

ATENÇÃO: Manual do fornecedor disponível em <https://compras.mg.gov.br/aceso-a-informacoes/manuais/fornecedor/>

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

PREGÃO ELETRÔNICO

PROCESSO NO PORTAL DE COMPRAS: 1011014 211/2025

EDITAL

A Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais – **ALMG** –, conforme autorização expedida pela Mesa da Assembleia, torna pública a abertura da licitação na modalidade PREGÃO ELETRÔNICO, tipo MENOR PREÇO, tendo por finalidade selecionar a proposta mais vantajosa para contratação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar, exames complementares e serviços auxiliares de diagnósticos e terapias, por meio de plano privado, na modalidade de contratação coletiva empresarial.

Esta licitação será regida pelas Leis Federais nºs 14.133, de 2021; 9.656, de 1998; 9.961, de 2000; Lei Complementar nº 123, de 2006; Leis Estaduais nºs 13.994, de 2001, 14.167, de 2002, e 20.826, de 2013; Decreto Estadual nº 48.723, de 2023, Deliberação da Mesa nº 2.821, de 2023, normas regulamentares expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS – e pelo Conselho de Saúde Suplementar – CONSU.

Sessão pública: 14 horas do dia 3/2/2026, HORÁRIO DE BRASÍLIA - DF

Endereço eletrônico: Portal de Compras do Estado de Minas Gerais - www.compras.mg.gov.br

Valor estimado da contratação: sigiloso

Critério de julgamento: menor preço global

Modo de disputa: aberto

Impugnações e esclarecimentos: até as 23h59min do dia 29/1/2026

1 - DO OBJETO

1.1 - LOTE ÚNICO: contratação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar, exames complementares e serviços auxiliares de diagnósticos e terapias, por meio de plano privado, na modalidade de contratação coletiva empresarial, conforme condições, quantidades e exigências estabelecidas neste instrumento, de acordo com as especificações abaixo:

1.1.1 - Plano de abrangência estadual: contratação de pessoa jurídica de direito privado que opere plano de assistência à saúde aos beneficiários da **CONTRATANTE**, na modalidade de contratação coletiva empresarial, com coparticipação em consultas médicas, custo *per capita* (faixa etária única) para os usuários e seus dependentes e agregados, devidamente registrada e

ativa na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - (Lei nº 9.656, de 1998, art. 1º, I e II) para prestação de serviços de assistência médica, hospitalar com obstetrícia e ambulatorial, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias, internações clínicas, cirúrgicas, obstétricas, dependência química e psiquiátricas, internações em Unidade de Terapia Intensiva/Centro de Terapia Intensiva adulto, infantil e neonatal, cobertura farmacêutica na internação, utilização de leitos especiais, além de cobertura assistencial limitada, no mínimo, ao rol de procedimentos da ANS e suas atualizações, inclusive com cobertura para remoção aérea aos beneficiários regularmente inscritos no plano de assistência à saúde da **CONTRATANTE**, conforme condições e exigências estabelecidas neste instrumento, para atendimento em caráter eletivo, urgência e emergência, destinado aos usuários indicados pela **CONTRATANTE**, com cobertura assistencial em todo o Estado de Minas Gerais e, em casos de urgência e emergência, em todo o território nacional, por meio de rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada, ou mediante reembolso, por meio de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outras instituições e profissionais.

1.1.2 - Plano de abrangência nacional: contratação de pessoa jurídica de direito privado que opere plano de assistência à saúde aos beneficiários da **CONTRATANTE**, na modalidade de contratação coletiva empresarial, com coparticipação em consultas médicas, custo *per capita* (faixa etária única) para os usuários e seus dependentes e agregados, devidamente registrada e ativa na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - (Lei nº 9.656, de 1998, art. 1º, I e II) para prestação de serviços de assistência médica, hospitalar com obstetrícia e ambulatorial, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias, internações clínicas, cirúrgicas, obstétricas, dependência química e psiquiátricas, internações em Unidade de Terapia Intensiva/Centro de Terapia Intensiva adulto, infantil e neonatal, cobertura farmacêutica na internação, utilização de leitos especiais, além de cobertura assistencial limitada, no mínimo, ao rol de procedimentos da ANS e suas atualizações, inclusive com cobertura para remoção aérea aos beneficiários regularmente inscritos no plano de assistência à saúde da **CONTRATANTE**, conforme condições e exigências estabelecidas neste instrumento, para atendimento em caráter eletivo, urgência e emergência, destinado aos usuários indicados pela **CONTRATANTE** residentes fora do Estado de Minas Gerais, com cobertura assistencial em todo o território nacional, por meio de rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada, ou mediante reembolso, por meio de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outras instituições e profissionais.

1.2 - Regime de concessão e forma de viabilização: plano na modalidade de pós pagamento, aqui entendido que a primeira mensalidade será paga a partir de 30 (trinta) dias após o início da vigência do contrato.

1.3 - O plano será viabilizado por meio de acesso a profissionais e à rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada da **CONTRATADA.**

1.3.1 - Entende-se por rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada todos os profissionais, hospitais, maternidades, clínicas e serviços complementares colocados à disposição dos beneficiários pela **CONTRATADA** como aptos a prestarem integralmente os serviços contratados.

1.4 - Para atendimento aos beneficiários atualmente vinculados ao plano de saúde contratado pela **CONTRATANTE, bem como para aqueles que porventura vierem a se vincular, será necessária a contratação, em tese, de 2 (dois) modelos de planos de assistência médica à saúde que atendam às seguintes características básicas e comum a todos:**

- a) acomodação individual em apartamento padrão;**
- b) coparticipação em consulta eletiva e de pronto atendimento;**
- c) transporte aeromédico para todos os beneficiários, sem custo adicional;**

d) garantia de que o beneficiário tenha acesso direto à rede credenciada, sendo vedada a utilização de sistema de porta de entrada ou triagem obrigatória pela operadora (vedado exigir o atendimento inicial obrigatório na rede própria para a liberação do acesso à rede credenciada).

1.4.1 - Os 2 (dois) modelos de plano se distinguem em razão da abrangência geográfica de cada um, sendo:

a) Plano Estadual: atendimento eletivo em todo o Estado de Minas Gerais e, para urgência e emergência, em todo território nacional;

b) Plano Nacional: abrangência em todo o território nacional para atendimentos eletivos, urgências e emergências;

b.1) somente poderão aderir ao plano de abrangência nacional os beneficiários residentes fora do Estado de Minas Gerais.

2 - DA PARTICIPAÇÃO

2.1 - Poderão participar desta licitação os interessados especializados no ramo que desempenhem suas atividades de forma regular, desde que satisfaçam às exigências deste edital e sejam previamente cadastrados no Cadastro Geral de Fornecedoros – CAGEF –, do Sistema Integrado de Administração de Materiais e Serviços – SIAD –, no Portal de Compras, www.compras.mg.gov.br, nos termos do Decreto Estadual nº 47.524, de 2018, e alterações.

2.2 - Não poderão participar desta licitação:

a) aquele que incidir no estipulado no art. 14 da Lei nº 14.133, de 2021;

b) pessoa física ou jurídica incluída no Cadastro de Fornecedoros Impedidos de Licitar e Contratar com a Administração Pública Estadual (Lei Estadual nº 13.994, de 2001);

c) aquele que mantiver vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com dirigente do órgão ou entidade contratante ou com agente público que desempenhe função na licitação ou atue na fiscalização ou na gestão do contrato, ou que deles seja cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau;

d) aquele que incorrer em outros impedimentos previstos em lei;

e) pessoas jurídicas reunidas em consórcio.

2.3 - Não poderá participar, direta ou indiretamente, da licitação ou da execução do contrato agente público do órgão ou entidade contratante, devendo ser observadas as situações que possam configurar conflito de interesses no exercício ou após o exercício do cargo ou emprego, nos termos da legislação que disciplina a matéria, conforme § 1º do art. 9º da Lei nº 14.133, de 2021.

2.4 - A participação no pregão será por meio da digitação da senha relativa à pregoante e subsequente encaminhamento de proposta de preço nas datas e horários previstos neste edital, exclusivamente por meio do sistema eletrônico.

3 - DO CADASTRO DE FORNECEDORES E DO USO DO PORTAL DE COMPRAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS

3.1 - Para acesso ao sistema eletrônico, os fornecedores deverão efetuar o cadastro pelo *site* www.compras.mg.gov.br, opção “CADASTRO DE FORNECEDORES”.

3.1.1 - O gerenciamento do CADASTRO DE FORNECEDORES é realizado exclusivamente pela Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão – SEPLAG –, não cabendo à Assembleia

Legislativa do Estado de Minas Gerais solucionar eventuais problemas a ele relacionados.

3.1.2 - As providências necessárias para a realização do cadastramento no CAGEF, em tempo hábil a possibilitar a participação nesta licitação, são de inteira responsabilidade dos interessados.

3.2 - O credenciamento do representante dar-se-á pela atribuição de chave de identificação e de senha, pessoal e intransferível, cujo uso é de responsabilidade exclusiva da pregoante, incluindo qualquer transação efetuada, não cabendo à Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais a responsabilidade por eventuais danos decorrentes de uso indevido da senha, ainda que por terceiros. O credenciamento junto ao sistema eletrônico implica a responsabilidade legal da pregoante e de seu representante legal pelos atos praticados e a presunção de capacidade técnica para realização das transações inerentes ao pregão eletrônico.

3.2.1 - A chave de identificação e a senha poderão ser utilizadas em qualquer pregão eletrônico, salvo quando canceladas por solicitação do credenciado ou por iniciativa da Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão, ou em virtude de sua inabilitação.

3.3 - As informações complementares sobre o cadastro poderão ser obtidas junto à Central de Atendimento aos Fornecedores, pelo e-mail cadastro.fornecedores@planejamento.mg.gov.br ou pelo preenchimento de formulário na seção Fale Conosco do sítio eletrônico www.compras.mg.gov.br.

3.4 - A pregoante será responsável por todas as transações que forem efetuadas em seu nome no sistema eletrônico, assumindo como firmes e verdadeiras suas propostas e lances.

3.5 - Caberá à pregoante acompanhar todas as operações no sistema eletrônico durante a sessão pública do pregão, ficando responsável pelo ônus decorrente da perda de negócios diante da inobservância de quaisquer mensagens emitidas pelo sistema ou de sua desconexão.

4 - DA APRESENTAÇÃO DAS PROPOSTAS PELO SISTEMA ELETRÔNICO

4.1 - Os fornecedores interessados em participar do pregão eletrônico deverão remeter, exclusivamente por meio do Portal de Compras, a proposta de preços, até a data e o horário estabelecidos para abertura da sessão pública.

4.2 - A pregoante declarará em campo próprio do sistema, sem prejuízo da exigência de outras declarações previstas em legislação específica e na Lei Federal nº 14.133, de 2021, o cumprimento dos requisitos para habilitação e a conformidade de sua proposta com as exigências do edital de licitação.

4.2.1 - A falsidade das declarações mencionadas no subitem 4.2 sujeitará a pregoante às sanções dispostas no art. 156 da Lei Federal nº 14.133, de 2021, sem prejuízo de outras penalidades aplicáveis.

4.3 - Ao oferecer sua proposta no sistema eletrônico, a pregoante deverá preencher os campos referentes aos valores unitários dos itens, valores totais dos itens e valor total da proposta para o lote.

4.3.1 - Todos os preços ofertados deverão ser apresentados em moeda nacional, sendo que o valor total da proposta para o lote deverá conter apenas duas casas decimais, sendo consideradas apenas as duas primeiras, caso a proposta seja apresentada com 3 (três) ou mais.

4.3.2 - O preço total proposto para o lote deverá ser o valor obtido no preenchimento do Anexo III – Proposta de Preços.

4.3.2.1 - Para fins de preenchimento da proposta no Portal de Compras, os campos "valor unitário" e "valor total do item" deverão ser preenchidos com o mesmo valor, que será igual ao VALOR GLOBAL ANUAL PARA FINS DE DISPUTA constante do Anexo III - Proposta de Preços.

4.3.2.2 - Para fins de elaboração da proposta comercial, são apresentados os dados relativos à estimativa de beneficiários por município (conforme consta do ANEXO VII) e à estimativa de beneficiários por faixa etária (conforme consta do ANEXO VI).

4.3.2.3 - Na proposta de preços, conforme ANEXO III, será atribuído valor mensal *per capita* por usuário do plano, com faixa etária única, sendo que, para fins de julgamento da proposta, a pregoante deve preencher corretamente o anexo, no qual será considerado o preço global ANUAL.

4.3.2.4 - A pregoante deverá estabelecer valor da mensalidade diferenciado para os beneficiários previstos na alínea "a" do subitem 9.7.1.1.3, desde que não ultrapasse três vezes o valor da mensalidade *per capita* dos demais beneficiários, conforme ANEXO III.

4.3.3 - Em benefício da disputa e da obtenção da proposta mais vantajosa para a Administração, o orçamento deste processo possui caráter sigiloso, nos termos do art. 24 da Lei nº 14.133/2021 e do art. 21 da Deliberação da Mesa nº 2.803/2022.

4.4 - As propostas não poderão impor condições ou conter opções, somente sendo admitidas propostas que ofertem apenas um preço para cada item do objeto desta licitação.

4.5 - Nos preços cotados na proposta deverão estar incluídos todos os tributos, seguro e quaisquer outros ônus que porventura possam recair sobre o objeto do procedimento licitatório, os quais deverão ser os praticados na data da abertura da proposta e ficarão a cargo única e exclusivamente da **CONTRATADA**.

4.6 - Os preços ofertados, tanto na proposta inicial, quanto na etapa de lances, serão de exclusiva responsabilidade da pregoante, não lhe assistindo o direito de pleitear qualquer alteração, sob alegação de erro, omissão ou qualquer outro pretexto.

4.7 - A apresentação das propostas implica obrigatoriedade do cumprimento das disposições nelas contidas, em conformidade com o que dispõe o instrumento, assumindo o proponente o compromisso de executar o objeto licitado nos seus termos, bem como de fornecer os materiais, equipamentos, ferramentas e utensílios necessários, em quantidades e qualidades adequadas à perfeita execução contratual, promovendo, quando requerido, sua substituição.

4.7.1 - A apresentação da proposta pela pregoante significa o pleno conhecimento e sua integral concordância com as disposições deste instrumento.

4.8 - O prazo de validade da proposta de preços não poderá ser inferior a 60 (sessenta) dias consecutivos, contados da data marcada para abertura das propostas.

4.9 - A pregoante poderá rever as condições de sua proposta, retirando-a ou substituindo-a, até a data e o horário estabelecidos para abertura da sessão pública.

4.10 - Não haverá ordem de classificação na etapa de apresentação da proposta pela pregoante, o que ocorrerá somente após os procedimentos de abertura da sessão pública e da etapa de lances.

4.11 - A pregoante deverá comunicar imediatamente ao provedor do sistema qualquer acontecimento que possa comprometer o sigilo ou a segurança, para imediato bloqueio de acesso.

5 - DA ABERTURA DA SESSÃO PÚBLICA E DA ETAPA DE LANCES

5.1 - No dia e horário previstos neste edital, será aberta a sessão pública do pregão eletrônico.

5.2 - Aberta a etapa competitiva, as pregoantes poderão encaminhar lances exclusivamente por meio do sistema eletrônico, sendo a pregoante imediatamente informada do seu recebimento e respectivos horário de registro e valor.

5.3 - As pregoantes poderão oferecer lances sucessivos, observado o horário fixado e as regras de aceitação destes.

5.4 - A pregoante somente poderá oferecer lance de valor inferior ou com maior percentual de desconto em relação ao último lance por ela ofertado e registrado pelo sistema, observado, quando houver, o intervalo mínimo de diferença de valores ou de percentuais entre os lances, que incidirá tanto em relação aos lances intermediários quanto em relação ao lance que cobrir a melhor oferta.

5.4.1 - O intervalo mínimo de diferença de valores ou percentuais entre os lances, que incidirá tanto em relação aos lances intermediários quanto em relação à proposta que cobrir a melhor oferta, deverá ser R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

5.5 - Não serão aceitos lances iguais e prevalecerá aquele que for recebido e registrado primeiro no sistema.

5.6 - Durante o transcurso da sessão pública, as pregoantes serão informadas, em tempo real, do valor do menor lance registrado que tenha sido apresentado pelas demais pregoantes, sendo vedada a identificação do detentor do lance.

5.7 - Caso a pregoante não realize lances, será considerado o valor da proposta eletrônica apresentada para efeito da classificação final.

5.8 - Será adotado para o envio de lances no pregão eletrônico o modo de disputa “aberto”, em que as pregoantes apresentarão lances públicos e sucessivos, com prorrogações.

5.9 - A etapa de envio de lances da sessão pública terá duração de 10 (dez) minutos e será prorrogada automaticamente pelo sistema quando houver lance ofertado nos últimos 2 (dois) minutos do período de duração da fase competitiva.

5.9.1 - Encerrada a etapa de envio de lances sem prorrogação automática pelo sistema, nos termos do disposto no caput, o(a) pregoeiro(a) poderá, mediante justificativa, admitir o reinício da etapa de envio de lances.

5.9.2 - A prorrogação automática da etapa de envio de lances será de 2 (dois) minutos e ocorrerá sucessivamente sempre que houver lances durante a prorrogação, inclusive quando se tratar de lances intermediários.

5.9.3 - Na hipótese de não haver novos lances que ensejem a prorrogação automática ou durante o período de prorrogação, a etapa competitiva será encerrada automaticamente, e o sistema ordenará e divulgará os lances conforme a ordem final de classificação.

5.9.4 - Após a definição da melhor proposta, se a diferença em relação à proposta classificada em segundo lugar for de pelo menos 5% (cinco por cento), o(a) pregoeiro(a) poderá admitir o reinício da disputa aberta para a definição das demais colocações.

5.9.5 - Após o reinício previsto no item supra, as pregoantes serão convocadas a apresentar lances intermediários, podendo optar por não ofertar nenhum lance no sistema.

5.9.6 - Encerrada a etapa de envio de lances, o sistema ordenará e divulgará os lances conforme a ordem final de classificação.

5.10 - Na hipótese de desconexão do(a) pregoeiro(a) no decorrer da etapa de envio de lances e o sistema eletrônico permanecer acessível às pregoantes, os lances continuarão sendo recebidos, sem prejuízo dos atos realizados.

5.10.1 - Quando a desconexão persistir por tempo superior a 10 (dez) minutos, a sessão do pregão será suspensa, após a finalização do envio de lances, e reiniciada somente decorridas 24 (vinte e quatro) horas após a comunicação do fato aos participantes no sítio eletrônico utilizado para divulgação.

