Rua Coronel Alberto Lopes, 117, Centro, CEP: 45.260-000
Porto Seguro	Av. dos Navegantes, 255, Centro Comercial Arvorí, sala 24, CEP: 45.810-000
Ribeira do Pombal	Av. Oliveira Brito, 310, Ed. Bruna Center, salas 09 e 10, Centro, CEP: 48.400-000
Santa Maria da Vitória	Rua 06 de outubro, 22, Centro, CEP: 47.640-000
Santo Antônio de Jesus	Av. Dois de Julho, 88, Ed. Cruzeiro do Sul, Sala 104, Ernesto Melo, Centro, CEP: 44.440-000
Seabra	Rua Jacob Guanaes, 565, Centro, CEP: 46.900-000
Serrinha	Shopping Serrinha – Rua Lauro Mota, s/n, Ginásio, CEP: 48.700-000.
Teixeira de Freitas	Av. Presidente Getúlio Vargas, 3421, Centro Edifício Esmeralda – salas 203, 204 e 205, CEP: 45.985-200
Valença	Rua Marquês de Herval, 76, Edifício Euro Center, 2º andar, sala 203, Centro, CEP: 45.400-000
Vitória da Conquista	Avenida Jardim Guanabara, 2000, Boa Vista, CEP: 45.026-145
Barra da Estiva	Av. Professora Solange Pires da Silva Rodrigues, nº 200, Bairro Alto da Barra, Barra da Estiva-BA. CEP: 46650-000

6. MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO

6.1. A execução do contrato deverá ocorrer em conformidade com as disposições da Lei nº 14.133/2021, do Decreto nº 11.246/2022, das normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e das cláusulas estabelecidas neste Termo de Referência e no contrato administrativo.

6.2. A gestão e fiscalização do contrato ficarão sob responsabilidade da unidade competente de Gestão de Pessoas do Crea-BA, à qual competirá acompanhar, controlar e avaliar a execução dos serviços contratados, bem como adotar as providências necessárias ao fiel cumprimento das obrigações contratuais.

6.3. A execução contratual será acompanhada e fiscalizada por gestor e fiscal do contrato formalmente designados pela contratante, observadas as atribuições previstas na Lei nº 14.133/2021 e no Decreto nº 11.246/2022.

6.4. Compete ao fiscal do contrato:

- I - acompanhar a execução dos serviços e verificar o cumprimento das condições contratuais;
- II - registrar em histórico próprio todas as ocorrências relacionadas à execução contratual;
- III - emitir notificações e solicitar correções de irregularidades identificadas;
- IV - informar ao gestor do contrato situações que ultrapassem sua competência;
- V - acompanhar os prazos de execução, vigência, renovação e encerramento contratual;
- VI - verificar a regularidade da documentação necessária à execução contratual.

6.5. Compete ao gestor do contrato:

- I - coordenar o acompanhamento da execução contratual;
- II - supervisionar as atividades desempenhadas pela fiscalização;
- III - promover a interlocução institucional com a contratada;
- IV - acompanhar indicadores de desempenho, utilização e sinistralidade do plano;
- V - avaliar a necessidade de adequações, reajustes e prorrogações contratuais;
- VI - adotar providências para eventual aplicação de penalidades;
- VII - emitir relatórios de avaliação da execução contratual.

6.6. A contratada deverá designar formalmente um preposto, com poderes para representá-la perante a contratante durante toda a execução do contrato, competindo-lhe acompanhar a prestação dos serviços, receber e atender às demandas administrativas e assistenciais, prestar esclarecimentos, solucionar ocorrências, promover a interlocução entre as partes e adotar as providências necessárias ao fiel cumprimento das obrigações contratuais.

6.7. O preposto deverá prestar atendimento presencial na sede do Crea-BA, no mínimo 03 (três) vezes por semana, em dias alternados, no horário das 08h00 às 17h00, conforme cronograma previamente acordado com a fiscalização do contrato, sem prejuízo da disponibilidade para atendimento remoto, por telefone, correio eletrônico ou outro canal eletrônico disponibilizado pela contratada, durante todos os dias úteis e no horário comercial.

6.8. Compete ao preposto, entre outras atribuições:

- I - atuar como interlocutor oficial entre a contratada e a contratante;
- II - acompanhar a execução contratual e promover a solução tempestiva das demandas apresentadas pela fiscalização;
- III - prestar suporte aos beneficiários quanto a inclusões, exclusões, alterações cadastrais, emissão de carteiras, autorizações, rede credenciada, reembolsos, coparticipação e demais questões relacionadas à utilização do plano;
- IV - prestar suporte à Contratante quanto à inclusão e exclusão de beneficiários, autorizações de exames, consultas, procedimentos e terapias, solicitações de reembolso, solicitação de 2ª vias de carteirinhas, acompanhamento de casos complexos, apoio aos empregados;

V - acompanhar a implantação do contrato e eventuais processos de migração ou transição operacional;

VI - participar das reuniões convocadas pela contratante, apresentando informações, esclarecimentos e propostas de melhoria da execução contratual;

VII - acompanhar indicadores de desempenho, níveis de serviço, reclamações dos beneficiários e planos de ação decorrentes de inconformidades identificadas;

VIII - manter comunicação permanente com o gestor e o fiscal do contrato, adotando as providências necessárias para prevenir ou corrigir falhas na execução dos serviços.

6.9. A ausência injustificada do preposto nos dias estabelecidos para atendimento presencial, o não comparecimento às reuniões previamente convocadas pela contratante ou o descumprimento reiterado das atribuições previstas neste Termo de Referência caracterizarão falha na execução contratual, sujeitando a contratada às medidas previstas no contrato, inclusive glosas, aplicação de sanções administrativas e demais penalidades cabíveis, observados o contraditório e a ampla defesa.

6.10. Justificativa da exigência do preposto

6.10.1. A exigência de atendimento presencial periódico justifica-se pela natureza continuada e pela complexidade da contratação, que envolve aproximadamente 517 (quinhentos e dezessete) beneficiários, demandando acompanhamento próximo das rotinas de gestão do plano de saúde, atendimento aos empregados, resolução célere de demandas assistenciais, apoio às atividades de fiscalização, acompanhamento de autorizações, questões cadastrais, faturamento, coparticipação, rede credenciada e demais ocorrências inerentes à execução contratual.

6.10.2. A definição de 03 (três) atendimentos presenciais semanais, em dias alternados, mostra-se suficiente e proporcional para assegurar suporte adequado à contratante e aos beneficiários, conciliando eficiência operacional, economicidade e ampla competitividade do certame, sem impor exigências desnecessárias às licitantes. Nos demais dias úteis, o atendimento remoto deverá permanecer disponível em tempo integral, garantindo a continuidade do suporte e a pronta resposta às demandas da contratante e dos beneficiários.

6.11. Indicadores mínimos de desempenho e dos níveis de serviço

6.11.1. A contratada deverá observar os níveis mínimos de serviço e desempenho estabelecidos neste Termo de Referência, visando assegurar a qualidade da assistência prestada, a continuidade dos serviços, a eficiência operacional e o adequado atendimento aos beneficiários.

6.11.2. Os indicadores de desempenho e níveis de serviço previstos neste item constituem instrumentos de acompanhamento e fiscalização da execução contratual, podendo ser utilizados pela contratante para fins de avaliação da qualidade dos serviços prestados, aplicação de glosas, retenções, notificações, planos de ação corretiva e demais medidas administrativas cabíveis, observados o contraditório e a ampla defesa.

6.11.3. A contratada deverá observar, no mínimo, os seguintes prazos operacionais:

Indicador	Prazo Máximo
Inclusão cadastral de beneficiários	até 02 (dois) dias úteis
Exclusão cadastral de beneficiários	até 02 (dois) dias úteis
Atualização cadastral	até 05 (cinco) dias úteis
Emissão de carteiras físicas	até 10 (dez) dias úteis
Disponibilização de carteira digital	até 48 (quarenta e oito) horas
Resposta às solicitações da fiscalização contratual	até 02 (dois) dias úteis
Resolução de demandas administrativas ordinárias	até 05 (cinco) dias úteis
Resolução de demandas críticas assistenciais	até 48 (quarenta e oito) horas
Retorno sobre solicitações de autorização eletiva	conforme prazos regulatórios da ANS
Reembolso de valores aos beneficiários	até 30 (trinta) dias corridos da solicitação
Atendimento presencial do preposto	3 vezes por semana, durante o horário administrativo da contratante
Disponibilização de relatório mensal gerencial	até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente

6.11.4. Consideram-se demandas críticas assistenciais aquelas relacionadas a:

I - negativas de cobertura;

II - internações hospitalares;

III - procedimentos cirúrgicos;

IV - terapias continuadas;

V - tratamentos oncológicos;

VI - atendimentos de urgência e emergência;

VII - situações que possam comprometer a continuidade assistencial do beneficiário.

6.11.5. Além dos indicadores operacionais mínimos, a contratada deverá manter padrões adequados de desempenho assistencial e qualidade da prestação dos serviços, observando, sempre que aplicável, os seguintes parâmetros de referência:

Indicador de Desempenho	Parâmetro de Referência
Manutenção da rede credenciada essencial	mínimo de 90%
Resolutividade das demandas administrativas	mínimo de 95%
Resposta às solicitações dentro dos prazos estabelecidos	mínimo de 95%
Índice de reclamações recorrentes	máximo de 5%
Continuidade da assistência aos beneficiários	sem interrupção injustificada
Disponibilidade do atendimento presencial do preposto	100% cumprimento dos dias de atendimento presencial programados.

Cumprimento dos prazos regulatórios da ANS	mínimo de 100%
--	----------------

6.11.6. A contratante poderá acompanhar os indicadores de desempenho mediante análise dos relatórios gerenciais, registros de atendimento, manifestações dos beneficiários, fiscalizações contratuais e demais mecanismos de controle da execução contratual.

6.11.7. O desempenho insuficiente, a reincidência de falhas operacionais ou o descumprimento reiterado dos níveis mínimos de serviço poderão ensejar aplicação de glosas, notificações, retenções, planos de ação corretiva, sanções administrativas e demais penalidades previstas contratualmente.

6.11.8. A contratada deverá adotar medidas corretivas imediatas sempre que identificados desvios relevantes de desempenho, falhas operacionais, descumprimento dos níveis mínimos de serviço ou risco de comprometimento da continuidade assistencial dos beneficiários.

6.11.9. A contratante poderá revisar, ajustar ou complementar os indicadores previstos neste item durante a execução contratual, mediante justificativa técnica e observância dos princípios da razoabilidade, proporcionalidade e eficiência administrativa, com o objetivo de aperfeiçoar a gestão e fiscalização dos serviços.

7. CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E PAGAMENTO

7.1. Os serviços serão medidos mensalmente, considerando o período compreendido entre o primeiro e o último dia de cada mês de competência, com base no quantitativo de beneficiários ativos, serviços efetivamente disponibilizados e valores de coparticipação apurados no período.

7.2. A contratada deverá encaminhar mensalmente à fiscalização do contrato, em meio eletrônico, relatório de medição acompanhado da documentação comprobatória necessária à validação dos serviços faturados, contendo, no mínimo:

- I - relação atualizada dos beneficiários ativos;
- II - movimentações cadastrais realizadas no período;
- III - relatório consolidado de coparticipação;
- IV - demonstrativo dos valores faturados;
- V - relatório de utilização dos serviços;
- VI - demonstrativo de sinistralidade mensal, quando solicitado;
- VII - demais informações necessárias à conferência da execução contratual.

7.3. O relatório de coparticipação deverá conter a discriminação individualizada dos beneficiários titulares e respectivos dependentes, indicando, no mínimo:

- I - data da utilização;
- II - tipo de atendimento realizado;
- III - prestador executante;
- IV - valor do procedimento;
- V - valor da coparticipação devida.

7.4. As informações relacionadas à utilização dos serviços deverão observar integralmente as disposições da Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD, vedada a exposição indevida de dados pessoais sensíveis dos beneficiários.

7.5. A contratada deverá encaminhar à fiscalização do contrato as planilhas de medição previamente à emissão da Nota Fiscal/Fatura, para conferência, validação e atesto da execução contratual.

7.6. Após a validação da medição pela fiscalização, a contratada deverá emitir a respectiva Nota Fiscal/Fatura referente à mensalidade e à coparticipação, preferencialmente com mesma data de vencimento.

7.7. A fiscalização do contrato terá o prazo de até 05 (cinco) dias úteis para análise, conferência e atesto da documentação apresentada, contados do recebimento da Nota Fiscal/Fatura devidamente instruída.

7.8. Os serviços poderão ser rejeitados, no todo ou em parte, quando executados em desacordo com as especificações deste Termo de Referência, da proposta apresentada ou das normas regulatórias aplicáveis, devendo a contratada promover a correção das inconsistências identificadas, sem ônus adicional para a contratante e sem prejuízo da aplicação de penalidades.

7.9. O objeto poderá ser recebido provisoriamente e definitivamente, nos termos da Lei nº 14.133/2021, observadas as condições estabelecidas neste Termo de Referência.

7.10. O recebimento provisório ou definitivo não exclui a responsabilidade civil, técnica, operacional, regulatória e ético-profissional da contratada pela adequada execução dos serviços.

7.11. A Nota Fiscal/Fatura deverá ser emitida após o atesto da medição mensal e deverá conter todas as informações necessárias à liquidação da despesa, inclusive:

- I - identificação da contratada;
- II - dados do contrato e da contratante;
- III - período de competência da cobrança;
- IV - valores discriminados da mensalidade e coparticipação;
- V - retenções tributárias aplicáveis;
- VI - dados bancários para pagamento.

7.12. A data de apresentação da Nota Fiscal/Fatura será devidamente registrada nos autos do processo administrativo pelo responsável pelo recebimento.

7.13. Para fins de liquidação da despesa, a Administração verificará a conformidade da Nota Fiscal/Fatura, bem como a

manutenção das condições de habilitação e regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária da contratada.

7.14. A Nota Fiscal/Fatura deverá ser acompanhada da comprovação de regularidade perante o SICAF e demais certidões exigidas pela legislação vigente, nos termos do art. 68 da Lei nº 14.133/2021.

7.15. Constatada irregularidade fiscal, trabalhista ou documental, a contratada será formalmente notificada para regularização no prazo de até 05 (cinco) dias úteis, podendo o prazo ser prorrogado, mediante justificativa aceita pela Administração.

7.16. Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal/Fatura, inconsistência na medição ou qualquer circunstância que impeça a liquidação da despesa, o pagamento ficará sobrestado até a regularização da pendência, reiniciando-se os prazos após a reapresentação regular da documentação, sem ônus para a contratante.