5.11 - Não havendo expediente na **ALMG** ou ocorrendo qualquer fato superveniente que impeça a realização do certame na data marcada, a sessão será automaticamente transferida

para o primeiro dia útil subsequente, no mesmo horário anteriormente estabelecido, desde que não haja comunicação do(a) pregoeiro(a) de data diversa.

5.12 - Só poderá haver empate entre propostas iguais (não seguidas de lances).

5.12.1 - Havendo eventual empate entre propostas ou lances, o critério de desempate será aquele previsto no art. 60 da Lei nº 14.133, de 2021.

5.12.2 - Persistindo o empate, a proposta vencedora será sorteada pelo sistema eletrônico dentre as propostas ou os lances empatados.

5.13 - Após o encerramento da etapa de lances da sessão pública e aplicado o critério de desempate, o(a) pregoeiro(a) encaminhará contraproposta diretamente à pregoante que tenha apresentado o lance mais vantajoso, observado o critério de julgamento e o valor estimado para a contratação.

5.13.1 - Encerrada a negociação, o(a) pregoeiro(a) examinará a conformidade da proposta classificada em primeiro lugar, quanto à adequação ao objeto e à compatibilidade do preço em relação ao estipulado para a contratação, observado, no que couber, o art. 59 da Lei Federal nº 14.133, de 2021.

5.13.2 - Caso não haja lances, a pregoante vencedora será aquela que houver ofertado a melhor proposta inicial, desde que o valor proposto esteja dentro do estimado para a contratação.

5.14 - Caso a pregoante detentora da melhor proposta venha a ser desclassificada ou inabilitada, o(a) pregoeiro(a) examinará as ofertas subsequentes e a qualificação das pregoantes na ordem de classificação, e assim sucessivamente, até a apuração de uma que atenda ao edital, sendo a respectiva pregoante declarada vencedora.

5.15 - Da sessão, o(a) pregoeiro(a) gerará ata circunstanciada, na qual estarão registrados todos os atos do procedimento e as ocorrências relevantes. A ata estará disponível para consulta no *site* www.compras.mg.gov.br.

6 - DA APRESENTAÇÃO E DO JULGAMENTO DA PROPOSTA DE PREÇOS AJUSTADA

6.1 - O(a) pregoeiro(a) efetuará o julgamento das propostas pelo critério MENOR PREÇO GLOBAL.

6.1.1 - O preço, para efeito de julgamento, será obtido por meio do preenchimento do Anexo III – Proposta de Preços.

6.1.2 - A proposta somente será aceita se os valores ofertados para cada item do lote estiverem dentro do preço de referência unitário estimado no processo.

6.2 - Sob pena de desclassificação e incidência das sanções legais cabíveis, o detentor da melhor oferta deverá enviar, no prazo de 2 (duas) horas, contadas da convocação pelo sistema, o qual poderá ser motivadamente prorrogado pelo(a) pregoeiro(a), arquivo de proposta ajustada ao valor de seu último lance, conforme modelo do Anexo III - Proposta de Preços, via sistema, por meio de *link* existente na convocação, não sendo considerados documentos enviados por meio diverso.

6.2.1 - O efetivo envio da documentação no prazo previsto no subitem 6.2 é de exclusiva responsabilidade da pregoante.

6.2.2 - O detalhamento da Proposta de Preços, modelo constante do Anexo III deste edital, deverá conter o nome empresarial, CNPJ, endereço com CEP, e-mail e telefone. A proposta deverá ser redigida com clareza, sem emendas, rasuras, borrões não ressaltados, acréscimos ou entrelinhas, datada e assinada pelo representante legal da pregoante, procurador ou pelo representante credenciado no Portal de Compras, e conter expressamente as informações exigidas no respectivo anexo e o preço proposto conforme subitem 4.3 deste edital.

6.2.2.1 - O endereço de e-mail constante da proposta deverá ser obrigatoriamente aquele utilizado para cadastramento do(s) representante(s) legal(is) da pregoante na hipótese de ser a adjudicatária, como usuário externo no Sistema Eletrônico de Informação – SEI-ALMG.

6.3 - A pregoante deverá apresentar, junto à proposta de preços mencionada no subitem 6.2:

a) Declaração de Responsabilidades para Participação em Pregão Eletrônico, na forma do Anexo V;

b) registro válido, provisório ou definitivo, de seus produtos junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

b.1) para fins de verificação do registro do produto junto à ANS, deverá haver prévia inscrição dos estabelecimentos hospitalares vinculados à pregoante na ANS, conforme estabelece o inciso V do “caput” do art. 8º, o inciso II do “caput” do art. 9º e o inciso VIII do § 3º do art. 19 da Lei nº 9.656, de 1998, bem como o art. 5º da Instrução Normativa nº 11, de 7 de junho de 2005;

b.2) todos os produtos ofertados devem ser executados conforme registrados na ANS;

c) declaração de que a pregoante tem ciência e atende todos os requisitos da contratação previstos neste documento, inclusive quanto à capacidade de atendimento aqui exigida, nos termos do ANEXO IX – Declaração de Ciência dos Requisitos da Contratação e Capacidade de Atendimento;

d) listagem da rede de atendimento, nos termos do ANEXO X – Comprovação da Rede de Atendimento –, a qual deverá estar regularmente constituída e vigente na data de apresentação da proposta;

d.1) caso haja dúvidas sobre a capacidade de atendimento da rede credenciada, um representante da ALMG, acompanhado de um representante da pregoante, poderá realizar visita técnica em hospitais credenciados para conferir, *in loco*, a capacidade de atendimento de leitos apartamentos, CTI, especialidades atendidas, e documentação do credenciado, como Alvará Sanitário, entre outros;

e) quando se tratar de subcontratação do serviço de remoção aeromédica, instrumento contratual válido com a empresa subcontratada.

e.1) Para fins de comprovação do vínculo entre a licitante e a empresa subcontratada, poderá ser apresentada, alternativamente, declaração, emitida pela própria empresa responsável pela remoção aeromédica, contendo, no mínimo:

e.1.1) razão social, CNPJ, endereço completo e telefone do emitente, ou outro meio idôneo que possibilite à ALMG manter contato com o declarante;

e.1.2) número, vigência e objeto do contrato a que se refere a declaração;

e.1.3) declaração expressa de que os requisitos do Edital são integralmente atendidos;

e.1.4) local e data de emissão do documento;

e.1.5) nome, cargo, telefone, e-mail e assinatura do responsável pela emissão e pela veracidade das informações prestadas.

e.2) A apresentação da documentação prevista neste subitem não exime a licitante da responsabilidade integral e solidária pela execução do serviço subcontratado, permanecendo responsável perante a Administração Pública, os beneficiários e os órgãos reguladores, conforme disposto na Lei nº 14.133/2021.

f) Caso a licitante declare a utilização de rede integrada para atendimentos realizados fora da Região Metropolitana de Belo Horizonte – RMBH –, deverá comprovar o vínculo da referida rede, em operação contínua, integrada e funcional.

f.1) Para fins de comprovação do vínculo da rede integrada, deverão ser apresentados, no mínimo, um dos seguintes documentos:

f.1.1) contratos firmados com os prestadores de serviços de saúde integrantes da rede integrada, contendo objeto, vigência, responsabilidades assistenciais, fluxos de autorização e faturamento, e cláusulas de responsabilidade solidária ou integral da operadora;

f.1.2) comprovação da existência de sistemas de gestão, regulação, auditoria e faturamento integrados ou interoperáveis, capazes de demonstrar controle assistencial unificado, rastreabilidade dos atendimentos e governança operacional conjunta.

6.3.1 - O arquivo correspondente ao Anexo V também deverá ser enviado exclusivamente pelo Portal de Compras.

6.4 - Será desclassificada a proposta elaborada em desacordo com os termos deste edital, inclusive quanto a não apresentação da Declaração de Responsabilidades para Participação em Pregão Eletrônico; que se oponha a qualquer dispositivo legal vigente; que contiver vícios insanáveis; que não obedecer às especificações técnicas pormenorizadas no edital; que apresentar preços inexequíveis ou permanecer acima do orçamento estimado para a contratação; que não tiver sua exequibilidade demonstrada, quando exigido pela Administração; que apresentar desconformidade com quaisquer outras exigências do edital, desde que insanável.

7 - DA HABILITAÇÃO

7.1 - A habilitação da pregoante será aferida por intermédio de documentos relativos à habilitação jurídica, à regularidade fiscal, social e trabalhista, à qualificação técnica e à qualificação econômico-financeira.

7.1.1 - A **habilitação jurídica** será comprovada por:

a) registro comercial, no caso de empresário individual;

b) ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, com a última alteração, se houver, registrado, e, no caso de associação ou sociedade por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;

c) decreto de autorização, em se tratando de sociedade empresária ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e prova de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir;

d) em caso de cooperativas, deverá ser apresentado o registro na Organização das Cooperativas Brasileiras – OCB – ou registro na entidade estadual, se houver.

7.1.2 - A regularidade fiscal, social e trabalhista será atestada por:

a) certificado de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

b) certidão de regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS;

c) certidão de regularidade com a Fazenda Federal e com o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS;

d) certidão de regularidade com a Fazenda Estadual;

e) certidão de regularidade trabalhista;

f) inscrição no cadastro de contribuintes estadual e/ou municipal, se houver, relativo ao domicílio ou sede da pregoante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;

g) certidão de regularidade com a Fazenda Municipal.

7.1.2.1 - Os documentos referidos nos subitens 7.1.1 e 7.1.2 poderão ser substituídos ou

supridos, no todo ou em parte, por outros meios hábeis a comprovar a regularidade da pregoante, inclusive por meio eletrônico.

7.1.2.2 - A regularidade perante o FGTS, a Fazenda Federal e o INSS, sempre que disponível, será aferida nos *sites* respectivos.

7.1.2.3 - A prova de regularidade com a Fazenda Federal e a Previdência Social deverá ser feita mediante a apresentação de certidão expedida conforme a Portaria Conjunta PGFN/RFB nº 1.751, de 2014.

7.1.2.4 - A prova de regularidade com a Fazenda Estadual deverá ser feita mediante a apresentação da Certidão Negativa de Débito Plena ou ainda Certidão Positiva com Efeito de Negativa.

7.1.2.5 - A prova de regularidade trabalhista deverá ser feita mediante a apresentação da Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas ou Positiva Com Efeito de Negativa.

7.1.2.6 - A prova de regularidade com a Fazenda Municipal será feita mediante a apresentação da Certidão Negativa de Débito Plena ou Certidão Positiva com Efeito de Negativa.

7.1.2.7 - As MEs e EPPs deverão apresentar toda a documentação exigida para efeito de comprovação de regularidade fiscal, mesmo que essa apresente alguma restrição, caso em que será assegurado o prazo de 5 (cinco) dias úteis para regularização, cujo termo inicial corresponderá ao momento em que a proponente for declarada vencedora do certame, nos termos do § 1º do art. 43 da Lei Complementar nº 123, de 2006.

7.1.3 - A **qualificação técnica** será atestada por:

a) autorização definitiva de funcionamento da pregoante perante a ANS, de acordo com o art. 4º, XXII, da Lei nº 9.961, de 2001 c/c a Resolução Normativa – RN nº 100, de 2005;

b) comprovação de experiência, por meio de atestado(s) de capacidade técnica, expedido(s) por pessoa jurídica de direito público ou privado, que comprove que a empresa prestou ou vem prestando, a contento, serviços de assistência privada à saúde, na segmentação objeto desta licitação, comprovando a aptidão para o desempenho de atividade pertinente e compatível em características, complexidade técnica e operacional com os serviços objeto desta licitação, contendo, no mínimo, a quantidade de usuários atendidos e o prazo de duração do contrato;

b.1) considera-se compatível o atestado que comprovar a execução de serviços de assistência médica, ambulatorial/hospitalar, com obstetrícia, laboratorial, auxiliar de diagnóstico e tratamento prestados, concomitantemente, a um contingente correspondente, no mínimo, a 50% dos beneficiários previstos neste documento, por, no mínimo, 1 (um) ano e em acomodação em apartamento, com características semelhantes ou superiores na segmentação objeto desta licitação.

b.2) O atestado de capacidade técnica deve ser apresentado em papel timbrado da empresa fornecedora do atestado e deve conter:

b.2.1) razão social, CNPJ, endereço completo e telefone do emitente, ou qualquer outro meio com o qual a ALMG possa valer-se para manter contato com o declarante;

b.2.2) número, vigência e objeto do contrato;

b.2.3) declaração de que os requisitos do contrato foram atendidos;

b.2.4) local e data de emissão do atestado;

b.2.5) nome, cargo, telefone, *e-mail* e assinatura do responsável pela emissão e veracidade das informações.

b.3) para comprovação do quantitativo mínimo de usuários, será aceito o somatório de, no máximo, 2 (dois) atestados de capacidade técnica, para contratos executados de forma

concomitante;

b.4) a pregoante disponibilizará todas as informações necessárias à comprovação da legitimidade do(s) atestado(s), apresentando, quando solicitado pela ALMG, cópia do contrato que deu suporte à contratação, endereço atual da contratante e local em que foi executado o objeto contratado, dentre outros documentos;

c) para a comprovação da qualificação técnica profissional, deverá ser apresentada a seguinte documentação do responsável técnico designado:

c.1) cópia do registro no Conselho Regional de Medicina - CRM;

c.2) prova do vínculo com a empresa, por meio de: cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS - ou cópia do contrato social, no caso do profissional responsável ser diretor ou sócio da empresa ou, ainda, contrato de prestação de serviços ou declaração de contratação futura do profissional responsável acompanhada da anuência desse;

c.3) declaração de responsabilidade técnica pela execução dos serviços de saúde, nos termos do ANEXO VIII – Declaração de Responsabilidade Técnica;

d) participação no Programa de Qualificação de Operadoras - PQO - da ANS, com média mínima na avaliação do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS - de 0,8 dos 5 (cinco) últimos anos de resultados publicados pela ANS;

d.1) a avaliação do IDSS da operadora será consultada pela ALMG no Portal da ANS, por meio do endereço eletrônico https://www.ans.gov.br/qualificacao_consumidor/consulta_dados/pesquisa_operadora.asp.

7.1.3.1 - A ALMG poderá conferir as informações de que tratam os documentos referidos no subitem 7.1.3, não se isentando a pregoante da responsabilidade pela fidelidade das informações.

7.1.3.2 - O atestado mencionado no subitem 7.1.3, alínea “b”, deverá conter elementos suficientes que permitam a análise por parte do setor técnico da ALMG.

7.1.4 - A qualificação econômico-financeira será verificada por:

a) certidão negativa de feitos sobre falência expedida pelo distribuidor da sede da pregoante, com antecedência máxima de 45 (quarenta e cinco) dias da data prevista para o início da sessão pública do pregão;

b) balanço patrimonial e demonstrações contábeis referentes ao último exercício social comprovando índices de Liquidez Geral – LG –, Liquidez Corrente – LC –, e Solvência Geral – SG –, conforme fórmulas abaixo:

Liquidez Geral (LG) = $\frac{\text{Ativo Circulante} + \text{Realizável a Longo Prazo}}{\text{Passivo Circulante} + \text{Exigível a Longo Prazo}} > 1,00$;

Passivo Circulante + Exigível a Longo Prazo

Liquidez Corrente (LC) = $\frac{\text{Ativo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}} > 1,00$;

Passivo Circulante

Solvência Geral (SG) = $\frac{\text{Ativo Total}}{\text{Passivo Circulante} + \text{Exigível a Longo Prazo}} > 1,10$;

Passivo Circulante + Exigível a Longo Prazo

c) comprovação de patrimônio líquido não inferior a 10% (dez por cento) do valor estimado da contratação, por meio da apresentação do balanço patrimonial e das demonstrações contábeis do último exercício social apresentados na forma da lei, vedada a substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados por índices oficiais quando encerrados há mais de 3 (três) meses da data da apresentação da proposta.

7.1.4.1 - Os balanços patrimoniais e as demais demonstrações contábeis do último exercício

social, já exigíveis e apresentadas na forma da lei, deverão comprovar a boa situação financeira da pregoante, vedada sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados por índices oficiais quando encerrados há mais de 3 (três) meses da data de apresentação da proposta.

7.1.4.2 - Somente serão aceitos balanços gerados por meio do Sistema Público de Escrituração Digital – Sped – acompanhados do recibo de entrega emitido pelo Sped, ou por outra forma admitida em lei.

7.1.4.3 - Todos os documentos contábeis deverão conter as assinaturas do técnico em contabilidade ou contador com o devido registro no Conselho Regional de Contabilidade – CRC –, e do sócio, diretor ou representante legal, com certificado digital emitido por entidade credenciada pela Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileiras – ICP-Brasil.

7.1.4.4 - As MEs e EPPs, bem como as demais empresas dispensadas da utilização do Sistema Público de Escrituração Digital – Sped –, deverão apresentar os demonstrativos contábeis exigidos na forma do subitem 7.1.4.1, assinados por contabilista legalmente habilitado e pelo representante legal e acompanhados do termo de autenticação emitido pela Junta Comercial, referente ao registro dos referidos documentos, ou outra forma admitida em lei, bem como prova de seu enquadramento como microempresa ou empresa de pequeno porte registrada na Junta Comercial.

7.2 - A documentação exigida para fins de habilitação jurídica, fiscal, social e trabalhista e econômico-financeira poderá ser substituída, total ou parcialmente, pelo Certificado de Registro Cadastral - CRC - emitido pelo CAGEF, nos termos do art. 33, §4º, do Decreto Estadual nº 48.723, de 2023, desde que conste a indicação das respectivas certidões solicitadas sem nenhuma restrição.

7.3 - Ao participar do certame, a pregoante declara que, durante a vigência contratual, manterá pessoal qualificado, instalações e equipamentos necessários e disponíveis ao cumprimento do objeto desta licitação, responsabilizando-se pela veracidade desta informação.

7.4 - A pregoante, ao participar do certame, afirma cumprir o disposto no inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal e as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e outras normas específicas, responsabilizando-se pela veracidade destas informações.

7.5 - Todos os documentos apresentados para habilitação deverão estar:

a) em nome da pregoante, com número do CNPJ e endereço respectivo;

b) em nome da sede (matriz), se a pregoante for a sede (matriz);

c) em nome da filial, se a pregoante for a filial, salvo aqueles documentos que, pela própria natureza, comprovadamente forem emitidos somente em nome da sede (matriz).