7.17. O pagamento será realizado mediante ordem bancária em conta indicada pela contratada ou por boleto bancário com código de barras, após a regular liquidação da despesa e atesto da execução contratual.

7.18. O prazo para pagamento será de até 10 (dez) dias úteis contados da liquidação da despesa e do atesto da Nota Fiscal/Fatura, nos termos da Instrução Normativa SEGES/ME nº 77/2022.

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

7.20. Quando do pagamento, serão efetuadas as retenções tributárias previstas na legislação vigente.

7.21. A contratada optante pelo Simples Nacional deverá apresentar documentação comprobatória da condição tributária favorecida, nos termos da legislação aplicável, para fins de afastamento das retenções tributárias cabíveis.

7.22. A contratante poderá realizar glosas, retenções ou compensações financeiras relativas a cobranças indevidas, serviços executados em desconformidade contratual ou inconsistências identificadas na medição, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

7.23. A contratada deverá disponibilizar anualmente relatório consolidado das despesas assistenciais e da utilização do plano por grupo de beneficiários, observadas as disposições da LGPD e o sigilo das informações sensíveis.

7.24. Nos casos de atraso de pagamento por responsabilidade exclusiva da contratante, desde que a contratada não tenha concorrido para o atraso, poderão incidir atualização financeira e encargos moratórios na forma da legislação vigente e das cláusulas contratuais.

7.25. O pagamento efetuado pela contratante não exime a contratada de suas responsabilidades contratuais, legais, regulatórias ou administrativas relacionadas à adequada prestação dos serviços.

8. GLOSAS, RETENÇÕES E MEDIDAS DECORRENTES DO DESCUMPRIMENTO CONTRATUAL

8.1. A execução dos serviços será aferida mensalmente pela fiscalização do contrato, com base nos quantitativos de beneficiários, nos serviços efetivamente disponibilizados, nos indicadores de desempenho, nos níveis mínimos de serviço, nas obrigações contratuais e nos demais critérios estabelecidos neste Termo de Referência.

8.2. Verificado o descumprimento total ou parcial das obrigações contratuais, a Contratante poderá, mediante apuração e justificativa da fiscalização, promover o redimensionamento dos valores devidos, aplicar glosas ou retenções proporcionais, determinar a correção da irregularidade, exigir plano de ação corretiva, determinar o ressarcimento de prejuízos e, quando caracterizada infração contratual, aplicar as sanções administrativas cabíveis, observados o contraditório e a ampla defesa, quando exigidos.

8.3. Quando a obrigação descumprida possuir valor individualizável, a glosa corresponderá ao valor da parcela não executada ou executada em desconformidade, observado o critério de medição estabelecido neste Termo de Referência.

8.4. Quando a obrigação descumprida não possuir valor individualizável, a glosa será calculada sobre o valor mensal fixo da contratação, correspondente às mensalidades dos beneficiários ativos no período de competência, excluídos os valores relativos à coparticipação, mediante aplicação dos percentuais definidos na Tabela de Indicadores e Consequências constante deste Termo de Referência.

8.5. Para fins de cálculo das glosas decorrentes de serviços ou obrigações não individualizáveis, será utilizada a seguinte fórmula:

$$\text{Glosa} = \text{Valor Mensal Fixo da Contratação} \times \text{Percentual de Glosa}$$

8.6. O percentual de glosa será definido de acordo com a faixa de desempenho apurada no mês de competência, conforme os indicadores, metas e faixas de consequência estabelecidos na tabela a seguir.

Matriz de indicadores e consequências			
Indicador	Meta mínima	Faixa de desempenho	Consequência financeira
Manutenção da rede credenciada essencial	≥ 90%	90% ou mais	Sem glosa
		85% a 89,99%	Glosa de 3%
		80% a 84,99%	Glosa de 5%
		Abaixo de 80%	Glosa de 10% + plano de ação corretiva
Resolutividade das demandas administrativas	≥ 95%	95% ou mais	Sem glosa
		90% a 94,99%	Glosa de 1%
		85% a 89,99%	Glosa de 2%
		Abaixo de 85%	Glosa de 3% + plano de ação corretiva
		95% ou mais	Sem glosa

Respostas às solicitações dentro dos prazos estabelecidos		Matriz de Indicadores e consequências	
Indicador	Meta mínima	Faixa de desempenho	Consequência financeira
		90% a 94,99%	Glosa de 1%
		85% a 89,99%	Glosa de 2%
		Abaixo de 85%	Glosa de 3% + plano de ação corretiva
Índice de reclamações recorrentes	≤ 5%	Até 5%	Sem glosa
		> 5% até 7,5%	Glosa de 1%
		> 7,5% até 10%	Glosa de 2%
		Acima de 10%	Glosa de 3% + plano de ação corretiva
Disponibilidade presencial do preposto	100% dos dias úteis previstos	100%	Sem glosa
		90% a 99,99%	Glosa de 1%
		80% a 89,99%	Glosa de 2%
		Abaixo de 80%	Glosa de 3% + plano de ação corretiva
Cumprimento dos prazos regulatórios da ANS	100%	100%	Sem glosa
		95% a 99,99%	Glosa de 2%
		90% a 94,99%	Glosa de 4% + plano de ação corretiva
		Abaixo de 90%	Glosa de 6% + plano de ação corretiva

8.7. Continuidade assistencial e ocorrências de maior gravidade

8.7.1. O indicador de continuidade da assistência aos beneficiários será considerado atendido quando não houver interrupção injustificada da assistência contratada.

8.7.2. A ocorrência de interrupção injustificada de serviço essencial, negativa indevida de cobertura, atraso injustificado que comprometa o atendimento, indisponibilidade injustificada de prestador essencial ou outra ocorrência que possa resultar em prejuízo assistencial será objeto de apuração específica, não ficando limitada às consequências financeiras previstas para os indicadores ordinários.

8.7.3. Constatada ocorrência dessa natureza, a Contratada deverá adotar imediatamente as medidas necessárias à regularização da assistência e apresentar, quando determinado pela fiscalização, plano de ação corretiva contendo a causa da ocorrência, as medidas adotadas e as providências destinadas a evitar sua repetição.

8.7.4. Conforme a gravidade, duração, extensão, impacto sobre os beneficiários e eventual reincidência, a ocorrência poderá ensejar glosa, ressarcimento de prejuízos, aplicação de sanções administrativas e demais medidas previstas no contrato e na legislação.

8.8. Regras para aplicação das glosas

8.8.1. Os percentuais de glosa previstos na Tabela de Indicadores e Consequências serão aplicados exclusivamente sobre o Valor Mensal Fixo da Contratação, referente às mensalidades dos beneficiários ativos no respectivo período de competência.

8.8.2. As glosas decorrentes de diferentes indicadores poderão ser aplicadas cumulativamente quando decorrerem de fatos distintos e devidamente comprovados.

8.8.3. Quando uma mesma ocorrência impactar simultaneamente mais de um indicador, será aplicada uma única glosa, correspondente ao maior percentual aplicável, vedada a dupla penalização pelo mesmo fato.

8.8.4. O valor total das glosas decorrentes dos indicadores de desempenho ficará limitado a 10% (dez por cento) do Valor Mensal Fixo da Contratação em cada período de competência, sem prejuízo:

- I - da glosa integral de valores indevidamente faturados ou de obrigações individualizáveis não executadas;
- II - do ressarcimento de prejuízos comprovadamente causados pela Contratada;
- III - da adoção de medidas corretivas;
- IV - da aplicação das sanções administrativas cabíveis, observados os requisitos legais.

8.8.5. A limitação prevista no item anterior não implicará redução ou limitação do dever da Contratada de assegurar a continuidade da assistência aos beneficiários, corrigir as falhas identificadas ou ressarcir prejuízos decorrentes de sua atuação.

8.9. Apuração e aplicação

8.9.1. A apuração dos indicadores será realizada mensalmente pela fiscalização, com base nos relatórios fornecidos pela Contratada, registros de atendimento, sistemas de acompanhamento, manifestações dos beneficiários, registros de ocorrências, informações da rede credenciada e demais evidências disponíveis.

8.9.2. Antes da aplicação da glosa, a Contratada será cientificada da ocorrência e poderá apresentar justificativas e documentos comprobatórios no prazo estabelecido pela fiscalização.

8.9.3. Não serão consideradas, para fins de glosa, ocorrências decorrentes de fatos comprovadamente atribuíveis à Contratante, aos beneficiários, a terceiros ou a situações de força maior ou caso fortuito, desde que devidamente demonstradas e aceitas pela fiscalização.

8.9.4. A aplicação de glosa não afasta a obrigação da Contratada de corrigir a irregularidade e cumprir integralmente as

obrigações contratuais.

8.9.5. A aplicação de glosa, redimensionamento ou retenção não impede a adoção concomitante das sanções administrativas cabíveis, desde que a medida aplicada tenha fundamento em conduta ou obrigação distinta ou possua natureza juridicamente compatível, observados o contraditório e a ampla defesa.

9. FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR E REGIME DE EXECUÇÃO

9.1. Forma de seleção e critério de julgamento da proposta

9.1.1. A contratação será realizada por meio de procedimento licitatório, na modalidade pregão eletrônico, nos termos da Lei nº 14.133/2021, considerando tratar-se de serviço comum de natureza continuada, amplamente ofertado no mercado de saúde suplementar e passível de definição objetiva por meio das especificações usuais de mercado e das condições estabelecidas neste Termo de Referência.

9.1.2. O critério de julgamento das propostas será o de menor preço global, observados os requisitos técnicos, assistenciais e operacionais previstos neste Termo de Referência, visando à seleção da proposta mais vantajosa para a Administração.

9.1.3. A adoção do critério de menor preço global justifica-se pela necessidade de manutenção da integralidade da gestão assistencial, da padronização operacional e da centralização da execução contratual em uma única operadora, assegurando maior eficiência administrativa, uniformidade dos serviços prestados aos beneficiários, melhor controle da execução contratual e adequada gestão da sinistralidade e dos indicadores assistenciais.

9.1.4. As propostas deverão ser apresentadas considerando o quantitativo estimado de beneficiários e respectivas faixas etárias constantes neste Termo de Referência, devendo os valores ofertados contemplar todos os custos diretos e indiretos necessários à plena execução contratual, inclusive despesas assistenciais, administrativas, operacionais, tributos, encargos, atendimento presencial, disponibilização de preposto, sistemas de atendimento, emissão de carteiras, rede credenciada e demais despesas correlatas.

9.1.5. Não serão admitidas propostas com valores inexecutáveis, incompatíveis com os preços praticados no mercado de saúde suplementar ou que comprometam a adequada execução dos serviços, podendo a Administração realizar diligências e solicitar documentos complementares para comprovação da exequibilidade da proposta, nos termos da legislação vigente.

9.1.6. A análise das propostas observará, além do critério de preço, a conformidade com as especificações técnicas, assistenciais, operacionais e de rede credenciada estabelecidas neste Termo de Referência, sendo desclassificadas as propostas que não atenderem às exigências mínimas previstas para execução do objeto.

9.2. Exigências de habilitação

9.2.1. Para fins de habilitação, deverá o licitante comprovar os seguintes requisitos:

9.2.1.1. Habilitação jurídica

I - Entidade sem fins lucrativos/filantrópica - operadora de plano de saúde autorizada pela ANS - Será admitida a participação de Entidade sem fins lucrativos/filantrópica apresentar ato constitutivo ou estatuto devidamente registrado no órgão competente, acompanhado dos documentos comprobatórios de sua administração, bem como comprovação de registro ativo e autorização de funcionamento perante a ANS, compatíveis com o objeto da contratação.

II - Sociedade empresária estrangeira: portaria de autorização de funcionamento no Brasil, publicada no Diário Oficial da União e arquivada na Junta Comercial da unidade federativa onde se localizar a filial, agência, sucursal ou estabelecimento, a qual será considerada como sua sede, conforme Instrução Normativa DREI/ME n.º 77, de 18 de março de 2020;

III - Sociedade simples: inscrição do ato constitutivo no Registro Civil de Pessoas Jurídicas do local de sua sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores;

IV - Sociedade Cooperativa Médica - Será admitida a participação de sociedades cooperativas médicas, desde que regularmente constituídas, cujo objeto social seja compatível com a contratação e que estejam devidamente registradas e autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para operar planos privados de assistência à saúde, atendidos os demais requisitos de habilitação e execução previstos no edital. Apresentar Ata de fundação, Ata da assembleia que aprovou o estatuto, Registro dos atos na Junta Comercial ou RCPJ competente, Ata de eleição da administração atual, com mandato vigente, Certificado/registo da cooperativa na OCB ou entidade estadual, se houver, Declaração de atendimento ao art. 16 da Lei nº 14.133/2021, Registro ativo da operadora na ANS, Autorização de funcionamento da ANS, Registro da sede da operadora no CRM e do responsável técnico e Registro ativo do produto ofertado na ANS. Não se aplicam às cooperativas de assistência à saúde abrangidas pela legislação de saúde suplementar as exigências específicas destinadas às cooperativas de trabalho regidas pela Lei nº 12.690/2012, considerando a exclusão expressamente prevista no art. 1º, parágrafo único, inciso I, daquela Lei

9.2.1.1.8. A licitante deverá estar regularmente constituída e autorizada a exercer atividade compatível com a operação de planos privados de assistência à saúde, nos termos da Lei nº 9.656/1998 e da regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

9.2.1.2. Habilitação fiscal, social e trabalhista

I - Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas ou no Cadastro de Pessoas Físicas, conforme o caso;

II - Prova de regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional, mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados, inclusive aqueles relativos à Seguridade Social, nos termos da Portaria Conjunta nº 1.751, de 02 de outubro de 2014, do Secretário da Receita Federal do Brasil e da Procuradora-Geral da Fazenda Nacional;

III - Prova de regularidade com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS);

IV - Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de

certidão negativa ou positiva com efeito de negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943;

V - Prova de inscrição no cadastro de contribuintes Estadual/Distrital ou Municipal relativo ao domicílio ou sede do fornecedor, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;

VI - Prova de regularidade com a Fazenda Estadual/Distrital ou Municipal do domicílio ou sede do fornecedor, relativa à atividade em cujo exercício contrata ou concorre;

9.2.1.2.1. Caso o fornecedor seja considerado isento dos tributos Estadual/Distrital ou Municipal relacionados ao objeto contratual, deverá comprovar tal condição mediante a apresentação de declaração da Fazenda respectiva do seu domicílio ou sede, ou outra equivalente, na forma da lei.