7.6 - Sob pena de inabilitação e incidência das sanções legais cabíveis, a pregoante que tiver a proposta classificada deverá enviar, pelo sistema, no prazo de 2 (duas) horas, contados da convocação, o qual poderá ser motivadamente prorrogado pelo(a) pregoeiro(a), a documentação exigida para fins de habilitação jurídica, fiscal, social e trabalhista e econômico-financeira que não esteja contemplada no CRC, bem como a documentação referente à qualificação técnica.

7.6.1 - Os documentos deverão ser datados dos últimos 180 (cento e oitenta) dias da data prevista para a abertura das propostas, quando não houver prazo estabelecido pelo órgão competente expedidor ou por outra norma legal, ressalvados o atestado de capacidade técnica descrito no subitem 7.1.3, alínea “b”, do qual não é exigida limitação de data, e a Certidão Negativa de Falência, subitem 7.1.4, alínea “a”, cuja antecedência máxima será de 45 (quarenta e cinco) dias.

7.6.2 - Após a entrega dos documentos para habilitação, não será permitida a substituição ou a apresentação de novos documentos, salvo em sede de diligência, para:

7.6.2.1 - complementação de informações acerca dos documentos já apresentados pelas pregoantes e desde que necessária para apurar fatos existentes à época da abertura do certame; e

7.6.2.2 - atualização de documentos cuja validade tenha expirado após a data de recebimento das propostas.

7.6.3 - Em caso de dúvida quanto à autenticidade de qualquer documento, o(a) pregoeiro(a) abrirá prazo de 2 (dois) dias úteis para apresentação da documentação original, sob pena de inabilitação.

7.7 - A falta de quaisquer documentos ou o descumprimento das exigências previstas nos subitens anteriores implicará a INABILITAÇÃO da pregoante.

7.8 - Havendo superveniência de fato impeditivo à participação do certame, fica a pregoante obrigada a declará-lo, sob o risco de sofrer as penalidades legais cabíveis.

8 - DOS RECURSOS

8.1 - As pregoantes poderão, no prazo de 10 (dez) minutos, de forma imediata após o término do julgamento das propostas e após o ato de habilitação ou inabilitação, manifestar a intenção de recorrer, sob pena de preclusão.

8.1.1 - As razões do recurso deverão ser apresentadas em momento único, em campo próprio no sistema, no prazo de 3 (três) dias úteis, contados a partir da notificação acerca da conclusão do juízo de admissibilidade relativo às manifestações de intenção de recorrer, realizado pelo(a) pregoeiro(a), ficando as demais pregoantes, desde logo, intimadas a apresentarem as eventuais contrarrazões dentro de igual prazo, em formulário próprio, conforme modelo constante do Anexo II – Modelo de encaminhamento das razões de recurso e contrarrazões.

8.1.2 - As peças recursais deverão ser enviadas, exclusivamente, por meio do campo apropriado do Portal de Compras.

8.1.3 - Será assegurado às pregoantes vista dos elementos indispensáveis à defesa dos seus interesses.

8.2 - O acolhimento de recurso importará a invalidação apenas dos atos que não podem ser aproveitados.

8.3 - A falta de manifestação imediata da pregoante importará a renúncia do direito de recurso e a adjudicação, pela autoridade competente, do objeto da licitação ao vencedor.

8.4 - Não serão conhecidos os recursos interpostos após os respectivos prazos legais.

8.5 - Julgado o recurso, a decisão será publicada no endereço eletrônico www.compras.mg.gov.br.

9 - DAS DISPOSIÇÕES CONTRATUAIS

9.1 - As disposições contratuais, incluídos os prazos e condições para a execução do contrato, serão aquelas estabelecidas no Anexo XI – Minuta de Contrato, cujo conteúdo é parte integrante deste instrumento, para todos os efeitos.

9.2 - A CONTRATANTE poderá ampliar ou reduzir quantitativamente o objeto deste instrumento, respeitada a limitação prevista em lei, hipótese em que se fará o reajustamento correspondente e proporcional ao seu preço, desde que mantidas as condições gerais da proposta original.

9.3 - Não será admitida a subcontratação de serviços relativos ao núcleo principal do objeto do contrato, ressalvado o serviço de remoção aeromédica, permanecendo a **CONTRATADA** integral e solidariamente responsável pela execução do serviço, pela segurança do beneficiário e pelo cumprimento das obrigações contratuais, assistenciais e regulatórias.

9.3.1 - Na subcontratação prevista no subitem 9.3, permanece a responsabilidade integral da **CONTRATADA** pela perfeita execução contratual, cabendo-lhe realizar a supervisão e coordenação das atividades da subcontratada, bem como responder perante a **CONTRATANTE** pelo rigoroso cumprimento das obrigações contratuais correspondentes ao objeto da subcontratação.

9.3.2 - A **CONTRATADA** apresentará à **CONTRATANTE** documentação que comprove a capacidade técnica da subcontratada para a execução do objeto subcontratado.

9.3.3 - É vedado à **CONTRATADA** a subcontratação de pessoa física ou jurídica, se aquela ou os dirigentes desta mantiverem vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com dirigente do órgão ou entidade contratante ou com agente público que desempenhe função na licitação ou atue na fiscalização ou na gestão do contrato, ou se deles forem cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral, ou por afinidade, até o terceiro grau.

9.3.4 - No caso de substituição da empresa subcontratada durante a execução contratual, a **CONTRATANTE** deverá ser comunicada de imediato, sendo necessário que a nova subcontratada atenda aos requisitos deste instrumento, sob pena de aplicação das sanções legais cabíveis.

9.4 - A **CONTRATADA** deverá, durante toda a execução do contrato:

9.4.1 - manter as condições de habilitação e qualificação exigidas neste instrumento, em compatibilidade com as obrigações assumidas;

9.4.2 - cumprir a reserva de cargos prevista em lei para pessoa com deficiência, para reabilitado da Previdência Social e para aprendiz, bem como as reservas de cargos previstas em outras normas específicas;

9.4.3 - responder pelos danos causados diretamente à **CONTRATANTE** ou aos seus bens, ou ainda a terceiros, decorrentes de culpa ou dolo de seus empregados, prepostos, terceirizados, diretores, representantes e demais agentes, sem prejuízo da responsabilidade objetiva da **CONTRATADA**, nos casos previstos em lei, a exemplo da Lei nº 12.846/2013;

9.4.4 - cumprir o disposto no Código de Ética Funcional da **CONTRATANTE**, previsto na Deliberação da Mesa nº 2.851, de 2024.

9.5 - Somente a **CONTRATADA** será responsável pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do contrato.

9.6 - DA GARANTIA CONTRATUAL

9.6.1 - Para a fiel execução das obrigações assumidas, a **CONTRATADA** deve apresentar garantia no valor correspondente a 5% (cinco por cento) do valor inicial do contrato, optando por uma das modalidades previstas no art. 96, § 1º, da Lei nº 14.133, de 2021.

9.6.2 - A garantia será prestada nos seguintes prazos, sob pena de multa por infração contratual:

I – em até vinte dias contados da data de início de vigência do contrato ou do aditamento contratual, para as modalidades a que se referem os incisos I, III e IV do art. 96, § 1º, da Lei nº 14.133, de 2021;

II – em até um mês, contado da data de homologação do processo licitatório e antes da

assinatura do contrato, para a modalidade de garantia a que se refere o inciso II do art. 96, § 1º, da Lei nº 14.133, de 2021.

9.6.2.1 - A adjudicatária terá o prazo de 3 (três) dias úteis, contados a partir da data de adjudicação, para manifestar-se por escrito sobre a modalidade de garantia que apresentará.

9.6.2.1.1 - Findado o prazo previsto no subitem 9.6.2.1 sem manifestação expressa ou com a opção por outra modalidade de garantia, a adjudicatária não poderá apresentar o seguro-garantia, devendo, obrigatoriamente, optar entre as demais modalidades previstas no art. 96, § 1º, da Lei nº 14.133, de 2021.

9.6.2.2 - Caso o seguro-garantia não seja apresentado no prazo previsto no inciso II ou caso seja rejeitado, o contrato poderá ser assinado, ficando a **CONTRATADA** obrigada a apresentar outra modalidade de garantia no prazo previsto no inciso I.

9.6.2.3 - Somente será aceita fiança bancária na qual conste renúncia expressa ao benefício de ordem pelo fiador.

9.6.2.4 - A garantia, qualquer que seja a modalidade escolhida, assegurará, no mínimo, a cobertura de:

I – multas, prejuízos e indenizações decorrentes do inadimplemento do contrato;

II – danos causados à **CONTRATANTE** por culpa da **CONTRATADA**.

9.6.2.5 - O valor da garantia será integralmente preservado durante a vigência do contrato.

9.6.2.6 - Caso a garantia seja utilizada, no todo ou em parte, para a cobertura dos eventos a que se refere o subitem 9.6.2.4, a **CONTRATANTE** notificará a **CONTRATADA** para integralizá-la no prazo de 10 (dez) dias úteis, contados da notificação.

9.6.3 - Se forem descumpridos os prazos a que se referem os subitens 9.6.2, inciso I, e 9.6.2.6 ou se a garantia for rejeitada, nos termos do 9.6.2.4.3, a **CONTRATANTE** reterá do pagamento do documento fiscal ou da fatura de prestação de serviços apresentada pela contratada o equivalente ao valor da garantia, estipulado nos termos do 9.6.1, para formação da reserva financeira a título de caução.

9.6.3.1 - A retenção prevista no *caput* será realizada em pagamento único ou em até cinco parcelas mensais, à escolha da **CONTRATADA**, desde que assegurada a integralização do valor durante o período de vigência do contrato.

9.6.3.1.1 - Na hipótese de parcelamento, a retenção ocorrerá a partir do pagamento do primeiro documento fiscal ou fatura de prestação de serviço subsequente ao atraso ou à data de rejeição da garantia.

9.6.3.2 - A retenção efetuada com base no subitem 9.6.3 não gera direito a nenhum tipo de compensação financeira e será considerada garantia contratual na modalidade caução em dinheiro.

9.6.4 - Nas hipóteses de extinção do contrato, o saldo não utilizado da garantia prestada na forma de caução em dinheiro ou retenção será restituído à **CONTRATADA**, no prazo de até 60 (sessenta) dias, contados da data de extinção contratual, com correção monetária pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA –, calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

9.6.4.1 - No caso de contratos de serviços com dedicação exclusiva de mão de obra, a restituição prevista no *caput* estará condicionada à comprovação do pagamento, pela **CONTRATADA**, das obrigações trabalhistas, previdenciárias e fiscais.

9.6.5 - O prazo de vigência da apólice do seguro-garantia será igual ou superior ao prazo estabelecido no contrato principal e deverá acompanhar as modificações referentes à sua vigência, mediante emissão do respectivo endosso pela seguradora.

9.6.5.1 - Constará na apólice do seguro-garantia que o seguro continuará em vigor mesmo quando a **CONTRATADA**, tomadora do seguro, não houver pago o prêmio nas datas convencionadas.

9.6.6 - Na hipótese de suspensão contratual por ordem ou inadimplemento da **CONTRATANTE**, a contratada ficará desobrigada de renovar a garantia ou endossar a apólice de seguro até que se dê a retomada da execução ou o adimplemento.

9.6.7 - Aplicam-se todos os procedimentos previstos neste item 9.6, no que couber, às hipóteses de prorrogação, apostila ou aditamento contratual que impliquem revisão do valor e do prazo da garantia prestada pela **CONTRATADA**.

9.7 - DA EXECUÇÃO CONTRATUAL

9.7.1 - Dos beneficiários

9.7.1.1 - Serão considerados beneficiários do plano de saúde aqueles indicados pela **CONTRATANTE**.

9.7.1.1.1 - Os beneficiários do plano de saúde da ALMG, de acordo com a Deliberação da Mesa nº 2.565, de 2013, são:

9.7.1.1.1.1 - Beneficiários titulares:

- a) deputados;
- b) ex-deputados contribuintes do Instituto de Previdência do Legislativo do Estado de Minas Gerais – Iplemg;
- c) servidores efetivos e ocupantes de cargo em comissão de recrutamento amplo da estrutura parlamentar ativos;
- d) servidores inativos que possuem vínculo com a **CONTRATANTE**;
- e) complementado em pensão pelo Iplemg, nos termos dos arts. 1º e 4º da Lei Complementar nº 52, de 1999, desde que dependente de titular falecido;
- f) pensionista de ex-deputado falecido contribuinte do Iplemg, desde que dependente;
- g) pensionista de servidor falecido até 28 de novembro de 1984;
- h) pensionista de ex-deputado falecido contribuinte do Iplemg que, embora não atenda aos critérios de dependência previstos no subitem 9.7.1.1.1.2, foi inscrito como dependente.

9.7.1.1.1.2 - Beneficiários dependentes dos titulares a que se referem as alíneas "a" a "d" do subitem 9.7.1.1.1.1:

- a) cônjuge ou companheiro;
- b) filho ou enteado solteiro menor de 21 anos;
- c) filho ou enteado com deficiência que, comprovadamente, viva sob a dependência econômica do titular;
- d) filho ou enteado solteiro maior de vinte e um anos e menor de vinte e quatro anos que frequente curso de graduação;
- e) menor de dezoito anos e pessoa inválida que, mediante decisão judicial, estejam sob guarda, tutela ou curatela do titular e dele sejam dependentes econômicos.

9.7.1.1.1.3 - Beneficiários agregados dos titulares a que se referem as letras "a" a "d" do subitem 9.7.1.1.1.1:

- a) mãe ou madrasta e pai ou padrasto;

b) filho ou enteado que não atenda aos critérios de dependência previstos no subitem 9.7.1.1.1.2.

9.7.1.2 - Durante a vigência do contrato, o rol de beneficiários disposto neste item poderá ser alterado caso haja modificação ou substituição da Deliberação da Mesa nº 2.565, de 2013, em comum acordo entre as partes. A referida Deliberação encontra-se disponível no endereço eletrônico <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/DLB/2565/2013/>.

9.7.1.3 - No caso de extinção sem justa causa do vínculo de cargo ou função com a **CONTRATANTE** dos beneficiários titulares previstos nas letras "a" a "c" do subitem 9.7.1.1.1.1, inscritos no plano de saúde na data da exoneração, fica assegurado o direito de manter sua condição de usuário, assim como de seus dependentes e agregados, nas mesmas condições de cobertura assistencial e coparticipações previstas neste documento, exceto quanto ao preço, conforme condições descritas no subitem 9.7.1.3.1.

9.7.1.3.1 - Serão asseguradas as mesmas condições de cobertura assistencial previstas neste documento, sem exigência de carência, desde que o titular faça a opção no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da exclusão, passando a assumir o pagamento integral para custeio do plano, devendo, para tanto, formalizar Termo de Adesão diretamente no posto de atendimento da **CONTRATADA**. O valor da mensalidade, neste caso, deverá ser regido pela Resolução Normativa da ANS nº 488, de 2022, que regulamenta a manutenção da condição de beneficiário de planos de saúde coletivos empresariais por ex-empregados e aposentados que perderam o vínculo com a instituição.

9.7.1.3.2 - O período de manutenção da condição do usuário a que se refere o subitem 9.7.1.3 será de um terço do tempo de contribuição para o plano de saúde por meio da **CONTRATANTE**, com o prazo mínimo de 6 (seis) meses e máximo de 24 (vinte e quatro) meses, desde que a interrupção no plano não ultrapasse 30 (trinta) dias.

9.7.1.3.3 - É assegurado ao ex-beneficiário titular aposentado, que era ocupante de cargo em comissão de recrutamento amplo da estrutura parlamentar e que contribuiu para o plano de saúde por meio da **CONTRATANTE** pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do vínculo de cargo ou função com a **CONTRATANTE**, desde que assuma o seu pagamento integral, conforme condições descritas no subitem 9.7.1.3.1.

9.7.1.3.3.1 - É assegurado ao ex-beneficiário titular aposentado, que era ocupante de cargo em comissão de recrutamento amplo da estrutura parlamentar e que contribuiu para o plano de saúde por meio da **CONTRATANTE** por período inferior ao estabelecido no subitem 9.7.1.3.3, o direito de manutenção como beneficiário, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o seu pagamento integral, conforme condições descritas no subitem 9.7.1.3.1.

9.7.1.3.4 - Quando da assinatura do contrato, deverá ser garantida a manutenção dos beneficiários ativos no plano de servidor exonerado, na mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano contratado para os servidores ativos.

9.7.1.3.4.1 - Os beneficiários ativos deverão ser comunicados, com antecedência mínima de 30 (dias), sobre a contratação do novo plano e todas as suas alterações, se houver.

9.7.1.3.4.2 - No momento da assinatura do presente contrato, a **CONTRATADA** deverá apresentar à **CONTRATANTE** proposta específica contendo a tabela de preços dos valores a serem arcados pelos beneficiários inativos que perderam vínculo com a **CONTRATANTE**, observando-se que:

a) o valor constante da referida proposta não poderá exceder o montante resultante da soma do valor atualmente vigente no plano de inativos, acrescido do percentual de reajuste aplicado a todos os contratos de inativos da carteira da **CONTRATADA**;

b) o valor da coparticipação em consulta aplicado ao plano de inativos deverá ser idêntico ao praticado no plano de ativos, conforme subitem 9.7.10.3;

c) o valor inicialmente contratado referente à coparticipação em consulta poderá sofrer reajuste anual, a pedido da **CONTRATADA**, observado o período mínimo de 1 (um) ano, no mesmo percentual de reajuste do contrato de inativos.

9.7.1.4 - No caso de falecimento dos beneficiários titulares previstos nas letras "a" a "d" do subitem 9.7.1.1.1, inscritos no plano de saúde na data do óbito, fica assegurada a seus dependentes que estejam inscritos no plano de saúde a permanência no referido plano, com isenção das mensalidades pelo período de 12 (doze) meses contados a partir da data do óbito do titular.

9.7.1.4.1 - No caso dos agregados previstos no subitem 9.7.1.1.3 que estejam incluídos no plano de saúde na data do óbito do titular, ou no caso de finalização do período de 12 (doze) meses, previsto no subitem 9.7.1.4, para os dependentes previstos no subitem 9.7.1.1.2, fica assegurado o direito de permanência no referido plano, nas mesmas condições, exceto quanto ao preço, conforme condições descritas no subitem 9.7.1.3.

9.7.1.4.2 - Quando da assinatura do contrato, deverá ser garantida a manutenção dos beneficiários com o benefício previsto no subitem 9.7.1.4 pelo período remanescente, na mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano contratado para os servidores ativos.

9.7.1.4.2.1 - Os beneficiários deverão ser comunicados, com antecedência mínima de 30 (dias), sobre a contratação do novo plano e todas as suas alterações, se houver.

9.7.1.5 - Quando do falecimento do beneficiário inscrito no plano pela **CONTRATANTE**, caberá ressarcimento, pela **CONTRATADA**, diretamente à **CONTRATANTE**, em virtude da diferença entre o dia do óbito e o dia da vigência da exclusão, desde que solicitado por escrito.

9.7.1.5.1 - Quando do falecimento do beneficiário titular, caberá ressarcimento também de todos os beneficiários dependentes.

9.7.1.6 - A **CONTRATANTE** entregará à **CONTRATADA**, quando da assinatura do contrato, a relação de beneficiários com todos os dados necessários para fins de cadastramento.

9.7.1.7 - Os quantitativos de beneficiários estão sujeitos a alterações durante toda a vigência do contrato.

9.7.1.8 - A exclusão do beneficiário titular implicará a de todos os seus dependentes e agregados.

9.7.1.8.1 - Em caso de exclusão de usuário do plano de saúde, a **CONTRATANTE** comunicará o fato imediatamente à **CONTRATADA**, isentando-se de qualquer responsabilidade pelo uso indevido de qualquer serviço oferecido ou por eventuais débitos ocorridos após ter comunicado a exclusão do usuário.

9.7.2 - Do padrão de acomodação em internação

9.7.2.1 - A **CONTRATADA** deverá garantir a todos os beneficiários do plano acomodação em regime de internação, em apartamento individual, com banheiro privativo e com direito a leito para o acompanhante, estando incluídas as despesas do acompanhante no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, da mulher no pré-parto e no pós-parto imediatos ou pessoa com deficiência.

9.7.2.2 - Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela **CONTRATADA**, na acomodação em que o usuário foi inscrito, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na

rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

9.7.2.3 - Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela **CONTRATADA**, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da **CONTRATADA**.

9.7.2.4 - Caso a **CONTRATADA** ofereça a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa – e nas alíneas “c”, “d” e “e” do inciso II do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998.

9.7.3 - Da cobertura assistencial

9.7.3.1 - A cobertura assistencial observará os requisitos exigidos pela Lei Federal nº 9.656, de 1998, resoluções e regulamentações complementares editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS –, em conformidade com o rol de procedimentos em vigor, estabelecido pela ANS, para despesas de assistência médico-hospitalar, incluindo partos e tratamentos, realizados nos limites da cobertura territorial estabelecida em contrato, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, em caráter eletivo, de acordo com modelo de plano a ser contratado, e, nos casos de urgência e emergência, em todo território nacional, para todos os modelos de plano.

9.7.3.2 - Da assistência ambulatorial

9.7.3.2.1 - A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultórios ou ambulatorios, conforme resoluções e regulamentações complementares da ANS. Os planos contratados deverão assegurar aos beneficiários, no mínimo, os seguintes serviços:

a) consultas e sessões médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

b) apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, em todas as especialidades médicas reconhecidas pelo CFM, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

c) cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido em resolução normativa e o rol de procedimentos da ANS;

d) cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido em resolução normativa e o rol de procedimentos da ANS, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médicos devidamente habilitados;

e) cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados em resolução normativa da ANS, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;

f) cobertura das ações de planejamento familiar, listadas em resolução normativa e o rol de procedimentos da ANS, para segmentação ambulatorial.

9.7.3.3 - Da assistência médico-hospitalar com obstetrícia

9.7.3.3.1 - A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, conforme resoluções e regulamentações complementares da ANS. Os

planos contratados deverão assegurar aos beneficiários, no mínimo, os seguintes serviços:

- a)** internação hospitalar, inclusive psiquiátrica, vedada a limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo CFM;
- b)** internação hospitalar em centro de terapia intensiva ou similar, vedada a limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;
- c)** cobertura de atendimento em hospital-dia para transtornos mentais, sem cobrança de coparticipação;
- d)** cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;
- e)** cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;
- f)** diária de internação hospitalar;
- g)** despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;
- h)** exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- i)** taxas e materiais utilizados durante o período de internação e relacionadas com o evento médico;
- j)** cobertura dos tratamentos decorrentes de acidentes de trabalho;
- k)** acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do usuário menor de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, da mulher no pré-parto e pós-parto imediato e pessoa com deficiência, nas mesmas condições da cobertura do plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento;
- l)** cirurgia plástica reparadora, quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de acidentes pessoais que causem problemas funcionais;
- m)** cirurgias odontológicas bucomaxilofaciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;
- n)** órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa –, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;
- o)** procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;
- p)** assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento;
- q)** cobertura dos seguintes procedimentos considerados especiais:
 - q.1)** hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;
 - q.2)** quimioterapia ambulatorial;
 - q.3)** radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.);

- q.4)** hemoterapia;
- q.5)** cirurgias oftalmológicas, inclusive refrativas, independentemente do grau;
- q.6)** nutrição parenteral ou enteral;
- q.7)** procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- q.8)** embolizações e radiologia intervencionista;
- q.9)** exames pré-anestésicos e pré-cirúrgicos;
- q.10)** procedimentos de fisioterapia listados no rol de procedimentos da ANS, incluindo RPG (reeducação postural global);
- q.11)** eletrococleografia;
- q.12)** cirurgias esterilizadoras (vasectomia e salpingotripsia);
- q.13)** cirurgia bariátrica;
- q.14)** cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica;
- q.15)** cirurgia plástica reconstrutora de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer;
- r)** medicamentos nacionais ou importados, caso não haja similar nacional, durante os períodos de internação;
- s)** utilização de leitos especiais, monitores, aparelhagem e material indispensáveis ao tratamento;
- t)** despesas com marcapasso e *stent* de qualquer natureza;
- u)** unidade de terapia intensiva ou isolamento, quando determinado pelo médico assistente, sem limitação de prazo;
- v)** cobertura de transplantes de medula óssea, fígado, córnea e rim, bem como os transplantes autólogos listados no rol de procedimentos e eventos em saúde editado pela ANS, além das despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, quando couber, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:
 - v.1)** as despesas assistenciais com doadores vivos;
 - v.2)** os medicamentos nacionais ou importados, na falta de similar nacional, utilizados durante a internação;
 - v.3)** o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
 - v.4)** as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;
 - v.5)** transplantes provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica;
- w)** são cobertos os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, endoscopia, laparoscopia e demais escopias, quando assim especificados em resolução normativa da ANS, assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação de imagem;
- x)** a cobertura de obstetrícia compreende toda a cobertura dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto, dentro dos recursos próprios ou contratados pela **CONTRATADA**;
 - x.1)** são cobertas as despesas com honorários médicos, diárias de berçário e centro de terapia intensiva do recém-nascido, filho natural ou adotivo, bem como medicamentos nacionais ou importados, na falta de similar nacional, materiais e exames indispensáveis ao seu tratamento, durante os 30 (trinta) dias após o nascimento. Decorrido esse prazo, a cobertura fica

condicionada à inclusão do recém-nascido em plano de assistência à saúde.

9.7.3.4 - Das exclusões da cobertura

9.7.3.4.1 - As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei nº 9.656, de 1998, nas resoluções do Conselho de Saúde Suplementar – Consu – e nas resoluções normativas da ANS, respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias. São excluídos os eventos e despesas decorrentes de:

- a)** tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- b)** atendimentos prestados antes do início do período de vigência;
- c)** procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
- d)** inseminação artificial;
- e)** tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- f)** tratamentos em centros de SPAs, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- g)** fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, com exceção dos medicamentos previstos em Resolução Normativa da ANS;
- h)** fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- i)** tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- j)** casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- k)** aplicação de vacinas preventivas;
- l)** necrópsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- m)** aparelhos ortopédicos;
- n)** aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- o)** procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
- p)** consultas e procedimentos em especialidades médicas não reconhecidas pelo CFM;
- q)** medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – Conitec;
- r)** fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados.

9.7.4 - Da abrangência geográfica e da rede de atendimento

9.7.4.1 - Plano de abrangência estadual

9.7.4.1.1 - A rede credenciada do plano estadual, na modalidade presencial, deverá ser a seguinte:

- a)** capacidade de atendimento em, no mínimo, 20 (vinte) hospitais na rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada, na Região Metropolitana de Belo Horizonte - RMBH -, sendo pelo menos 3 (três) deles com Certificado de Acreditação da Organização Nacional de Acreditação – ONA –, correspondente ao nível 3 – “Acreditado com excelência”;
- b)** capacidade de atendimento em, no mínimo, 5 (cinco) hospitais de rede própria,

credenciada, cooperada ou referenciada na RMBH, com mais de 100 (cem) leitos em cada hospital;

c) capacidade de atendimento de urgência e emergência 24 horas por dia, em pelo menos 5 (cinco) hospitais com CTI na RMBH e com, no mínimo, as seguintes especialidades médicas: cirurgia geral, ortopedia e clínica médica;

d) capacidade de atendimento de urgência e emergência 24 horas por dia, em pelo menos 2 (dois) hospitais com CTI pediátrico na RMBH;

e) capacidade de atendimento de, no mínimo, 5 (cinco) laboratórios de análises clínicas, 3 (três) laboratórios de anatomia patológica, 5 (cinco) clínicas de exames por imagem, 1 (um) serviço de medicina nuclear, 4 (quatro) clínicas especializadas em oncologia, 4 (quatro) clínicas especializadas em oftalmologia e 4 (quatro) clínicas especializadas em otorrinolaringologia na RMBH;

f) capacidade de atendimento de urgência e emergência 24 horas por dia, em pelo menos 1 (um) hospital com CTI, nos municípios de Araguari, Araxá, Divinópolis, Governador Valadares, Itajubá, João Monlevade, Juiz de Fora, Manhuaçu, Montes Claros, Muriaé, Pará de Minas, Patos de Minas, Patrocínio, Pouso Alegre, Sete Lagoas, Teófilo Otoni, Uberaba, Uberlândia e Varginha, e com, no mínimo, as seguintes especialidades médicas: cirurgia geral, ortopedia, clínica médica e pediatria;

g) em cada um dos municípios listados na alínea "f", deverá apresentar capacidade de atendimento de, no mínimo, 2 (dois) laboratórios de análises clínicas, 1 (um) laboratório de anatomia patológica, 1 (uma) clínica de exames por imagem, 2 (dois) médicos credenciados para atendimento em consultório em cada uma das seguintes especialidades: clínica médica, pediatria, cirurgia geral, ortopedia e ginecologia/obstetrícia;

h) capacidade para realizar atendimento domiciliar às urgências médicas, 24 horas por dia, com remoção, se necessária, em ambulância dotada de CTI móvel, na RMBH;

i) capacidade para realizar atendimento às urgências ginecológicas e obstétricas, 24 horas por dia, em, pelo menos, 3 (três) hospitais na RMBH;

j) capacidade para realizar atendimento às urgências e emergências otorrinolaringológicas, 24 horas por dia, em pelo menos 1 (um) hospital na RMBH;

k) capacidade para realizar atendimento às urgências e emergências oftalmológicas, 24 horas por dia, em pelo menos 1 (um) hospital na RMBH;

l) capacidade de atendimento ambulatorial com, no mínimo, 1.000 (mil) médicos credenciados na RMBH que ofereçam atendimento individualizado em consultório médico extra-hospitalar e equipado conforme sua especialidade, sendo pelo menos 5 (cinco) médicos em cada uma das seguintes especialidades: clínica médica, pediatria, cirurgia geral, ortopedia, cardiologia, urologia, neurologia, gastroenterologia, endocrinologia, dermatologia, angiologia, ginecologia/obstetrícia e psiquiatria;

m) capacidade de atendimento de urgência e emergência, 24 horas por dia, em pelo menos 1 (um) hospital com CTI, fora do Estado de Minas Gerais, localizado na capital e/ou região metropolitana de todos os Estados, e com, no mínimo, as seguintes especialidades médicas: cirurgia geral, ortopedia, clínica médica e pediatria.

9.7.4.2 - Plano de abrangência nacional

9.7.4.2.1 - No plano nacional, de abrangência geográfica em todo território brasileiro, tanto para os tratamentos eletivos como os de urgência e emergência, deverá constar toda a rede credenciada exigida para o plano estadual, assim como a abaixo relacionada, na modalidade presencial:

a) capacidade de atendimento de urgência e emergência, 24 horas por dia, em pelo menos 1

(um) hospital com CTI na capital e/ou região metropolitana de todos os estados e com, no mínimo, as seguintes especialidades médicas: cirurgia geral, ortopedia, clínica médica e pediatria;

b) capacidade de atendimento de, no mínimo, 2 (dois) médicos credenciados para atendimento em consultório em cada uma das seguintes especialidades médicas: clínica médica, pediatria, cirurgia geral, ortopedia, neurologia e ginecologia/obstetrícia, na capital e/ou região metropolitana de todos os estados.

9.7.4.2.2 - Somente poderão aderir ao plano de abrangência nacional os beneficiários residentes fora do Estado de Minas Gerais.

9.7.4.3 - Admitir-se-á, de forma excepcional, a possibilidade de reembolso integral, restrita exclusivamente aos Estados distintos de Minas Gerais que, na data da publicação do Edital, não possuam beneficiários ativos no plano da **CONTRATANTE**, conforme disposto no ANEXO VII do Edital.

9.7.4.3.1 - A excepcionalidade limitar-se-á às especialidades médicas expressamente previstas no subitem 9.7.4.1.1, alínea “m”, e no subitem 9.7.4.2.1, alíneas “a” e “b”, condicionando-se, ainda, à comprovação da capacidade operacional para atendimento de urgência e emergência em regime ininterrupto (24 horas), em ao menos 1 (um) hospital dotado de Centro de Terapia Intensiva – CTI –, localizado na capital e/ou região metropolitana de cada estado.

9.7.4.4 - Da prestação dos serviços assistenciais fora da Região Metropolitana de Belo Horizonte - RMBH

9.7.4.4.1 - Nos atendimentos realizados fora da Região Metropolitana de Belo Horizonte – RMBH –, o atendimento ao beneficiário poderá ser prestado por meio de rede integrada, desde que a rede hospitalar esteja devidamente vinculada ao cadastro do produto junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, especialmente quanto à obrigação da operadora de garantir a cobertura assistencial contratada.

9.7.4.4.1.1 - A utilização de rede integrada poderá ser admitida desde que haja vínculo contratual formal e/ou integração operacional, assistencial e de sistemas e responsabilidade integral da **CONTRATADA**, permanecendo essa como única responsável pela execução do objeto licitado.

9.7.4.4.1.2 - Não será admitida a prestação de serviços por meio de rede indireta, caracterizada pela inexistência de vínculo contratual direto ou de integração operacional, assistencial e de sistemas pela **CONTRATADA**, salvo nas hipóteses excepcionais previstas na regulamentação da ANS.

9.7.4.4.1.3 - Em qualquer hipótese, a **CONTRATADA** permanecerá integralmente responsável pela assistência prestada ao beneficiário, incluindo a qualidade do atendimento, a continuidade do tratamento, o cumprimento das obrigações assistenciais, administrativas e regulatórias, bem como pela responsabilização perante a **CONTRATANTE**, os beneficiários e os órgãos de controle, não se caracterizando, para quaisquer efeitos, subcontratação ou transferência do objeto contratual.

9.7.5 - Das condições de atendimento

9.7.5.1 - A rede credenciada deverá estar disponível, devidamente atualizada, para consulta pelos beneficiários por meio do sítio eletrônico da **CONTRATADA** ou por meio de seu aplicativo que permita acesso via celular ou *tablet*.

9.7.5.1.1 - Caso haja alteração na estrutura da rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada, nos termos da Resolução Normativa ANS nº 568, de 2022, a

CONTRATADA deverá disponibilizar em seu sítio eletrônico e/ou em outros meios de comunicação existentes, a relação contendo as modificações havidas.

9.7.5.2 - A CONTRATADA deverá permitir o acesso dos usuários a toda a rede credenciada.

9.7.5.3 - Quando não for possível a utilização dos serviços próprios, credenciados, cooperados ou referenciados, observado o disposto no art. 1º, §2º, da Resolução Normativa ANS nº 465, de 2021, os beneficiários poderão ser atendidos em estabelecimento médico a que tiverem acesso, depois de exauridas as hipóteses previstas na Resolução Normativa ANS nº 566, de 2022 e na legislação vigente.

9.7.5.3.1 - Nessa hipótese, os beneficiários poderão solicitar à **CONTRATADA** reembolso integral dos valores pagos, de acordo com as normas da Resolução Normativa ANS nº 566, de 2022, observando-se que:

a) deverão ser apresentados:

a.1) recibo de pagamento referente ao atendimento realizado; e

a.2) comprovação de tentativa prévia de utilização da rede credenciada da operadora, sem sucesso;

b) o reembolso deverá ser efetuado diretamente na conta do beneficiário, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da protocolização do pedido com todos os documentos exigidos pela **CONTRATADA**;

c) a documentação referente ao reembolso deverá ser apresentada dentro do ano de realização do atendimento;

c.1) nos casos em que o atendimento ao beneficiário ocorrer no último mês do ano, o prazo estabelecido na alínea “c” será prorrogado automaticamente para 30 (trinta) dias, a contar da data do atendimento.

9.7.5.3.2 - Em caso de reembolso de consulta médica, poderá ser deduzido o valor da coparticipação, conforme definido no item 9.7.10.3.

9.7.5.4 - Para o atendimento nos casos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização dos serviços credenciados ou próprios, a **CONTRATADA** deverá garantir o atendimento ao beneficiário, nos termos da Resolução ANS nº 566, de 2022.

9.7.5.4.1 – Na hipótese de reembolso em situações de urgência e emergência, serão abrangidas apenas as despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde diretamente vinculadas ao evento que motivou o atendimento, enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

9.7.5.4.1.1 - O reembolso aplicável restringe-se a atendimentos realizados dentro do território nacional e somente quando comprovadamente não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela **CONTRATADA**.

9.7.5.4.1.2 – A solicitação de reembolso, nos casos de urgência e emergência, deverá ser realizada em até 12 (doze) meses da data do evento.

9.7.5.5 - Nas hipóteses de internação, deverão ser seguidos os requisitos dispostos no subitem 9.7.2 "Do padrão de acomodação em internação".

9.7.5.5.1 - Caso exista beneficiário internado e o contrato celebrado entre a **CONTRATANTE** e a **CONTRATADA** chegue ao seu termo ou venha a ser rescindido, a empresa **CONTRATADA** deverá assegurar a cobertura até a alta hospitalar prescrita pelo médico assistente.