9.2.1.2.9. O fornecedor enquadrado como microempreendedor individual que pretenda auferir os benefícios do tratamento diferenciado previstos na Lei Complementar n. 123, de 2006, estará dispensado da prova de inscrição nos cadastros de contribuintes estadual e municipal.

9.3. Qualificação Econômico-Financeira

9.3.1. Certidão negativa de insolvência civil expedida pelo distribuidor do domicílio ou sede do licitante, caso se trate de pessoa física, desde que admitida a sua participação na licitação (art. 5º, inciso II, alínea “c”, da Instrução Normativa Seges/ME nº 116, de 2021), ou de sociedade simples;

9.3.2. Certidão negativa de falência expedida pelo distribuidor da sede do fornecedor - Lei nº 14.133, de 2021, art. 69, caput, inciso II);

9.3.3. Apresentar:

9.3.3.1. Balanço patrimonial e demonstrações de resultado do exercício (DRE) registrados dos 02 (dois) últimos exercícios sociais, e devidamente assinados pelo Contador e do titular ou representante legal da Entidade podendo ser assinados digitalmente, fundamentado no § 2º do art. 1.184 da Lei nº 10.406/02; § 4º do art. 177 da lei nº 6.404/76; alínea a, do art. 10, da ITG 2000 (R1);

9.3.3.2. Apresentar as notas explicativas:

9.3.3.2.1 Devidamente assinados pelo Contador e do titular ou representante legal da Entidade podendo ser assinados digitalmente, fundamentado no § 2º do art. 1.184 da Lei nº 10.406/02; § 4º do art. 177 da lei nº 6.404/76; alínea a, do art. 10, da ITG 2000 (R1);

9.3.3.3. As empresas criadas no exercício financeiro da licitação deverão atender a todas as exigências da habilitação e poderão substituir os demonstrativos contábeis pelo balanço de abertura (Lei nº 14.133, de 2021, art. 65, §1º); e

9.3.3.3.1 Os documentos referidos acima limitar-se-ão ao último exercício no caso de a pessoa jurídica ter sido constituída há menos de 2 (dois) anos.

9.3.3.4. Os documentos referidos acima deverão ser exigidos com base no limite definido pela Receita Federal do Brasil para transmissão da Escrituração Contábil Digital - ECD ao Sped.

9.3.3.5. Comprovação da boa situação financeira da empresa mediante obtenção de índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC), superiores a 1 (um), obtidos pela aplicação das seguintes fórmulas:

LG =	<u>Ativo Circulante + Realizável a Longo Prazo</u>
	Passivo Circulante + Passivo Não Circulante

SG =	<u>Ativo Total</u>
	Passivo Circulante + Passivo Não Circulante

LC =	<u>Ativo Circulante</u>
	Passivo Circulante

9.3.3.5.1 As empresas, cadastradas ou não no SICAF, que apresentarem resultado inferior ou igual a 1(um) em qualquer dos índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC), deverão comprovar patrimônio líquido de 10% (dez por cento) do valor estimado da contratação.

9.3.3.6. O atendimento dos índices econômicos previstos no item 9.3.3.5 deverá ser atestado mediante declaração assinada por profissional habilitado da área contábil, apresentada pelo fornecedor.

9.4. Qualificação Técnica

9.5. A licitante deverá comprovar que se encontra regularmente registrada perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e que possui autorização de funcionamento para operar planos privados de assistência à saúde, em situação compatível com o objeto desta contratação.

9.6. A comprovação das condições previstas no item anterior poderá ser realizada mediante documentação expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS ou por consulta da Administração às bases e sistemas oficiais disponibilizados pela Agência.

9.7. A licitante deverá comprovar aptidão para a execução do objeto mediante apresentação de atestado(s) de capacidade técnico-operacional, emitido(s) por pessoa jurídica de direito público ou privado, que demonstre(m) experiência anterior na operação de planos privados de assistência à saúde coletivos, com características e complexidade operacional compatíveis ou superiores às do objeto desta contratação.

9.8. Para fins de comprovação da capacidade técnico-operacional, serão consideradas de maior relevância para a execução do objeto as atividades relacionadas à gestão de beneficiários, à disponibilização e ao gerenciamento de rede assistencial e à execução da cobertura médico-hospitalar contratada, por constituírem o núcleo essencial dos serviços a serem prestados.

9.9. Os atestados deverão demonstrar experiência na execução de serviços que envolvam as atividades indicadas no item anterior, não sendo exigida identidade integral entre as características do contrato anteriormente executado e o objeto desta licitação, desde que demonstrada a compatibilidade da experiência com a natureza e a complexidade da contratação.

9.10. A licitante deverá comprovar, ainda, experiência anterior, igual ou superior a 3 (três) anos, na operação de planos privados de assistência à saúde coletivos.

9.11. A exigência de experiência mínima de 3 (três) anos mostra-se necessária em razão da natureza continuada e essencial dos serviços contratados e da complexidade envolvida na operação de planos coletivos de assistência à saúde, que demanda experiência na gestão de beneficiários, manutenção de rede assistencial, regulação e autorização de procedimentos e atendimento às obrigações decorrentes da regulamentação da saúde suplementar. O prazo estabelecido busca reduzir os riscos relacionados à contratação de empresa sem histórico suficiente de atuação no segmento, sem impor período excessivo que possa restringir indevidamente a competitividade.

9.12. Além da comprovação do período mínimo de experiência, os atestados deverão demonstrar a execução dos serviços para quantitativo mínimo correspondente a 50% (cinquenta por cento) da massa estimada de beneficiários desta contratação, equivalente a 259 (duzentos e cinquenta e nove) beneficiários.

9.13. O quantitativo mínimo de 259 (duzentos e cinquenta e nove) beneficiários corresponde a 50% (cinquenta por cento) da massa estimada de 517 (quinhentos e dezessete) beneficiários e foi estabelecido de forma proporcional à dimensão da carteira a ser administrada, buscando demonstrar que a licitante possui experiência operacional compatível com o porte da contratação, sem exigir experiência correspondente à totalidade dos beneficiários estimados.

9.14. Será admitido o somatório de atestados para fins de comprovação da capacidade técnico-operacional, inclusive quando os serviços tiverem sido executados de forma concomitante, desde que possuam características compatíveis com o objeto e permitam a aferição do período mínimo de experiência e do quantitativo de beneficiários exigido.

9.15. Os atestados de capacidade técnico-operacional poderão ser apresentados em nome da matriz ou de filial da licitante, desde que pertencentes à mesma pessoa jurídica e contenham elementos suficientes para identificação da experiência anterior e aferição de sua compatibilidade com o objeto da contratação.

9.16. Havendo dúvida quanto à titularidade, autenticidade, conteúdo ou pertinência do atestado apresentado, a Administração poderá promover diligência para esclarecimento ou complementação das informações, observados os limites estabelecidos no art. 64 da Lei nº 14.133/2021.

9.17. A Administração poderá realizar diligências para verificação da autenticidade e legitimidade das informações apresentadas, podendo solicitar, a qualquer tempo:

- I - cópia de contratos relacionados aos atestados apresentados;
- II - documentos complementares comprobatórios;
- III - informações sobre a execução dos serviços;
- IV - contatos e endereços das contratantes emitentes dos atestados; e
- V - demais elementos necessários à validação da capacidade técnica.