9.7.5.5.1.1 – Em caso de rescisão ou término da vigência do contrato com a **CONTRATANTE**, a **CONTRATADA** deverá comunicar todas as situações de internação em curso, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sendo que os respectivos dados deverão ser

devidamente repassados à nova **CONTRATADA**, a qual terá a responsabilidade de assegurar a continuidade dos tratamentos.

9.7.5.6 - Quando da utilização da rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada, os beneficiários serão atendidos mediante sua identificação, que poderá se dar por meio de apresentação da carteira de identificação, física ou digital, por reconhecimento facial, por identificação biométrica ou outra forma, conforme definido pela **CONTRATANTE**, sendo o meio de identificação fornecido gratuitamente pela **CONTRATADA** a cada um dos beneficiários, e documento de identidade ou outro equivalente.

9.7.5.6.1 - Após a publicação do contrato no Portal Nacional de Contratações Públicas - PNCP -, a **CONTRATANTE** fornecerá à **CONTRATADA** os dados cadastrais dos beneficiários, devendo a **CONTRATADA** disponibilizar as carteiras virtuais de identificação do beneficiário titular e de seu grupo familiar até um dia antes do início da vigência do contrato, prevista no subitem 9.10.1 deste instrumento.

9.7.5.6.1.1 - As carteiras de identificação físicas dos beneficiários que optarem por sua emissão deverão ser entregues à **CONTRATANTE** em até 15 (quinze) dias úteis, contados da data da solicitação do beneficiário.

9.7.5.6.1.1.1 - Serão disponibilizadas a todos os beneficiários com idade a partir de 66 (sessenta e seis) anos as carteiras de identificação físicas, que deverão ser entregues à **CONTRATANTE** até 15 (quinze) dias úteis antes do início da vigência do contrato.

9.7.5.6.1.2 - Os dados cadastrais dos beneficiários serão enviados para a **CONTRATADA** por meio de um arquivo de texto, cujo formato será acordado entre as partes, até o dia 20 de maio de 2026, para início da vigência em 1º de junho de 2026.

9.7.5.6.1.2.1 - Após 2 (dois) dias úteis, a **CONTRATADA** deverá enviar um arquivo de retorno, definido como "Recebimento de dados cadastrais da operadora".

9.7.5.6.2 - Todos os beneficiários possuem, nos registros da **CONTRATANTE**, número de matrícula, com a respectiva ordem de dependência, e, caso a **CONTRATADA** opte por adotar novo número, deverá correlacionar o número/**CONTRATANTE**, nome do beneficiário e o número/**CONTRATADA**.

9.7.5.6.3 - Caso a **CONTRATADA**, durante a vigência do contrato, venha a substituir carteiras de identificação físicas, a entrega das novas carteiras à **CONTRATANTE** deverá ocorrer no prazo de até 15 (quinze) dias úteis antes do início da validade da nova carteira.

9.7.5.6.4 - Antes do término da validade assinalada nas carteiras de identificação dos beneficiários, a **CONTRATADA** atualizará as carteiras virtuais, emitirá e enviará à **CONTRATANTE** novas carteiras físicas, quando solicitadas pelo beneficiário ou para todos os beneficiários com idade a partir de 66 (sessenta e seis) anos, com novo período de validade.

9.7.5.6.4.1 - O custeio referente à atualização das carteiras virtuais, à emissão e ao envio das carteiras físicas à **CONTRATANTE** ficará integralmente a cargo da **CONTRATADA**.

9.7.5.7 - A escolha dos serviços prestados será de livre arbítrio do usuário, conforme a relação de profissionais, hospitais, centros médicos, clínicas básicas e especializadas e laboratórios fornecida pela **CONTRATADA**.

9.7.5.8 - A autorização para a realização de procedimentos deverá ser fornecida por telefone ou por meio eletrônico, preferencialmente no prazo de 2 (dois) dias úteis de sua solicitação ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência, de modo a não causar transtornos aos beneficiários. A **CONTRATADA** deverá garantir o atendimento integral das coberturas referidas no art. 3º da Resolução Normativa da ANS nº 566, de 2022, devendo envidar esforços para que as solicitações sejam atendidas antes dos prazos definidos.

9.7.5.8.1 - Nos casos de urgência e emergência, o atendimento do beneficiário deverá ser

imediatamente, sem necessidade de guia previamente autorizada, nos termos da Resolução Normativa ANS nº 566, de 2022.

9.7.5.9 - A CONTRATADA deverá possuir serviço de *call center* com atendimento ininterrupto e deverá instalar um posto interno de atendimento nas dependências da **CONTRATANTE**.

9.7.5.10 - Para os pedidos de exames complementares solicitados por médicos credenciados ou particulares, a **CONTRATADA** poderá realizar sua autorização ou transcrição no posto interno de atendimento.

9.7.5.11 - Para internação eletiva, a autorização obedecerá aos critérios definidos pela **CONTRATADA**, que se obriga a informar aos beneficiários como proceder. As informações serão prestadas via atendimento presencial ou telefônico, por meio de comunicação escrita disponível em sítio eletrônico da **CONTRATADA** ou em seu aplicativo eletrônico que permita acesso via celular ou *tablet*.

9.7.5.11.1 - Caso a **CONTRATADA** adote procedimentos mais simplificados de autorização para as internações e/ou procedimentos de alta complexidade, será assegurada a sua implantação no contrato, sem ônus, a ser pactuado com a **CONTRATANTE**.

9.7.5.11.2 - Nas internações de urgência e/ou emergência, o beneficiário dirigir-se-á a hospital da rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada e terá 48 (quarenta e oito) horas para solicitar a "Guia de Internação". Se, por culpa da **CONTRATADA**, o beneficiário só conseguir utilizar-se dos serviços contratados na rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada na condição de cliente particular, a **CONTRATADA** obrigará-se a reembolsar, direta e integralmente, os gastos realizados pelo beneficiário, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da apresentação dos recibos do pagamento efetuado.

9.7.5.11.3 - Nas internações de urgência e/ou emergência ocorridas em território nacional, mas fora do Estado de Minas Gerais, o beneficiário também deverá utilizar a rede credenciada da **CONTRATADA** que conste em sítios eletrônicos ou outros meios de comunicação com a **CONTRATADA**.

9.7.5.12 - Em casos excepcionais, de urgência, emergência, caso fortuito ou força maior, como greves e paralisações, não sendo possível a utilização de serviços da rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada oferecidos pela **CONTRATADA**, haverá reembolso, para todos os produtos e tipos de procedimentos postos à disposição dos usuários da assistência à saúde objeto desta contratação, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo plano. O reembolso deverá ser efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do protocolo do pedido na **CONTRATADA**, devendo ser aplicados os seguintes valores:

a) para consultas médicas, honorários médicos e demais procedimentos: o valor da tabela utilizada pela **CONTRATADA**, sem qualquer variação percentual;

b) para materiais e medicamentos: valores constantes no Guia Farmacêutico Brasíndice, vigente na ocasião de realização do evento;

c) para diárias, taxas, gases medicinais e outros serviços hospitalares: valores constantes da tabela utilizada pela **CONTRATADA**, sem qualquer variação percentual.

9.7.5.13 - Após o início da vigência do contrato, deverá ser garantida a continuidade dos serviços que vinham sendo prestados pela anterior contratada aos beneficiários em tratamento ambulatorial/hospitalar/domiciliar, cuja interrupção venha a prejudicar sua recuperação, observando as seguintes hipóteses:

a) pacientes em uso de equipamentos domiciliares: caberá à **CONTRATADA** a substituição dos equipamentos por seus próprios, desde que semelhantes ou superiores, ou, ainda, o custeio integral da manutenção dos instalados;

b) pacientes em internações domiciliares: deverão continuar nessa situação, mesmo sem ser

de cobertura obrigatória pela Resolução Normativa ANS nº 465, de 2021, até a alta domiciliar ou óbito. Caso o beneficiário seja transferido para instituições hospitalares devido ao agravamento ou complicações do caso, após a alta hospitalar, ele terá garantida a continuidade de internação domiciliar, se for o caso.

9.7.5.14 - A CONTRATADA deverá garantir o acesso direto do beneficiário à rede credenciada, sem a utilização de sistema de porta de entrada ou triagem, no qual o beneficiário seria obrigado a passar por um primeiro atendimento em uma determinada clínica ou médico, para só depois ter acesso à rede credenciada.

9.7.6 - Da inclusão e exclusão de beneficiários

9.7.6.1 - A CONTRATANTE fornecerá a relação dos beneficiários a serem inscritos, contendo os respectivos nomes, a qualificação completa, inclusive com nome da mãe, o endereço completo, o número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas - CPF -, bem como o tipo de sua vinculação com a **CONTRATANTE**, responsabilizando-se também pela indicação de dependência.

9.7.6.2 - A CONTRATADA não restringirá o ingresso de novos usuários, inclusive agregados, no plano de saúde, desde que indicados pela **CONTRATANTE**, não cabendo à **CONTRATADA** qualquer exigência e/ou restrição quanto ao número mínimo ou máximo para inclusão e/ou exclusão.

9.7.6.3 - O servidor da CONTRATANTE que, na data do início da vigência do contrato, estiver afastado do trabalho por motivo de doença, poderá ser inscrito nas coberturas do contrato, bem como seus respectivos dependentes e agregados.

9.7.6.4 - As informações de inclusões e exclusões serão enviadas para a **CONTRATADA** por meio de arquivos de texto conforme *layout* acordado entre as partes. Em até 2 (dois) dias úteis, a **CONTRATADA** deverá enviar um arquivo de retorno confirmando o processamento dos dados enviados.

9.7.6.5 - A CONTRATANTE encaminhará informação à **CONTRATADA**, contendo a relação de inclusões e exclusões de beneficiários, até o dia 20 de cada mês ou no dia útil imediatamente posterior.

9.7.6.5.1 - As informações para uso da carteira de identificação virtual deverão ser repassadas pela **CONTRATADA** em até 5 (cinco) dias, contados do procedimento de movimentação do arquivo de inclusão.

9.7.6.5.2 - As carteiras de identificação virtuais deverão estar disponíveis para todos os beneficiários até a data de início da vigência da inclusão no plano de saúde.

9.7.6.5.3 - A CONTRATADA emitirá as carteiras de identificação físicas para todos os beneficiários que solicitarem e para todos os beneficiários com idade a partir de 66 (sessenta e seis) anos.

9.7.6.5.3.1 - O prazo para entrega das carteiras de identificação físicas à CONTRATANTE, novas ou segundas vias, é de até 15 (quinze) dias úteis, contados da data da solicitação do beneficiário.

9.7.6.5.3.2 - O prazo para entrega das primeiras vias das carteiras de identificação físicas à CONTRATANTE, referente aos beneficiários com idade a partir de 66 (sessenta e seis) anos, é de até 3 (três) dias úteis anteriores à data de início da vigência da inclusão no plano de saúde.

9.7.6.5.3.3 - O custeio da emissão e envio das carteiras de identificação físicas à CONTRATANTE ficará integralmente a cargo da **CONTRATADA**.

9.7.6.5.3.4 - A entrega das novas carteiras de identificação físicas para todos os beneficiários que solicitarem e para todos os beneficiários com idade a partir de 66 (sessenta e seis) anos

deverá ser entregue no endereço da **CONTRATANTE**, que se responsabilizará pela distribuição.

9.7.6.5.3.5 - No caso de solicitação de segunda via, as carteiras deverão ser entregues no posto interno de atendimento da **CONTRATADA**, que assumirá integral responsabilidade pela distribuição das carteiras.

9.7.6.5.4 - Em caráter excepcional e devidamente justificado, para fins de ajustes administrativos, poderão ser realizadas inclusões ou exclusões de beneficiários fora do prazo citado no subitem 9.7.6.5, ficando tais movimentações sujeitas à cobrança proporcional da mensalidade, calculada com base no período efetivo de cobertura.

9.7.6.5.5 – Inclusões de recém-nascido poderão ocorrer a qualquer momento, conforme regulamentação da ANS.

9.7.7 - Da carência, inclusão e migração de beneficiários entre os planos estadual e nacional

9.7.7.1 - A inclusão será sem exigência de cumprimento de período de carência se for solicitada pelo titular:

- a)** até 60 (sessenta) dias contados da vigência do contrato;
- b)** até 60 (sessenta) dias contados da vinculação do beneficiário à **CONTRATANTE**, tanto para inclusão de titular quanto para dependentes e agregados;
- c)** até 60 (sessenta) dias contados da data do nascimento do recém-nascido;
- d)** até 60 (sessenta) dias contados da data do casamento ou da data do início da convivência da união estável.

9.7.7.1.1 - Para os ingressos que ocorrerem fora dessas hipóteses, haverá exigência de cumprimento de carência conforme os prazos estabelecidos abaixo:

Procedimento	Prazo
Atendimento de urgência e emergência	24 horas
Consultas e procedimentos básicos de diagnóstico e terapia	30 dias
Cirurgias ambulatoriais	120 dias
Demais cirurgias	180 dias
Procedimentos especiais de diagnóstico e terapia	180 dias
Diálise, hemodiálise e fisioterapia	180 dias
Internações	180 dias
Demais procedimentos e terapias	180 dias
Parto a termo	300 dias

9.7.7.2 - Na hipótese de nova posse, em até 60 (sessenta) dias da exoneração do beneficiário titular, mantém-se a condição que estava previamente à exoneração, relativa ao plano de saúde do titular e de seus dependentes e agregados.

9.7.7.2.1 - Se o beneficiário titular e/ou seus dependentes e agregados não estavam incluídos no plano no momento da exoneração, deverão ser cumpridos os prazos de carência em caso de solicitação de inclusão na nova posse.

9.7.7.2.2 - Se o beneficiário titular e/ou seus dependentes e agregados estavam incluídos no plano no momento da exoneração, não poderão ser excluídos se não tiver sido cumprido o

prazo de 12 (doze) meses de permanência.

9.7.7.3 - A migração de beneficiários entre os planos estadual e nacional poderá ser realizada a critério do beneficiário titular em qualquer data, sem exigência de qualquer cumprimento de período de carência.

9.7.7.4 - Em caso de rescisão ou cancelamento do contrato, e caso seja de interesse dos beneficiários permanecerem como clientes particulares da empresa **CONTRATADA**, essa deverá disponibilizar plano de assistência à saúde, na modalidade individual ou familiar, ao universo de beneficiários interessados, que se responsabilizarão pelo pagamento direto, ficando assegurada a isenção de qualquer tipo de carência, observadas as seguintes regras:

a) os beneficiários interessados, anteriormente inscritos no plano cancelado ou rescindido, deverão fazer opção pelo produto individual ou familiar da **CONTRATADA** no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento ou rescisão;

b) a **CONTRATANTE** deverá informar ao beneficiário inscrito sobre o cancelamento do benefício em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção de que trata a alínea "a" supra;

c) os preços a serem praticados serão aqueles estipulados pela operadora, vigentes à época.

9.7.7.5 - Não será admitida qualquer imputação de Cobertura Parcial Temporária – CPT – para Doença ou Lesões Preexistentes – DLP.

9.7.8 - Da remoção

9.7.8.1 - A **CONTRATADA** deverá garantir a remoção no território nacional, em casos de urgência e de emergência, entre hospitais ou serviços de pronto-atendimento, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano de saúde, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação.

9.7.8.1.1 - A **CONTRATADA** deverá assegurar a remoção do beneficiário hospitalizado, via terrestre, dentro dos limites estabelecidos pela Resolução Normativa ANS nº 566, de 2022 ou outra resolução da ANS que venha a substituí-la.

9.7.8.2 - A **CONTRATADA** deverá oferecer serviço de remoção em ambulância, conforme indicação médica, inclusive dotada de CTI móvel, nos casos de urgência e emergência, sem limite de quantidade ou valor.

9.7.8.2.1 - O serviço de remoção em ambulância estará disponível continuamente, 24 (vinte e quatro) horas por dia, com o acompanhamento médico e os recursos materiais que se fizerem necessários.

9.7.8.3 - A **CONTRATADA** deverá oferecer serviço de remoção aérea em todo o território nacional, por meio de aeronaves devidamente equipadas para situações que exijam cuidados médicos imediatos e intensivos com risco de vida, exclusivamente por indicação médica, observando-se os seguintes aspectos:

a) o diagnóstico e as condições gerais do paciente;

b) o horário e local em que se encontra o paciente;

c) os locais de pouso e condições meteorológicas;

d) a distância, o tempo de remoção e a proximidade de recurso tecnicamente mais adequado.

9.7.8.3.1 - É admitida a subcontratação do serviço de remoção aeromédica, por se tratar de atividade altamente especializada, que demanda certificações técnicas e regulatórias específicas, não integrantes do núcleo principal das operadoras de planos de saúde, as quais permanecem responsáveis pela gestão assistencial.

9.7.8.3.1.1 - A subcontratação do serviço de remoção aeromédica não implica transferência do

objeto contratual, permanecendo a **CONTRATADA** integral e solidariamente responsável pela execução do serviço, pela segurança do beneficiário e pelo cumprimento das obrigações contratuais, assistenciais e regulatórias, nos termos da Lei nº 14.133, de 2021.

9.7.8.3.1.2 - É vedada a subcontratação em cadeia ou a cessão do serviço a terceiros não previamente indicados e autorizados pela **CONTRATANTE**.

9.7.8.3.1.3 - A **CONTRATANTE** poderá, a qualquer tempo, solicitar a substituição da empresa subcontratada, caso seja constatado:

a) descumprimento das exigências técnicas, regulatórias ou contratuais;

b) perda de certificações obrigatórias.

9.7.8.3.1.3.1 - A substituição não afastará a responsabilidade integral da **CONTRATADA**, nem suspenderá a execução do contrato.

9.7.8.4 - O serviço de remoção aeromédica estará disponível continuamente, 24 (vinte e quatro) horas por dia, com o acompanhamento médico e os recursos materiais que se fizerem necessários.

9.7.8.4.1 - A solicitação da remoção aérea do paciente será feita à central de atendimento da **CONTRATADA** exclusivamente pelo médico que prestar atendimento ao paciente.

9.7.8.5 - A remoção aérea será efetuada, conforme indicação médica, entre hospitais ou serviços de pronto-atendimento, em casos de urgência ou emergência, independentemente de necessidade de internação em CTI.

9.7.8.5.1 - A remoção aérea também será realizada na hipótese de retorno ao local de domicílio, quando o quadro clínico permitir e existirem reais benefícios à recuperação do beneficiário, sob indicação médica, estando impedido de retornar por outros meios de transporte, desde que a transferência seja realizada entre hospitais ou serviços de pronto atendimento.