9.18. A comprovação da rede assistencial vinculada ao produto ofertado não constituirá requisito autônomo de experiência técnico-operacional, devendo sua adequação às exigências deste Termo de Referência ser aferida na análise da conformidade da proposta, mediante apresentação, pela licitante provisoriamente vencedora, da relação atualizada dos prestadores vinculados ao produto ofertado, na forma e com as informações estabelecidas neste Termo de Referência.

9.19. A relação apresentada deverá permitir à Administração verificar objetivamente o atendimento aos requisitos de abrangência territorial e aos quantitativos mínimos de rede hospitalar, laboratorial, ambulatorial, de diagnóstico e de urgência e emergência estabelecidos neste Termo de Referência.

9.20. A comprovação da rede assistencial poderá ser realizada por meio de relação emitida ou declarada pela operadora, consulta aos sistemas oficiais da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS ou outro documento idôneo que demonstre a vinculação dos prestadores ao produto ofertado, admitida a realização de diligência para esclarecimento das informações apresentadas.

9.21. As exigências de qualificação técnica previstas neste item foram estabelecidas considerando a natureza continuada e a complexidade operacional do objeto, especialmente a necessidade de gestão de carteira de beneficiários, manutenção e gerenciamento de rede assistencial e execução da cobertura médico-hospitalar. O período mínimo de experiência e o quantitativo exigido foram definidos de forma proporcional às características da contratação, buscando assegurar capacidade operacional compatível com o objeto sem impor exigências superiores às necessárias à sua adequada execução.

9.22. A licitante deverá apresentar comprovação de que possui Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS, divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, igual ou superior a 0,6510, considerando a avaliação mais recente disponível.

9.23. A exigência de IDSS igual ou superior a 0,6510 justifica-se pela necessidade de estabelecer parâmetro objetivo de desempenho da operadora, considerando a natureza continuada e essencial dos serviços de assistência à saúde e os riscos associados à qualidade, à regularidade e à continuidade do atendimento aos beneficiários. O requisito deverá ser comprovado mediante o resultado do ciclo de avaliação mais recente do IDSS oficialmente divulgado pela ANS, relativo à operadora participante da contratação.

9.24. A adoção do parâmetro considera, ainda, a necessidade de compatibilizar o nível de desempenho pretendido com a preservação da competitividade, conforme análise de mercado realizada no planejamento da contratação, e não substitui a verificação dos demais requisitos de habilitação e das condições de execução contratual.

9.25. A licitante deverá comprovar:

- I - autorização de funcionamento expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- II - regularidade cadastral perante a ANS;
- III - registro ativo do plano ofertado junto à ANS; e
- IV - abrangência compatível com as exigências deste Termo de Referência.

9.26. O produto ofertado pela licitante deverá possuir registro ativo perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e ser compatível com as especificações estabelecidas neste Termo de Referência.

9.27. Para fins de análise da conformidade do produto ofertado, deverão ser comprovadas, no mínimo, as seguintes características:

- I - registro ativo do produto perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- II - contratação na modalidade coletivo empresarial;
- III - segmentação assistencial compatível com as coberturas exigidas neste Termo de Referência, inclusive cobertura ambulatorial e hospitalar com obstetrícia;
- IV - padrão de acomodação compatível com o plano básico definido neste Termo de Referência;
- V - área de abrangência geográfica compatível com as condições estabelecidas neste Termo de Referência; e
- VI - demais características regulatórias necessárias ao atendimento integral das especificações da contratação.

9.28. A comprovação das características do produto ofertado será realizada na fase de análise da proposta, mediante consulta às bases e sistemas oficiais da ANS e/ou apresentação, pela licitante provisoriamente vencedora, da documentação pertinente.

10. PROTEÇÃO DE DADOS

10.1. A contratada, por si, seus empregados, prepostos, representantes, credenciados, prestadores de serviços e quaisquer terceiros vinculados à execução contratual, obriga-se a atuar em conformidade com a legislação vigente sobre proteção de dados pessoais, especialmente a Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), bem como demais normas regulatórias, orientações da Autoridade Nacional de Proteção de Dados – ANPD e demais disposições legais aplicáveis ao tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis.

10.2. A contratada deverá adotar todas as medidas técnicas, administrativas e organizacionais necessárias à proteção dos dados pessoais tratados em razão da execução contratual, garantindo sua confidencialidade, integridade, disponibilidade e segurança, prevenindo acessos não autorizados, vazamentos, perda, destruição, compartilhamento indevido ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito.

10.3. O tratamento de dados pessoais deverá ocorrer exclusivamente para execução das atividades relacionadas ao objeto contratual, sendo vedada a utilização das informações para finalidades diversas, comerciais ou incompatíveis com a execução do contrato.

10.4. Considerando a natureza do objeto contratado, a contratada reconhece que poderá realizar tratamento de dados pessoais sensíveis relacionados à saúde dos beneficiários, comprometendo-se a observar rigorosamente os princípios, bases legais e requisitos de segurança previstos na LGPD e na regulamentação aplicável ao setor de saúde suplementar.

10.5. A contratada deverá restringir o acesso aos dados pessoais apenas aos profissionais estritamente necessários à execução dos serviços, assegurando que todos os envolvidos estejam submetidos a dever de confidencialidade e obrigação formal de sigilo.

10.6. Na hipótese de incidente de segurança da informação, vazamento, acesso indevido ou qualquer ocorrência que possa acarretar risco ou dano relevante aos titulares dos dados, a contratada deverá comunicar formalmente a contratante em prazo não superior a 24 (vinte e quatro) horas contadas da ciência do fato, informando, no mínimo:

- I - a natureza dos dados afetados;
- II - os titulares envolvidos;
- III - as medidas técnicas e de segurança utilizadas para proteção dos dados;
- IV - os riscos relacionados ao incidente;
- V - as medidas adotadas para mitigação dos impactos e prevenção de novas ocorrências.

10.7. A contratada deverá cooperar integralmente com a contratante, com a Autoridade Nacional de Proteção de Dados – ANPD e demais órgãos competentes em eventual investigação, apuração ou adoção de medidas relacionadas à proteção de dados pessoais decorrentes da execução contratual.

10.8. A contratada responderá integralmente pelos danos, prejuízos, sanções, penalidades e demais consequências decorrentes do tratamento inadequado de dados pessoais, inclusive quando causados por seus empregados, prepostos, credenciados ou terceiros vinculados à execução do contrato.

10.9. Encerrada a vigência contratual, a contratada deverá promover, conforme orientação da contratante e observadas as hipóteses legais de guarda obrigatória, a eliminação, anonimização ou devolução dos dados pessoais tratados em razão do contrato, vedada sua retenção indevida ou utilização posterior para finalidade diversa da originalmente autorizada.

10.10. O disposto neste item permanecerá aplicável mesmo após o encerramento da vigência contratual, enquanto houver tratamento, armazenamento ou qualquer forma de acesso a dados pessoais obtidos em razão da execução do contrato.

11. POLÍTICA ANTICORRUPÇÃO

11.1. A CONTRATADA se obriga a notificar a CONTRATANTE, imediatamente, por escrito, a respeito de qualquer suspeita ou violação das legislações vigentes, bem como em casos em que obtiver ciência acerca de qualquer prática de suborno ou corrupção, nos termos da Lei nº 12.846/2013.