9.7.8.6 - O serviço de remoção aérea será de adesão obrigatória para todos os beneficiários, a partir da data de inclusão no plano de saúde, sem cobrança de valor de mensalidade.

9.7.8.7 - Para a utilização do serviço de remoção aérea não será exigido cumprimento de período de carência, desde que a inclusão no plano ocorra dentro dos prazos previstos no subitem 9.7.7.1.

9.7.8.7.1 - Para os ingressos que ocorrerem fora dos prazos previstos no subitem 9.7.7.1, haverá exigência de cumprimento de carência para a utilização do serviço de remoção aérea, no período de 60 (sessenta) dias.

9.7.9 - Do posto interno de atendimento

9.7.9.1 - A **CONTRATADA** deverá manter, nas dependências da **CONTRATANTE**, em local por essa disponibilizado, em Belo Horizonte, uma unidade de posto interno de atendimento, durante horário comercial, destinado ao uso exclusivo dos beneficiários do plano de saúde da **CONTRATANTE**, para fins de autorizações, internações, transcrição de procedimentos emitidos por médicos da **CONTRATANTE** ou terceiros particulares, esclarecimentos e quaisquer informações pertinentes à utilização dos serviços contratados.

9.7.9.2 - O ônus para implantação, manutenção e operacionalização dos serviços oferecidos pelo posto interno de atendimento é da **CONTRATADA**.

9.7.9.3 - A referência para a prestação dos serviços prestados pelo posto interno de atendimento será a Gerência-Geral de Saúde Ocupacional - GSO -, localizada na Rua Rodrigues Caldas, nº 79, Santo Agostinho, Belo Horizonte/MG.

9.7.10 - Dos planos e da coparticipação:

9.7.10.1 - Os planos estadual e nacional deverão ser ofertados independentemente da quantidade de beneficiários inscritos.

9.7.10.2 - O valor da mensalidade para os beneficiários mãe/madrasta e pai/padrasto não deve ultrapassar 3 (três) vezes o valor da mensalidade *per capita* dos demais beneficiários, de acordo com o plano contratado.

9.7.10.3 - A coparticipação em consultas médicas terá os seguintes valores fixos e não poderão ser alterados pela **CONTRATADA**:

Tipo de consulta	Preço por consulta
Eletiva	R\$25,00
Pronto Atendimento / Pronto Socorro	R\$28,00

9.7.10.4 – O prazo máximo para a cobrança de coparticipações será de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de realização da consulta médica.

9.8 - DOS DIREITOS E DOS DEVERES DAS PARTES

9.8.1 - Constituem deveres da **CONTRATADA**:

a) cumprir todas as obrigações constantes neste instrumento, seus anexos e sua proposta, assumindo como exclusivamente seus os riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto;

b) efetuar a execução do objeto em perfeitas condições, conforme especificações, prazo e local constantes neste instrumento;

c) responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes do objeto;

d) corrigir, às suas expensas, no todo ou em parte, o objeto em que se verificarem vícios ou defeitos;

e) comunicar à **CONTRATANTE**, no prazo mínimo de 24 (vinte e quatro) horas que antecede a data da conclusão, os motivos que impossibilitem o cumprimento do prazo previsto, com a devida comprovação;

f) manter o mínimo de rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada por localidade, conforme exigido neste instrumento;

g) responder pelo cumprimento das normas legais vigentes de âmbito federal, estadual e municipal, bem como assegurar o cumprimento das obrigações estabelecidas por regulamentação da ANS, inclusive quanto aos preços praticados no contrato;

h) atender prontamente às solicitações que se fizerem necessárias referentes à prestação de serviços contratados pela **CONTRATANTE**;

i) prestar, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, a contar da solicitação, as informações e os esclarecimentos solicitados pelo fiscal do contrato, cujas reclamações se obrigam prontamente a atender, salvo por motivo justo e comprovadamente alheio à vontade da **CONTRATADA**;

j) prestar os serviços de forma meticulosa e constante, mantendo-os sempre em ordem;

k) fornecer mensalmente, por meio de arquivo eletrônico, o demonstrativo de resultado do contrato, em que conste a receita, o custo e o índice de sinistralidade mensal, pelo período de 12 (doze) meses;

l) em nenhuma hipótese, veicular publicidade ou qualquer outra informação acerca da

prestação dos serviços, sem prévia autorização da **CONTRATANTE**;

m) manter, durante o período de vigência do contrato, um preposto especialmente designado para representá-la, aceito pela **CONTRATANTE**, o qual deverá informar endereço eletrônico e número de telefone ao fiscal do contrato, devendo atender aos chamados da **CONTRATANTE**, mesmo fora do horário de expediente, sem que com isso ocorra qualquer ônus;

n) substituir, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas após notificação, sempre que exigido pela **CONTRATANTE**, após discussão entre as partes, o seu preposto, cuja atuação, permanência e/ou comportamento sejam julgados prejudiciais, inconvenientes ou insatisfatórios à disciplina da **CONTRATANTE** ou ao interesse do serviço público;

o) responsabilizar-se pelos ônus resultantes de ações, demandas, custos e despesas decorrentes de danos comprovados, ocorridos por culpa sua ou de qualquer de seus empregados e prepostos, obrigando-se também por quaisquer responsabilidades decorrentes de ações judiciais movidas por terceiros, que lhe venham a ser exigidas por força da lei, ligadas ao cumprimento do contrato;

p) acatar as orientações da **CONTRATANTE**, sujeitando-se à mais ampla e irrestrita fiscalização nas instalações disponibilizadas, prestando os esclarecimentos solicitados e atendendo às reclamações formuladas;

q) prestar esclarecimentos à **CONTRATANTE** sobre eventuais atos ou fatos noticiados que envolvam a prestação de serviços, quando solicitados;

r) manter sigilo de todos os dados e informações relativos ao contrato firmado, não divulgando nem fornecendo quaisquer dados e informações referentes aos serviços realizados ou sobre o local de execução dos serviços, a qualquer tempo, em qualquer lugar ou a qualquer pretexto que seja;

s) proceder às inclusões e exclusões dos usuários em seus planos de assistência à saúde, conforme determinação da **CONTRATANTE**;

t) oferecer e disponibilizar atendimento de urgência e emergência em todo o território nacional;

u) permitir e facilitar à **CONTRATANTE** o acesso a toda a documentação relativa à execução do contrato;

v) ressarcir à **CONTRATANTE** o valor correspondente ao pagamento de multas, indenizações ou outros encargos que lhe forem impostos, em decorrência do descumprimento do contrato e/ou de normas legais ou regulamentares relacionados à execução do objeto;

w) comunicar imediatamente quaisquer irregularidades que possam comprometer a eficiência, responsabilidade e qualidade dos serviços, dando ciência ao gestor do contrato, por escrito, para a adoção das providências cabíveis;

x) responsabilizar-se, civil e penalmente, e proceder à indenização respectiva por todo e qualquer dano causado, direta ou indiretamente, à **CONTRATANTE** ou a seus servidores ou terceiros, em função da execução do objeto do contrato, decorrente de culpa ou dolo de prepostos, empregados, terceirizados, diretores, representantes e demais agentes da **CONTRATADA**, não excluindo ou reduzindo dessa responsabilidade a fiscalização ou o acompanhamento da execução dos serviços pela **CONTRATANTE**;

y) responsabilizar-se perante a **CONTRATANTE** pelos danos ou desvios causados aos bens que lhe forem confiados ou a seus prepostos, devendo efetuar o ressarcimento correspondente imediatamente após o recebimento da notificação da **CONTRATANTE**, sob pena de glosa de qualquer importância que tenha a receber ou de cobrança judicial;

z) não se valer do contrato para assumir obrigações perante terceiros, dando-o como garantia, nem utilizar os direitos de crédito, a serem auferidos em função dos serviços prestados, em

quaisquer operações de desconto bancário, sem prévia autorização da **CONTRATANTE**;

aa) apresentar, sempre que solicitados pela **CONTRATANTE**, relatórios de utilização e de estatísticas do serviço prestado, por meio eletrônico, podendo a **CONTRATANTE** realizar consultoria e/ou auditoria técnica nos dados assistenciais dos beneficiários, a qualquer momento;

ab) manter serviço de central telefônica gratuita de atendimento ininterrupto, inclusive em feriados, de modo a facilitar o atendimento ao usuário nos casos de urgência e emergência, visando também auxiliar os interessados na escolha do melhor local para atendimento e prestação de outros esclarecimentos e informações com relação à rede credenciada;

ac) fornecer aos usuários do plano de saúde, quando for o caso, autorizações para consultas, intervenções, internações, exames e outros documentos necessários, bem como carteiras individuais de identificação virtual, ou física quando solicitada pelo beneficiário, e Guia de Serviços;

ac.1) a emissão e o envio à **CONTRATANTE** de quaisquer vias das carteiras de identificação ou de documentos para utilização dos serviços prestados pela **CONTRATADA** não implicarão custos para a **CONTRATANTE** e seus beneficiários;

ac.2) possuir meios próprios para invalidar carteiras de identificação, quando canceladas, extraviadas ou quando da rescisão do contrato, considerando que a **CONTRATANTE** não se compromete a devolver as carteiras de identificação entregues aos seus beneficiários;

ac.3) fornecer para todos os beneficiários a partir de 66 (sessenta e seis) anos carteiras físicas individuais de identificação;

ad) providenciar a imediata correção das deficiências nos serviços contratados, apontadas pela **CONTRATANTE**, em até 30 (trinta) dias, contados a partir do apontamento, sob pena de incorrer em inexecução do contrato;

ad.1) havendo justo motivo, o prazo estabelecido na alínea "ad" poderá ser prorrogado a critério da **CONTRATANTE**;

ae) fornecer aos usuários do plano de saúde, quando for o caso, por meio de aplicativo e/ou site da **CONTRATADA**, o demonstrativo de cobranças de coparticipação em consulta, constando valor, data do atendimento, prestador do serviço, usuário, entre outros;

af) em atendimento ao Guia de Sustentabilidade nas Contratações da **CONTRATANTE** e ao Guia Nacional de Contratações Sustentáveis, a **CONTRATADA** deverá adotar as seguintes práticas de sustentabilidade na execução dos serviços:

af.1) práticas de sustentabilidade ambiental, quando da execução dos serviços, utilizando produtos biodegradáveis, atóxicos, economizando energia, gás, água, assim como separar seletivamente os resíduos oriundos da prestação dos serviços;

af.2) proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde e daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral, consubstanciada na Norma Regulamentadora NR 32/ABNT;

af.3) aplica-se, no que couber, a Lei nº 12.305, de 2010, que dispõe acerca da instituição de Política Nacional de Resíduos Sólidos.

9.8.2 - Constituem direitos e deveres da **CONTRATANTE:**

a) receber o objeto no prazo e condições estabelecidas neste instrumento e seus anexos;

b) verificar, minuciosamente, no prazo fixado, a conformidade dos serviços prestados com as especificações constantes do instrumento convocatório e da proposta, para fins de aceitação do objeto e recebimento definitivo;

- c) comunicar à **CONTRATADA**, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas no objeto, para que seja substituído, reparado ou corrigido;
- d) acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações da **CONTRATADA**, por servidor especialmente designado;
- e) efetuar o pagamento à **CONTRATADA** no valor correspondente à prestação do serviço, no prazo e forma estabelecidos neste instrumento e seus anexos;
- f) disponibilizar à **CONTRATADA** informação necessária à execução do objeto do contrato, sempre que solicitada;
- g) encaminhar informação, conforme subitem 9.7.6 deste instrumento, contendo relação de inclusões e exclusões de beneficiários para emissão ou cancelamento da carteira de identificação ou, quando houver necessidade, para confecção da 2ª (segunda) via, quando for o caso.

9.8.2.1 - A **CONTRATANTE** não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela **CONTRATADA** com terceiros, ainda que vinculados à execução do contrato, nem por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da **CONTRATADA** ou de seus agentes, prepostos, empregados ou terceirizados.

9.9 - DA GESTÃO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

9.9.1 - A execução do contrato será acompanhada e fiscalizada pela **CONTRATANTE**, por intermédio da Gerência-Geral de Saúde Ocupacional – GSO –, área gestora do contrato, que deverá manter contato permanente com o representante da **CONTRATADA**.

9.9.2 - A ação fiscalizadora da **CONTRATANTE** não fará cessar nem diminuir a responsabilidade da **CONTRATADA** pelo perfeito cumprimento das obrigações estipuladas neste instrumento, nem por quaisquer danos, inclusive quanto a terceiros, ou irregularidades constatadas.

9.9.3 - À equipe fiscal da **CONTRATANTE** compete, dentre outras providências:

- a) sustar, no todo ou em parte, a execução dos serviços, sempre que a medida for considerada necessária;
- b) recusar qualquer serviço que não atenda às especificações mencionadas neste instrumento;
- c) decidir acerca das questões que se apresentarem durante a execução do contrato;
- d) acertar com a **CONTRATADA** as alterações que forem julgadas convenientes ou necessárias.

9.9.4 - Os serviços serão recebidos provisoriamente, pelo(s) fiscal(is) do contrato, no prazo de 2 (dois) dias úteis a contar do recebimento dos arquivos de conferência da fatura, mediante termo detalhado, quando verificado o cumprimento das exigências de caráter técnico.

9.9.4.1 - O prazo da disposição acima será contado do recebimento dos arquivos de conferência da fatura, previsto nos subitens 9.13.2.1 e 9.13.2.2, e do relatório com as devoluções proporcionais de mensalidade em razão de falecimento de beneficiários, previsto no subitem 9.13.2.3, com a comprovação da prestação dos serviços a que se refere a parcela a ser paga.

9.9.4.2 - Em caso de erros nos arquivos das faturas ou no relatório com o crédito proporcional em razão de falecimento, a **CONTRATADA** será comunicada, devendo proceder os ajustes em até 1 (um) dia útil.

9.9.4.3 - A fiscalização não efetuará o ateste da última e/ou única medição de serviços até que sejam sanadas todas as eventuais pendências que possam vir a ser apontadas no recebimento provisório.

9.9.4.4 - Após o recebimento provisório, a **CONTRATADA** será comunicada, por escrito, para que emita os documentos fiscais e os relatórios com os dados das despesas constantes nos documentos, previstos nos subitens 9.13.2.5 e 9.13.2.6.

9.9.4.5 - A **CONTRATADA** poderá contestar o valor apurado pela fiscalização, de maneira fundamentada, apresentando documentos ou elementos que corroborem seus argumentos, ou emitir o documento fiscal relativo ao valor informado pelo fiscal do contrato, até o primeiro dia útil do mês seguinte ao término do mês de prestação dos serviços.

9.9.5 - Os serviços serão recebidos definitivamente, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados do recebimento dos documentos fiscais e dos relatórios com os dados das despesas constantes nos documentos, previstos nos subitens 9.13.2.5 e 9.13.2.6, após a verificação das especificações dos serviços e consequente aceitação, mediante termo detalhado que comprove o atendimento das exigências contratuais, obedecendo os seguintes procedimentos:

a) realizar a análise do relatório com os dados dos documentos fiscais contendo a relação individualizada de todas as despesas decorrentes do valor da mensalidade *per capita* e coparticipação em consultas médicas, relativos à movimentação do mês de competência da prestação dos serviços objeto do faturamento;

b) caso haja irregularidades que impeçam a liquidação e o pagamento da despesa, solicitar à **CONTRATADA**, por escrito, as correções, que deverá proceder os ajustes em 1 (um) dia útil.

9.9.6 - A **CONTRATANTE** poderá, a qualquer tempo, recusar os serviços, no todo ou em parte, quando em desacordo com as especificações constantes neste instrumento, devendo ser substituídos no prazo de 10 (dez) dias úteis, a contar da notificação da **CONTRATADA**, às suas custas, sem prejuízo da aplicação das penalidades.

9.9.7 - Os recebimentos provisórios e definitivos da contratante não farão cessar nem diminuir a responsabilidade da contratada pelo perfeito cumprimento das obrigações estipuladas neste instrumento, nem por quaisquer danos, inclusive quanto a terceiros, ou irregularidades constatadas.

9.9.8 - O(s) fiscal(is) anotar(ão) em registro próprio todas as ocorrências relacionadas com a execução do contrato, indicando dia, mês e ano, bem como o nome dos funcionários eventualmente envolvidos, determinando o que for necessário à regularização das falhas ou defeitos observados e encaminhando os apontamentos ao gestor do contrato, para as providências cabíveis.

9.9.9 - Após a publicação do contrato no PNCP, a **CONTRATANTE** poderá convocar o representante da **CONTRATADA** para reunião inicial para apresentação do plano de fiscalização, que conterá informações acerca das obrigações contratuais, dos mecanismos de fiscalização, das estratégias para execução do objeto, do plano complementar de execução da **CONTRATADA**, quando houver, do método de aferição dos resultados e das sanções aplicáveis, dentre outros.

9.9.10 - As comunicações entre **CONTRATANTE** e **CONTRATADA** devem ser realizadas por escrito sempre que o ato exigir tal formalidade, admitindo-se o uso de mensagem eletrônica para esse fim.

9.10 - DA VIGÊNCIA DO CONTRATO E DO CRITÉRIO DE REAJUSTE

9.10.1 - A vigência do contrato será de 1º de junho de 2026 a 31 de maio de 2027, prorrogável na forma da lei.

9.10.2 - O contrato poderá ser prorrogado sucessivamente, respeitada a vigência máxima decenal, desde que a autoridade competente ateste que as condições e os preços permanecem vantajosos para a Administração, permitida a negociação com a **CONTRATADA** ou a extinção contratual sem ônus para qualquer das partes.

9.10.3 - Os preços poderão sofrer reajuste anual, a pedido da **CONTRATADA**, observados os seguintes critérios:

a) caso a sinistralidade calculada para o período seja igual ou menor que 75%, o índice de reajuste a ser aplicado ao contrato será limitado pela variação acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA –, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE –, publicada no mês de fevereiro de cada ano.

b) caso a sinistralidade calculada para o período seja maior que 75%, o percentual de reajuste terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período, calculado pela fórmula $IR = [(IU/75) - 1] * 100$, sendo:

IR = índice de reajuste

IU = sinistralidade do contrato calculada para o período

b.1) caso o IR calculado seja inferior à variação acumulada do IPCA, publicada no mês de fevereiro de cada ano, aplica-se o IPCA;

c) a sinistralidade deverá ser apurada pela fórmula $IU = (\text{Custo} - \text{Coparticipação}) / \text{Receita}$, sendo:

IU = sinistralidade do contrato calculada para o período

Custo = custos oriundos da utilização dos serviços

Coparticipação = valores pagos referentes à coparticipação em consultas

Receita = valores pagos referentes às mensalidades

d) o período de apuração da sinistralidade será:

d.1) para o primeiro reajuste contratual: será considerada a sinistralidade do período entre junho de 2026 a janeiro de 2027, pois a sinistralidade do contrato somente poderá ser aferida após o início de sua vigência, além de ser necessário prazo hábil para negociação e para o processo de renovação do contrato antes do seu vencimento;

d.2) para os demais reajustes: será considerada a sinistralidade do período de 12 (doze) meses, a contar de fevereiro do ano anterior a janeiro do ano de reajuste.