12. ESTIMATIVAS DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

12.1. O valor estimado da contratação, consideradas as características, condições e especificações estabelecidas neste Termo de Referência, é de **R\$ 380.460,28 (trezentos e oitenta mil, quatrocentos e sessenta reais e vinte e oito centavos)** mensais, perfazendo o montante estimado de **R\$ 4.565.523,36 (quatro milhões, quinhentos e sessenta e cinco mil, quinhentos e vinte e três reais e trinta e seis centavos)** para os primeiros 12 (doze) meses de vigência contratual.

12.2. Após o primeiro período de 12 (doze) meses, os valores contratuais poderão ser reajustados, observadas as condições, os critérios e os índices estabelecidos neste Termo de Referência, no respectivo instrumento contratual e na legislação aplicável.

13. ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

13.1. As despesas decorrentes da presente contratação correrão à conta de recursos específicos consignados na Conta Orçamentária nº **6.2.2.1.1.01.04.09.002** - Plano de Saúde, vinculada ao Centro de Custo nº **36.03.03.02** – Coordenação de Gestão de Pessoas.

14. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

14.1. Executar os serviços contratados em conformidade com as disposições deste Termo de Referência, do contrato administrativo, da proposta apresentada e da legislação aplicável à saúde suplementar, especialmente as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

14.2. Comunicar imediatamente à contratante qualquer fato, ocorrência ou situação que possa comprometer, dificultar ou interromper a execução dos serviços, inclusive eventos que possam impactar o atendimento aos beneficiários, a regularidade contratual ou a manutenção da rede credenciada.

14.3. Prestar à contratante todos os esclarecimentos, informações e documentos necessários ao acompanhamento e fiscalização da execução contratual, atendendo com presteza às solicitações formuladas pela gestão e fiscalização do contrato.

14.4. Manter, durante toda a vigência contratual, todas as condições de habilitação, qualificação técnica, regularidade fiscal, trabalhista e autorização de funcionamento exigidas na licitação e pela legislação aplicável.

14.5. Disponibilizar rede credenciada compatível com as exigências estabelecidas neste Termo de Referência, garantindo a continuidade e qualidade da assistência prestada aos beneficiários.

14.6. Informar previamente à contratante qualquer alteração relevante na rede credenciada, especialmente descredenciamento de hospitais, clínicas, laboratórios ou serviços de urgência e emergência, assegurando a manutenção da equivalência assistencial, nos termos das normas da ANS.

14.7. Disponibilizar atendimento adequado aos beneficiários, inclusive por meio de canais presenciais, eletrônicos e telefônicos, observados os padrões mínimos de qualidade e os prazos regulatórios estabelecidos pela ANS.

14.7.1. A contratada deverá disponibilizar estrutura adequada de atendimento aos beneficiários, contemplando:

- I - atendimento telefônico;
- II - portal eletrônico;
- III - aplicativo móvel;
- IV - emissão de carteiras digitais;
- V - emissão de segunda via;
- VI - canais de autorização;
- VII - acompanhamento de solicitações.

14.8. Disponibilizar preposto presencial na sede do Crea-BA três vezes por semana, em dias alternados, das 08h às 17h, bem como atendimento remoto durante todos os dias úteis.

14.9. A contratada deverá observar integralmente a Lei nº 13.709/2018 (LGPD), adotando medidas técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais e dados pessoais sensíveis dos beneficiários, especialmente informações relacionadas à saúde.

14.10. Responsabilizar-se integralmente pela execução dos serviços contratados, inclusive pelos atos praticados por seus empregados, prepostos, credenciados, terceiros vinculados, prestadores integrantes da rede credenciada, referenciada ou conveniada, não podendo transferir à contratante qualquer responsabilidade decorrente da execução contratual.

14.11. Assumir integral responsabilidade técnica, operacional, administrativa, trabalhista, previdenciária, tributária, cível e criminal decorrente da execução contratual.

14.12. Responsabilizar-se por todos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais, securitários, tributários e demais despesas incidentes sobre a execução do contrato, inclusive aquelas relacionadas a pessoal, deslocamentos, equipamentos, sistemas, materiais, infraestrutura, atendimento presencial e demais custos necessários à plena execução dos serviços.

14.13. Responsabilizar-se pelos danos causados à contratante, aos beneficiários ou a terceiros, decorrentes de ação ou omissão na execução dos serviços, inclusive por falhas operacionais, negativas indevidas de atendimento, descumprimento regulatório, negligência, imperícia ou imprudência, sem prejuízo das demais sanções legais e contratuais cabíveis.

14.14. Assumir a defesa administrativa e judicial e responder pelos ônus decorrentes de reclamações, ações judiciais, demandas administrativas, penalidades e demais medidas relacionadas à execução contratual ou aos serviços prestados pela operadora.

14.15. Solucionar, sem ônus adicional para a contratante, todas as intercorrências, falhas, inconsistências ou problemas relacionados à execução dos serviços, ainda que a solução demande medidas não inicialmente previstas, desde que necessárias à adequada prestação da assistência aos beneficiários.

14.16. Disponibilizar à contratante os relatórios gerenciais, operacionais, assistenciais e de sinistralidade previstos neste Termo de Referência, observados os requisitos de confidencialidade e proteção de dados.

14.17. Sempre que solicitado pelo CREA-BA, a contratada deverá disponibilizar documentos e informações necessários à

comprovação das condições de habilitação, regularidade regulatória e manutenção da capacidade operacional durante toda a vigência contratual.

14.18. A contratada deverá fornecer documentos e informações necessários às auditorias, inspeções e fiscalizações promovidas pelo CREA-BA ou órgãos de controle.

14.19. Observar integralmente os prazos máximos de atendimento estabelecidos pela ANS, bem como as condições de cobertura obrigatória previstas na legislação vigente.

14.20. Garantir a continuidade da assistência aos beneficiários durante toda a vigência contratual, vedada a interrupção injustificada dos serviços.

14.21. Adotar todas as medidas necessárias à prevenção de acidentes, incidentes e riscos relacionados às atividades executadas por seus empregados, prepostos e representantes nas dependências da contratante, responsabilizando-se integralmente por quaisquer ocorrências dessa natureza.

14.22. Cumprir todas as normas federais, estaduais e municipais aplicáveis à execução do objeto contratual, responsabilizando-se pelos prejuízos decorrentes de eventual descumprimento.

15. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

15.1. São obrigações do Contratante:

15.1.1. Remunerar a CONTRATADA em conformidade com o quanto estabelecido no Termo de Referência.

15.1.2. Disponibilizar todas as informações e contatos necessários para execução do serviço.

15.1.3. Supervisionar e avaliar todas as ações que forem desenvolvidas pela CONTRATADA.

15.1.4. Notificar a CONTRATADA, formal e tempestivamente, sobre as irregularidades observadas no cumprimento do objeto.

15.1.5. Proceder a mais ampla fiscalização sobre a fiel entrega e execução do objeto, sem prejuízos da responsabilidade da CONTRATADA.

15.1.6. Avaliar a qualidade da execução do objeto, podendo rejeitá-los no todo ou em parte.

15.1.7. Exigir o cumprimento de todos os itens da contratação, segundo suas especificações.

15.1.8. A contratante poderá glosar total ou parcialmente valores relativos a serviços executados em desacordo com o contrato, garantidos o contraditório e a ampla defesa.

15.1.9. Atestar as notas/faturas e efetuar os pagamentos à CONTRATADA.

16. REAJUSTE DOS VALORES CONTRATUAIS

16.1. O valor mensal do contrato será reajustado anualmente, observado o interregno mínimo de 12 (doze) meses, contado da data-limite para apresentação das propostas, nos termos da legislação aplicável.

16.2. O Percentual de Reajuste Proposto (R) será calculado anualmente mediante a comparação entre o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, acumulado no período de referência, e o resultado da aplicação do Fator de Reajuste (Fator R) sobre o IPCA acumulado no mesmo período, prevalecendo, para fins de reajuste, o maior dos dois resultados.

16.3. Para fins deste Termo de Referência, o Fator R corresponde ao índice de equivalência da sinistralidade contratual e será calculado pela divisão do índice de sinistralidade apurado no período de referência pelo percentual de referência de 75% (setenta e cinco por cento), conforme a seguinte fórmula:

16.4. **Fator R = Índice de Sinistralidade Apurado ÷ 75%**

16.5. O índice de sinistralidade será calculado pela relação percentual entre as despesas assistenciais efetivamente pagas pela operadora e as receitas diretas do plano decorrentes das contraprestações do contrato, apuradas no mesmo período de referência, conforme a seguinte fórmula:

16.6. **Sinistralidade (%) = (Despesas Assistenciais Pagas ÷ Receitas Diretas do Plano) × 100**

16.7. O Percentual de Reajuste Proposto (R) a ser aplicado ao valor mensal do contrato corresponderá ao maior percentual entre:

I - o IPCA acumulado no período de referência; ou

II - o resultado da aplicação do Fator R sobre o IPCA acumulado no mesmo período.

16.8. Assim, quando a sinistralidade apurada for igual ou inferior a 75% (setenta e cinco por cento), o Fator R será igual ou inferior a 1 (um), hipótese em que o Percentual de Reajuste Proposto (R) ficará limitado à variação acumulada do IPCA.

16.9. Quando a sinistralidade apurada for superior a 75% (setenta e cinco por cento), o Fator R será superior a 1 (um), podendo resultar em reajuste superior à variação acumulada do IPCA, observado o resultado da fórmula estabelecida neste Termo de Referência.

16.10. A aplicação do Fator R constitui mecanismo objetivo de modulação do reajuste anual, considerando o comportamento da sinistralidade da carteira vinculada ao contrato, não tendo por finalidade recompor integralmente a diferença entre a sinistralidade apurada e o percentual de referência de 75% (setenta e cinco por cento), tampouco garantir que a sinistralidade retorne a esse percentual.

16.11. Para fins exclusivamente ilustrativos, considerando-se determinado IPCA acumulado no período, a aplicação do Fator R produzirá os seguintes resultados:

Situação hipotética	Sinistralidade	Fator R	Percentual de Reajuste Proposto
Sinistralidade abaixo do limite	70%	0,9333	IPCA
No limite de referência	75%	1,0000	IPCA
Acima do limite	80%	1,0667	Maior entre IPCA e Fator R × IPCA
Acima do limite	90%	1,2000	Maior entre IPCA e Fator R × IPCA

17. DA APURAÇÃO DA SINISTRALIDADE

17.1. Para fins de aplicação do Fator R, o índice de sinistralidade será apurado exclusivamente sobre a carteira de beneficiários vinculada ao contrato, considerando-se a relação entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano correspondentes ao mesmo período de apuração.

17.2. A apuração será realizada com base nos valores acumulados em período de 12 (doze) meses consecutivos anteriores contado da data-limite para apresentação das propostas, nos termos da legislação aplicável.

17.3. Para fins deste Termo de Referência, consideram-se:

I - receitas diretas do plano: as receitas decorrentes das contraprestações relativas aos beneficiários vinculados ao contrato, apropriadas ao período de competência, independentemente da data do efetivo recebimento;

II - despesas assistenciais: os valores relativos aos serviços e procedimentos de assistência à saúde prestados aos beneficiários vinculados ao contrato, apropriados ao período de competência, observados os critérios de reconhecimento aplicáveis ao setor de saúde suplementar;

III - carteira do contrato: exclusivamente os beneficiários vinculados ao contrato do Crea-BA, não sendo admitida a inclusão de receitas, despesas, sinistros ou quaisquer outros valores relativos a outras carteiras ou contratos da operadora.

17.4. A sinistralidade será calculada pela seguinte fórmula:

$$I - \text{Sinistralidade (\%)} = \text{Despesas Assistenciais} \div \text{Receitas Diretas do Plano} \times 100$$

17.5. Para fins de apuração da sinistralidade, as despesas assistenciais deverão ser consideradas pelo seu valor líquido, após a aplicação de glosas, estornos ou ajustes definitivamente reconhecidos no período de apuração.

17.6. As receitas diretas do plano deverão igualmente ser consideradas pelo seu valor líquido, após a exclusão de estornos, cancelamentos ou outros ajustes definitivamente reconhecidos no período de competência.

17.7. A coparticipação paga pelos beneficiários, quando houver, será tratada de forma uniforme na apuração, não podendo ser simultaneamente considerada como redução das despesas assistenciais e como receita direta do plano.

17.8. O ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656/1998, não será considerado receita direta do plano para fins de apuração da sinistralidade, por não constituir contraprestação decorrente do contrato celebrado com o Crea-BA.

17.9. Não serão consideradas, na apuração da sinistralidade, despesas de natureza administrativa, comercial, tributária, financeira, operacional ou quaisquer outras que não constituam despesas assistenciais diretamente relacionadas aos beneficiários vinculados ao contrato.

17.10. Valores decorrentes de demandas judiciais somente serão considerados na apuração quando estiverem relacionados a despesas assistenciais efetivamente atribuíveis aos beneficiários do contrato e reconhecidos de forma definitiva, não sendo admitida a inclusão de provisões, contingências ou valores cuja obrigação ainda não esteja definida.

17.11. A contratada deverá apresentar, anualmente, memória de cálculo detalhada da sinistralidade, contendo, no mínimo:

I - identificação do período de apuração;

II - quantidade de beneficiários considerados;

III - demonstrativo das receitas diretas do plano utilizadas no cálculo;

IV - demonstrativo das despesas assistenciais consideradas;

V - identificação dos ajustes realizados em razão de glosas, estornos, cancelamentos ou outros eventos que alterem os valores inicialmente registrados;

VI - tratamento conferido às coparticipações;

VII - valores relativos ao ressarcimento ao SUS eventualmente considerados ou excluídos da apuração, com a respectiva justificativa;

VIII - demais documentos necessários à conferência e validação dos valores utilizados no cálculo.

17.12. A contratante poderá solicitar documentos e informações complementares necessários à conferência dos dados apresentados, inclusive relatórios analíticos de utilização, demonstrativos contábeis e assistenciais e documentos que permitam verificar a correspondência entre os valores considerados e a carteira de beneficiários vinculada ao contrato.

17.13. A apuração da sinistralidade deverá observar critérios uniformes ao longo da vigência contratual, vedada a alteração da metodologia com o objetivo de aumentar ou reduzir artificialmente o índice apurado.

18. ALTERAÇÃO SUBJETIVA

18.1. A fusão, cisão ou incorporação da contratada poderá ser admitida, nos termos do art. 124 da Lei nº 14.133/2021, desde que:

I - sejam mantidas as condições de habilitação;

II - não haja prejuízo à execução contratual;

III - haja anuência expressa da Administração.



Documento assinado eletronicamente por **Luzia Noeli de Jesus dos Santos, Supervisor(a)**, em 16/10/2026, às 16:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 4º, § 3º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://confea.sei.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1721034** e o código CRC **EAB7CA10**.