9.10.4 - À **CONTRATADA** incumbirá a demonstração do cálculo da sinistralidade do plano de assistência à saúde e da memória do respectivo cálculo, como pré-requisito para o reajustamento dos preços.

9.10.5 - Para averiguar a sinistralidade do contrato, a **CONTRATANTE** poderá solicitar relatório gerencial constando, no mínimo, os seguintes indicadores assistenciais:

a) número de consultas por beneficiário;

b) percentual das despesas assistenciais gastas com consulta;

c) percentual das despesas assistenciais gastas com exames complementares e terapias;

d) índice de internação hospitalar;

e) custo médio de internação;

f) percentual das despesas assistenciais gastas com internações hospitalares;

g) outros indicadores que a **CONTRATANTE** considerar necessários.

9.10.6 - A **CONTRATADA** estará sujeita a auditorias médicas eventualmente determinadas pela **CONTRATANTE**.

9.10.7 - O valor inicialmente contratado referente à coparticipação em consulta poderá sofrer reajuste anual, a pedido da **CONTRATADA**, observado o período mínimo de 1 (um) ano, no mesmo percentual de reajuste do contrato, conforme definido no subitem 9.10.3.

9.10.8 - Será aplicado índice percentual de reajuste único para os planos. Para o cálculo do índice de reajuste, a **CONTRATADA** deverá considerar os custos assistenciais e receitas de ambos os planos de forma conjunta.

9.10.8.1 - A **CONTRATADA** deverá apresentar relatório detalhado em que conste o cálculo da sinistralidade separadamente por plano e o cálculo da sinistralidade considerando ambos os planos em conjunto.

9.10.9 - As partes poderão suscitar, a qualquer tempo, o restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro do contrato em caso de força maior, caso fortuito ou em decorrência de fatos imprevisíveis ou previsíveis de consequências incalculáveis que inviabilizem a execução do contrato.

9.10.9.1 - Para análise do desequilíbrio econômico-financeiro do contrato deverão ser apresentados documentos que comprovem, de forma inequívoca, a alteração da relação encargos/retribuição inicialmente pactuada.

9.11 - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

9.11.1 - As despesas decorrentes da presente licitação correrão à conta das dotação orçamentária 1011.01.031.729.4.239.0001.3390.10.1.

9.12 - DO PREÇO

9.12.1 - Pelo cumprimento do objeto, será pago o preço correspondente à oferta de menor valor, ou aquele negociado, conforme o subitem 5.14.

9.13 - DA LIQUIDAÇÃO DA DESPESA E DO PAGAMENTO

9.13.1 - A liquidação da despesa será realizada pela área gestora do contrato, por meio da aceitação formal do objeto, desde que cumpridas as exigências contratuais e mediante a apresentação dos documentos fiscais e Certidão Negativa de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União – CND.

9.13.1.1 - Para fins de empenho e pagamento, a **CONTRATADA** deverá possuir cadastro ativo no Portal de Compras (www.compras.mg.gov.br) e os documentos relativos à prova de quitação com a Fazenda Federal, prova de quitação com a Fazenda Estadual e Certificado de Regularidade do FGTS deverão estar vigentes no Certificado de Registro Cadastral do Fornecedor – CRC.

9.13.2 - A **CONTRATADA** deverá apresentar os seguintes documentos referentes às despesas do mês de competência da prestação dos serviços objeto do faturamento:

9.13.2.1 - Arquivos de conferência das cobranças de mensalidades:

a) deverão ser emitidos 4 (quatro) arquivos, de acordo com o tipo de plano e beneficiários:

a.1) beneficiários (exceto pais/mães/madrastas/padrastos) - plano estadual;

a.2) beneficiários (exceto pais/mães/madrastas/padrastos) - plano nacional;

a.3) pais/mães/madrastas/padrastos - plano estadual;

a.4) pais/mães/madrastas/padrastos - plano nacional;

b) no arquivo, deverá constar o nome do beneficiário, número de identificação na **CONTRATADA**, data de nascimento, tipo de plano, número da matrícula na **CONTRATANTE**, valor da mensalidade *per capita* e outros dados definidos pelas partes;

c) os dados deverão ser enviados para a **CONTRATANTE** por meio de arquivos de texto,

conforme *layout* acordado entre as partes;

d) os arquivos deverão ser enviados até o primeiro dia útil do mês seguinte ao da competência que está sendo cobrada;

e) a **CONTRATANTE** comunicará à **CONTRATADA** o aceite, em 2 (dois) dias úteis, após a conferência dos arquivos enviados;

f) em caso de erros nos arquivos das faturas, a **CONTRATADA** será comunicada, devendo proceder os ajustes em 1 (um) dia útil.

9.13.2.2 - Arquivos de conferência de cobrança de coparticipação:

a) deverão ser emitidos 4 (quatro) arquivos, de acordo com o tipo de plano e beneficiários:

a.1) beneficiários (exceto pais/mães/madras/madrastos) - plano estadual;

a.2) beneficiários (exceto pais/mães/madras/madrastos) - plano nacional;

a.3) pais/mães/madras/madrastos - plano estadual;

a.4) pais/mães/madras/madrastos - plano nacional;

b) no arquivo, deverá constar o nome do beneficiário, número de identificação na **CONTRATADA**, tipo de plano, número da matrícula na **CONTRATANTE**, valor da coparticipação em consultas médicas e outros dados definidos pelas partes;

c) os dados deverão ser enviados para a **CONTRATANTE** por meio de arquivos de texto, conforme *layout* acordado entre as partes;

d) os arquivos deverão ser enviados até o primeiro dia útil do mês seguinte ao da competência que está sendo cobrada;

e) a **CONTRATANTE** comunicará à **CONTRATADA** o aceite, em 2 (dois) dias úteis, após a conferência dos arquivos enviados;

f) em caso de erros nos arquivos das faturas, a **CONTRATADA** será comunicada, devendo proceder os ajustes em 1 (um) dia útil.

9.13.2.3 - Relatórios com as devoluções proporcionais de mensalidade em razão de falecimento de beneficiários:

a) deverão constar a relação individualizada de valor por beneficiário;

b) deverão ser enviados para a **CONTRATANTE** por meio eletrônico;

c) os relatórios deverão ser enviados até o primeiro dia útil do mês seguinte ao da competência que está sendo cobrada;

d) a **CONTRATANTE** comunicará à **CONTRATADA** o aceite, em 2 (dois) dias úteis, após a conferência dos arquivos enviados;

e) em caso de erros nos arquivos das faturas, a **CONTRATADA** será comunicada, devendo proceder os ajustes em 1 (um) dia útil.

9.13.2.4 - Arquivo para segregação do faturamento:

a) deverá ser enviado para a **CONTRATANTE** por meio de arquivo de texto único, conforme *layout* acordado entre as partes;

b) deverá constar a relação de todos os valores individualizados por beneficiário;

c) o prazo de envio é de 1 (um) dia útil após o aceite pela **CONTRATANTE** dos arquivos citados nos subitens 9.13.2.1 e 9.13.2.2;

d) a **CONTRATANTE** comunicará à **CONTRATADA**, em 2 (dois) dias úteis, o valor total referente à despesa extraorçamentária, para possibilitar a emissão de documento(s) fiscal(is) distinto(s) para processamento com diferentes fontes de recursos (orçamentários e

extraorçamentários).

9.13.2.5 - Relatórios com a discriminação dos dados dos documentos fiscais:

- a)** deverá ser emitido um relatório para cada documento fiscal emitido;
- b)** no arquivo, deverá constar o número de usuários, o número do documento fiscal correspondente, o resumo com valor do débito e do crédito, se houver, valor total cobrado e a relação individualizada por beneficiário de todas as despesas decorrentes do valor da mensalidade *per capita* ou coparticipação em consultas médicas;
- c)** os relatórios deverão ser enviados ou estar disponíveis em sítio eletrônico em até 1 (um) dia útil da comunicação pela **CONTRATANTE** do valor total referente à despesa extraorçamentária, descrita no subitem 9.13.2.4, alínea “d”.

9.13.2.6 - Notas fiscais eletrônicas:

- a)** deverão ser enviadas ou estar disponíveis em sítio eletrônico em até 1 (um) dia útil da comunicação pela **CONTRATANTE** do valor total referente à despesa extraorçamentária, descrita no subitem 9.13.2.4, alínea “d”;
- b)** deverão ser emitidas notas fiscais separadas, de acordo com o tipo de plano, beneficiários e cobrança (mensalidade ou coparticipação);
- c)** deverá(ão) ser emitida(s) nota(s) fiscal(is) separada(s), referente(s) ao valor total da despesa extraorçamentária, que será informado mensalmente pela **CONTRATANTE**, conforme alínea “d” do subitem 9.13.2.4.

9.13.2.7 - Caso haja necessidade, a **CONTRATANTE** poderá solicitar antecipação do envio dos arquivos.

9.13.3 - A **CONTRATANTE** promoverá, também, o desconto em folha de pagamentos dos beneficiários titulares referente às despesas não subsidiadas.

9.13.3.1 - As despesas não subsidiadas se referem às seguintes hipóteses:

- a)** parte da mensalidade de beneficiários titulares e dependentes não subsidiada pela **CONTRATANTE**;
- b)** valor integral da mensalidade dos seguintes beneficiários agregados:
 - b.1)** mãe ou madrasta e pai ou padrasto, que possuem renda superior a 5 (cinco) salários mínimos;
 - b.2)** mãe ou madrasta e pai ou padrasto de servidor que ocupa cargo acima do VL-43;
 - b.3)** filho ou enteado que não atenda aos critérios de dependência previstos no subitem 9.7.1.1.1.2.
- c)** coparticipação em consultas médicas, sendo um valor por consulta eletiva e um valor por consulta em pronto atendimento;
 - c.1)** o valor a ser descontado em folha de pagamento referente à coparticipação será informado mensalmente pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**, através dos arquivos de conferência de cobrança de coparticipação, previstos no subitem 9.13.2.2, e dos relatórios com a discriminação dos dados dos documentos fiscais, previstos no subitem 9.13.2.5.
 - c.2)** o valor da coparticipação em consultas médicas será pago pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**, conforme faturamento mensal, e, posteriormente, descontado em folha de pagamento do beneficiário titular.

9.13.4 - O pagamento será mensal, mediante processo administrativo. A **CONTRATADA** apresentará os documentos fiscais à GSO e a **CONTRATANTE** disporá de 10 (dez) dias úteis para efetuar o pagamento, contados do recebimento definitivo do objeto, por meio de depósito em conta bancária de titularidade da **CONTRATADA**, formalmente indicada com os

demais dados necessários à sua operacionalização, nos termos da Deliberação da Mesa nº 2.821, de 2023.

9.13.4.1 - Os documentos fiscais deverão ser encaminhados exclusivamente para e-mail a ser informado pela **CONTRATANTE**.

9.13.5 - Será aplicada a retenção do Imposto de Renda, nos termos do art. 2º-A, da Instrução Normativa da Receita Federal do Brasil nº 1.234, de 11 de janeiro de 2012.

9.13.6 - No caso de controvérsia sobre a execução do objeto, quanto à qualidade e quantidade, a parcela incontroversa deverá ser liberada no prazo previsto para pagamento.

9.13.7 - Havendo erro no documento fiscal ou nos documentos pertinentes à contratação, ou, ainda, circunstância que impeça a liquidação da despesa, o pagamento ficará sobrestado até que a **CONTRATADA** providencie as medidas saneadoras. Nesta hipótese, o prazo para pagamento iniciar-se-á após a comprovação da regularização da situação, não acarretando qualquer ônus para a **CONTRATANTE**.

9.13.8 - O pagamento será considerado realizado na data de emissão da respectiva ordem bancária.

9.13.9 - Em caso de atraso nos pagamentos por culpa da **CONTRATANTE**, incidirão, sobre o período compreendido entre a data limite para pagamento de cada parcela e a data do efetivo pagamento, juros de mora, calculados de acordo com o índice de remuneração da caderneta de poupança, e correção monetária, calculada pela variação acumulada do IPCA.

9.13.10 - A **CONTRATANTE** não efetuará pagamento antecipado, não sendo considerados os itens das propostas que assim se apresentarem.

9.14 - DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

9.14.1 - A apuração de responsabilidade e a aplicação de sanções observará o disposto na Deliberação da Mesa nº 2.821, de 2023.

9.14.2 - A pregoante ou **CONTRATADA** será responsabilizada administrativamente pelas seguintes infrações:

I - dar causa à:

a) inexecução parcial do contrato;

b) inexecução parcial do contrato que cause grave dano ao patrimônio ou à imagem da Assembleia Legislativa, aos serviços por ela prestados ou ao interesse coletivo decorrente de sua função institucional;

c) inexecução total do contrato;

II - deixar de entregar documentação exigida para o certame;

III - não manter a proposta, salvo em decorrência de fato superveniente devidamente justificado;

IV - deixar de celebrar o contrato ou de entregar a documentação exigida para a contratação quando convocada dentro do prazo de validade da proposta;

V - ensejar o retardamento da execução ou da entrega do objeto sem motivo justificado;

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

VII - fraudar a licitação ou praticar ato fraudulento na execução do contrato;

VIII - comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude de qualquer natureza;

IX - praticar atos ilícitos com vistas a frustrar os objetivos da licitação;

X - praticar ato lesivo previsto no art. 5º da Lei Federal nº 12.846, de 1º de agosto de 2013.

9.14.3 - A pregoante ou **CONTRATADA** que incidir nas condutas irregulares previstas estará sujeita às seguintes sanções:

I – advertência;

II – multa;

III – impedimento de licitar e contratar com a administração pública direta ou indireta do Estado de Minas Gerais, pelo prazo de até três anos;

IV – declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a administração pública direta e indireta dos entes federativos, pelo prazo de três a seis anos.

9.14.3.1 - A multa pode ser aplicada cumulativamente com as demais sanções.

9.14.3.2 - A aplicação das sanções previstas no subitem 9.14.3 não exclui a obrigação de reparação integral do dano causado à Assembleia Legislativa e não impede a extinção do contrato por ato unilateral da **CONTRATANTE**, em qualquer fase do processo de apuração de responsabilidade, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

9.14.4 - A multa compensatória poderá ser aplicada, isolada ou cumulativamente, ao responsável por infração administrativa.

9.14.5 - Se a conduta ocorrer durante a fase de seleção do fornecedor, os percentuais previstos no quadro 1 incidirão sobre o valor estimado da contratação.

9.14.6 - Nos contratos plurianuais, os percentuais previstos no quadro 1 incidirão sobre o valor anual atualizado do contrato.

9.14.7 - O atraso injustificado na execução do contrato sujeitará a **CONTRATADA** a multa de mora de 0,5% (meio por cento) por dia de atraso sobre o valor da parcela em atraso, até o limite de 30% (trinta por cento), correspondente a sessenta dias de atraso, na forma prevista em edital ou contrato.

9.14.8 - A aplicação de multa de mora não impedirá que a ALMG a converta em compensatória e promova a extinção unilateral do contrato, com a aplicação cumulada de outras sanções previstas.

9.14.9 - O valor da multa aplicada será:

I – retido dos pagamentos devidos pela **CONTRATANTE**, inclusive os decorrentes de outros contratos firmados com a **CONTRATADA**;

II – descontado do valor da garantia prestada, se houver;

III – pago por meio de depósito bancário; ou

IV – cobrado judicialmente.

9.14.10 - A dosimetria das sanções administrativas levará em consideração os intervalos abaixo discriminados, conforme disposto na Lei 14.133, de 2021, e nos Anexos I, II e III da Deliberação da Mesa nº 2.821, de 2023:

MULTA COMPENSATÓRIA	
Conduta ensejadora da sanção	Valor*
	*Obs.: Se a conduta ocorrer durante a fase de seleção do fornecedor, os percentuais incidirão sobre o valor estimado da contratação. No caso dos contratos plurianuais, os percentuais incidirão sobre o valor

	anual atualizado do contrato
Deixar de entregar a documentação exigida para a licitação.	De 0,5% a 1% sobre o valor contratado
Não manter a proposta, salvo em decorrência de fato superveniente, devidamente justificado.	
Não entregar a documentação exigida para a contratação, quando convocado dentro do prazo de validade de sua proposta.	
Ensejar o retardamento da execução ou da entrega do objeto sem motivo justificado.	
Dar causa à inexecução parcial do contrato.	De 5% a 20% sobre o valor da parcela não executada do objeto
Dar causa à inexecução parcial do contrato que resulte em grave dano à CONTRATANTE, ao funcionamento dos serviços ou ao interesse coletivo.	De 5% a 20% sobre o valor contratado
Dar causa à inexecução total do objeto do contrato.	
Não celebrar o contrato.	
Apresentar declaração ou documentação falsa exigida para a licitação ou prestar declaração falsa durante a licitação ou a execução do contrato.	De 20% a 30% sobre o valor contratado
Fraudar a licitação ou praticar ato fraudulento na execução do contrato.	
Comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude de qualquer natureza.	
Praticar atos ilícitos com vistas a frustrar os objetivos da licitação.	
Praticar ato lesivo previsto no art. 5º da Lei Federal nº 12.846, de 1º de agosto de 2013.	

IMPEDIMENTO DE LICITAR E CONTRATAR COM A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL	
Conduta ensejadora da sanção	Período de impedimento
Deixar de entregar a documentação exigida para a licitação.	Até quatro meses.
Não manter a proposta, salvo em decorrência de fato superveniente devidamente justificado.	
Não entregar a documentação exigida para a contratação, quando convocado dentro do prazo de validade de sua proposta.	Até seis meses.
Ensejar o retardamento da execução ou da entrega do objeto sem motivo justificado.	Até um ano.
Dar causa à inexecução parcial do contrato que cause grave dano à administração, ao funcionamento dos serviços públicos ou ao interesse coletivo.	Até dois anos.
Dar causa à inexecução total do contrato.	Até três anos.
Não celebrar o contrato.	

Quadro 2 – Impedimento de licitar e contratar com a Administração Pública Estadual

DECLARAÇÃO DE INIDONEIDADE PARA LICITAR OU CONTRATAR COM A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DOS ENTES FEDERATIVOS	
Conduta ensejadora da sanção	Período de duração da sanção* * Observado o mínimo de três anos e o máximo de seis anos
Apresentar declaração ou documentação falsa exigida para a licitação ou prestar declaração falsa durante a licitação ou a execução do contrato.	Até quatro anos.
Fraudar a licitação ou praticar ato fraudulento na execução do contrato.	Até seis anos.
Comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude de qualquer natureza.	
Praticar atos ilícitos com vistas a frustrar os objetivos da licitação.	
Praticar ato lesivo previsto no art. 5º da Lei Federal nº 12.846, de 1º de agosto de 2013.	

9.15 - DO FORO

9.15.1 - O foro da Comarca de Belo Horizonte é o competente para solucionar as questões oriundas desta contratação ou a atos dela decorrentes.

10 - DO CADASTRO DO USUÁRIO EXTERNO NO SEI-ALMG

10.1 - Caso o termo contratual venha a ser assinado eletronicamente, o(s) representante(s) legal(is) da pregoante adjudicatária receberá(ão) e-mail da ALMG solicitando que efetue(m) cadastro como usuário(s) externo(s) no Sistema Eletrônico de Informação – SEI-ALMG, endereço eletrônico https://sei.almg.gov.br/usuario_externo, por meio de e-mail e senha pessoais e intransferíveis.

10.1.1 - Para ativar o cadastro, o(s) representante(s) legal(is) da pregoante adjudicatária deverá(ão) enviar cópia de RG, CPF e comprovante de endereço para o e-mail: sei.cadastro@almg.gov.br. O teor e a autenticidade de documentos originais ou de cópias recebidos pela ALMG são de responsabilidade do interessado que os apresentou.

10.1.2 - São deveres do usuário externo do SEI: manter o sigilo da senha de acesso, atualizar os dados cadastrais sempre que necessário e verificar periodicamente o recebimento de e-mails. O usuário responderá administrativa, civil e penalmente pelas ações efetuadas por intermédio do acesso ao sistema.

10.2 - A realização do cadastro como usuário externo no SEI-ALMG, instituído por meio da Deliberação da Mesa nº 2.712, de 2019, importará a aceitação de todos os termos e condições que regem o processo eletrônico, admitindo como válida a assinatura eletrônica na modalidade cadastrada (*login/senha*), nos termos da Deliberação da Mesa nº 2.710, de 2019, tendo como consequência a responsabilidade pelo uso indevido das ações efetuadas, as quais serão passíveis de apuração civil, penal e administrativa.

11 - DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

11.1 - AS PARTES obrigam-se a proteger os dados pessoais de que terão acesso em função deste contrato, bem como a cumprir todas determinações da Lei Federal nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD) e dos órgãos reguladores/fiscalizadores da matéria, atuando em perfeita conformidade com as políticas de proteção de dados pessoais existentes.

11.2 - AS PARTES, quando for o caso, deverão possibilitar o exercício dos direitos do titular dos dados pessoais, conforme legislação brasileira vigente, comprometendo-se a informá-lo sobre as regras, diretrizes e finalidades de tratamento de seus dados pessoais no âmbito da realização das atividades decorrentes deste instrumento.

11.3 - A CONTRATADA deverá manter sigilo em relação aos dados pessoais tratados em virtude deste instrumento, garantindo que todos os seus empregados estejam comprometidos e sujeitos ao dever de confidencialidade, bem como devidamente instruídos e capacitados para o tratamento de dados pessoais.

11.3.1 - O dever de confidencialidade mantém-se ainda que a relação entre as partes venha a ser extinta, independentemente dos motivos que derem causa à sua extinção.

11.4 - Qualquer ocorrência de violação do sigilo dos dados deve ser imediatamente comunicada à outra parte, sendo que todas as apurações e medidas de contenção, incluindo aquelas especificadas na legislação competente acerca da matéria, devem ser tomadas, de

forma imediata, a fim de minimizar danos.

11.5 - Os dados pessoais da **CONTRATADA**, assim como das demais pessoas vinculadas à execução deste contrato, passarão a constar nas interfaces da **CONTRATANTE** como forma de permitir o perfeito cumprimento deste objeto.

11.6 - A **CONTRATANTE** atuará em perfeita sintonia à proteção dos dados pessoais, sendo que todos os procedimentos necessários ao fiel cumprimento da Lei Federal nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD) estão dispostos na Deliberação da Mesa nº 2.766/2021.

11.7 - Os documentos apresentados pelas pregoantes durante a fase de seleção do fornecedor, que contenham dados pessoais, poderão ser compartilhados com as demais pregoantes quando seu acesso for relevante para a interposição de recursos ou para a preservação do princípio da publicidade das licitações.

12 - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

12.1- Este processo é eletrônico e estará disponível para vista, a partir da data de publicação do aviso no *Diário do Legislativo*, mediante solicitação, que deverá ser enviada para o e-mail licitacao@almg.gov.br, acompanhada do Termo de Responsabilidade de Proteção de Dados Pessoais, nos termos do Anexo IV deste instrumento, devidamente assinado. A vista será concedida desde que o processo não esteja em fase de análise interna.

12.1.1 - Aos documentos da fase preparatória, que contenham informações sobre o custo estimado da contratação, não se dará publicidade antes de definido o resultado do julgamento das propostas, podendo a **ALMG** preservar o seu sigilo até a conclusão da licitação.

12.2 - Os prazos mencionados neste edital, bem como nas respectivas propostas, somente terão início e término em dia de expediente na **ALMG**, e serão sempre considerados em dias corridos, salvo se outra forma for prevista.

12.2.1 - Para efeito de aplicação do previsto neste subitem, os prazos indicados para quaisquer atos do procedimento licitatório, inclusive o da validade das propostas, serão considerados prorrogados para o primeiro dia útil subsequente, se recaírem em data em que não haja expediente na **ALMG**.

12.2.2 - Na contagem dos prazos estabelecidos neste edital será excluído o dia do início e incluído o do vencimento, e serão considerados os dias corridos, exceto quando for explicitamente disposto em contrário.

12.3 - Até 3 (três) dias úteis antes da data fixada para abertura da sessão pública, qualquer pessoa poderá solicitar esclarecimentos ou impugnar o ato convocatório do pregão, exclusivamente pelo Portal de Compras, nos termos do Decreto Estadual nº 48.723, de 2023.

12.3.1 - As respostas aos pedidos de esclarecimentos e às impugnações serão divulgadas pelo sistema e vincularão os participantes e a Administração Pública.

12.3.2 - A impugnação não possui efeito suspensivo e caberá ao(à) pregoeiro(a), auxiliado(a) pelos responsáveis pela elaboração do edital e dos anexos, decidir sobre a impugnação no prazo de 3 (três) dias úteis, contados da data de recebimento da impugnação, limitado ao último dia útil anterior à data da abertura do certame.

12.3.3 - Os pedidos de esclarecimentos serão respondidos no mesmo prazo das impugnações.

12.4 - A pregoante vencedora terá o prazo de 5 (cinco) dias, contados da intimação, para assinar o contrato.

12.4.1 - Pela recusa do adjudicatário, sem justificativa aceita pela **ALMG**, em assinar o contrato no prazo estabelecido, poderá a **ALMG** aplicar multa graduada em até 20% (vinte por

cento) do valor do contrato.

12.4.2 - Se a pregoante vencedora, convocada dentro do prazo de validade de sua proposta, não celebrar o contrato, o(a) pregoeiro(a) examinará as ofertas subsequentes e a qualificação das pregoantes, na ordem de classificação, e assim sucessivamente, até a apuração de uma que atenda ao edital, sendo a respectiva pregoante declarada vencedora.

12.5 - A **ALMG** poderá anular ou revogar, a qualquer tempo, a presente licitação, sem que disto decorra qualquer direito às pregoantes, observado o disposto no art. 149 da Lei Federal nº 14.133, de 2021.

12.6 - A nulidade do processo licitatório induzirá à dos atos dele decorrentes.

12.7 - É facultado ao(à) pregoeiro(a), ou à autoridade superior, em qualquer fase da licitação, promover diligências com vistas a esclarecer ou a complementar a instrução do processo.

12.8 - As pregoantes intimadas para prestar quaisquer esclarecimentos adicionais deverão fazê-lo no prazo determinado pelo(a) pregoeiro(a), sob pena de desclassificação/inabilitação.

12.9 - O(a) pregoeiro(a) poderá solicitar o original de qualquer documento, sempre que julgar necessário.

12.10 - O(a) pregoeiro(a) poderá subsidiar-se em pareceres emitidos por técnicos ou especialistas no assunto objeto desta licitação.

12.11 - As normas que disciplinam este pregão serão sempre interpretadas em favor da ampliação da disputa entre as proponentes, desde que não comprometam o interesse da Administração, a finalidade e a segurança da contratação.

12.12 - O resultado da licitação será divulgado no endereço eletrônico www.compras.mg.gov.br.

12.13 - Respeitados os prazos legais e os direitos das pregoantes, o(a) pregoeiro(a), a qualquer tempo, antes da abertura das propostas, poderá, motivadamente, proceder a alterações concernentes à licitação ora regulada, por sua iniciativa, disponibilizando no sistema as informações necessárias e determinando, ainda, quando necessário, o adiamento do recebimento e/ou da abertura das propostas.

12.14 - Os casos omissos serão resolvidos pelo(a) pregoeiro(a).

12.15 - Este edital encontra-se à disposição dos interessados nos sites www.compras.mg.gov.br e www.almg.gov.br.

12.16 - O(a) pregoeiro(a) e sua equipe de apoio encontram-se à disposição para esclarecer dúvidas ou prestar informações complementares pelo telefone (31) 2108-7730 e pelo e-mail licitacao@almg.gov.br. O(a) pregoeiro(a) não se responsabilizará por e-mails que, por qualquer motivo, não forem recebidos por ela em virtude de problemas no servidor ou navegador, tanto da **ALMG** quanto do emissor.

12.17 - Constituem parte integrante deste edital os Anexos: I – Termo de Referência; II – Modelo para encaminhamento das razões do recurso e de contrarrazões; III – Proposta de Preços; IV – Termo de Responsabilidade de Proteção de Dados Pessoais; V – Declaração de Responsabilidades para Participação em Pregão Eletrônico; VI – Estimativa de beneficiários por faixa etária; VII – Estimativa de beneficiários por município – plano de abrangência estadual; VIII – Declaração de responsabilidade técnica; IX – Declaração de ciência dos requisitos da contratação e capacidade de atendimento; X – Comprovação da rede de atendimentos; XI - Minuta de Contrato.

Suellen Christine Sernizon Gonçalves Esteves, pregoeira.

Equipe de Apoio: Alessandra Strambi de Almeida Mitre, Alex Pacheco de Paula, Gil Flávio Naves Lima e Ricardo de Paula Tourinho.

Membros Suplentes: Matheus Siqueira Andrade, Adelaide Ribeiro de Castro Leite, Lorena Cristina Silva Ribeiro e Caroline Gonçalves Campos.

ANEXO I
PREGÃO ELETRÔNICO
PROCESSO NO PORTAL DE COMPRAS: 1011014 211/2025
TERMO DE REFERÊNCIA

a) Objeto: contratação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar, exames complementares e serviços auxiliares de diagnósticos e terapias, por meio de plano privado, na modalidade de contratação coletiva empresarial, conforme condições, quantidades e exigências estabelecidas neste instrumento, de acordo com as especificações abaixo:

Plano de abrangência estadual: contratação de pessoa jurídica de direito privado que opere plano de assistência à saúde aos beneficiários da **CONTRATANTE**, na modalidade de contratação coletiva empresarial, com coparticipação em consultas médicas, custo *per capita* (faixa etária única) para os usuários e seus dependentes e agregados, devidamente registrada e ativa na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - (Lei nº 9.656, de 1998, art. 1º, I e II) para prestação de serviços de assistência médica, hospitalar com obstetrícia e ambulatorial, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias, internações clínicas, cirúrgicas, obstétricas, dependência química e psiquiátricas, internações em Unidade de Terapia Intensiva/Centro de Terapia Intensiva adulto, infantil e neonatal, cobertura farmacêutica na internação, utilização de leitos especiais, além de cobertura assistencial limitada, no mínimo, ao rol de procedimentos da ANS e suas atualizações, inclusive com cobertura para remoção aérea aos beneficiários regularmente inscritos no plano de assistência à saúde da **CONTRATANTE**, conforme condições e exigências estabelecidas neste instrumento, para atendimento em caráter eletivo, urgência e emergência, destinado aos usuários indicados pela **CONTRATANTE**, com cobertura assistencial em todo o Estado de Minas Gerais e, em casos de urgência e emergência, em todo o território nacional, por meio de rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada, ou mediante reembolso, por meio de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outras instituições e profissionais.

Plano de abrangência nacional: contratação de pessoa jurídica de direito privado que opere plano de assistência à saúde aos beneficiários da **CONTRATANTE**, na modalidade de contratação coletiva empresarial, com coparticipação em consultas médicas, custo *per capita* (faixa etária única) para os usuários e seus dependentes e agregados, devidamente registrada e ativa na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - (Lei nº 9.656, de 1998, art. 1º, I e II) para prestação de serviços de assistência médica, hospitalar com obstetrícia e ambulatorial, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias, internações clínicas, cirúrgicas, obstétricas, dependência química e psiquiátricas, internações em Unidade de Terapia Intensiva/Centro de Terapia Intensiva adulto, infantil e neonatal, cobertura farmacêutica na internação, utilização de leitos especiais, além de cobertura assistencial limitada, no mínimo, ao rol de procedimentos da ANS e suas atualizações, inclusive com cobertura para remoção aérea aos beneficiários regularmente inscritos no plano de assistência à saúde da **CONTRATANTE**, conforme condições e exigências estabelecidas neste

instrumento, para atendimento em caráter eletivo, urgência e emergência, destinado aos usuários indicados pela **CONTRATANTE** residentes fora do Estado de Minas Gerais, com cobertura assistencial em todo o território nacional, por meio de rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada, ou mediante reembolso, por meio de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outras instituições e profissionais.

Regime de concessão e forma de viabilização: plano na modalidade de pós pagamento, aqui entendido que a primeira mensalidade será paga a partir de 30 (trinta) dias após o início da vigência do contrato.

O plano será viabilizado por meio de acesso a profissionais e à rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada da **CONTRATADA**.

Entende-se por rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada todos os profissionais, hospitais, maternidades, clínicas e serviços complementares colocados à disposição dos beneficiários pela **CONTRATADA** como aptos a prestarem integralmente os serviços contratados.

Para atendimento aos beneficiários atualmente vinculados ao plano de saúde contratado pela **CONTRATANTE**, bem como para aqueles que porventura vierem a se vincular, será necessária a contratação, em tese, de 2 (dois) modelos de planos de assistência médica à saúde que atendam às seguintes características básicas e comum a todos:

- a) acomodação individual em apartamento padrão;
- b) coparticipação em consulta eletiva e de pronto atendimento;
- c) transporte aeromédico para todos os beneficiários, sem custo adicional;
- d) garantia de que o beneficiário tenha acesso direto à rede credenciada, sendo vedada a utilização de sistema de porta de entrada ou triagem obrigatória pela operadora (vedado exigir o atendimento inicial obrigatório na rede própria para a liberação do acesso à rede credenciada).

Os 2 (dois) modelos de plano se distinguem em razão da abrangência geográfica de cada um, sendo:

- a) Plano Estadual: atendimento eletivo em todo o Estado de Minas Gerais e, para urgência e emergência, em todo território nacional;
- b) Plano Nacional: abrangência em todo o território nacional para atendimentos eletivos, urgências e emergências;
- b.1) somente poderão aderir ao plano de abrangência nacional os beneficiários residentes fora do Estado de Minas Gerais.

b) Critérios de aceitabilidade: julgamento pelo critério MENOR PREÇO GLOBAL.

c) Justificativa da contratação: a presente contratação faz-se necessária para a prestação de assistência complementar médico-hospitalar dos beneficiários e agregados da **CONTRATANTE**, conforme dispõe a Deliberação da Mesa nº 2.565, de 2013.

d) Condições de execução contratual: vide item 9 do edital.

ANEXO II
PREGÃO ELETRÔNICO

PROCESSO NO PORTAL DE COMPRAS: 1011014 211/2025

MODELO PARA ENCAMINHAMENTO DAS RAZÕES DO RECURSO E DE CONTRARRAZÕES

AO(À) PREGOEIRO(A):

NOME DA PREGOANTE:

CNPJ:

CONTATO:

LOTE:

TELEFONE:

ENDEREÇO ELETRÔNICO:

DATA:

RAZÕES DO RECURSO/CONTRARRAZÕES:

_____, ____ de _____ de ____.

Assinatura e carimbo
(Representante legal)

ANEXO III
PREGÃO ELETRÔNICO
PROCESSO NO PORTAL DE COMPRAS: 1011014 211/2025
PROPOSTA DE PREÇOS

Nome Empresarial:	CNPJ:		
Endereço:			
Telefone:	e-mail*:		
Banco:	Nome/nº agência	Conta Bancária:	

(*) endereço de e-mail que será obrigatoriamente utilizado para cadastramento do(s) representante(s) legal(is) da pregoante na hipótese de ser a adjudicatária, como usuário externo, no Sistema Eletrônico de Informação – SEI-ALMG.

LOTE ÚNICO

		A	B	C	D
ITEM	Categoria de usuário	Preço Individual Mensal (R\$)	Estimativa de usuários	Preço Mensal	Preço Anual
1	Beneficiários (exceto pais/mães/padrasto/madrastas) Plano Estadual		10.424		
2	Pais/mães/padrastos/madrastas – Plano Estadual		799		
3	Beneficiários (exceto pais/mães/padrastos/madrastas) Plano Nacional		205		
	Pais/mães/padrastos/madrastas				

4	- Plano Nacional		13		
PREÇO GLOBAL ANUAL PARA FINS DE DISPUTA					

Declaro que esta proposta compreende a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de entrega das propostas.

_____, ____ de _____ de _____.

(Nome/Assinatura do responsável pela pregoante)

Observações

- a) Para fins de elaboração da proposta comercial, são apresentados os dados relativos à estimativa de beneficiários por município (conforme consta do ANEXO VII) e à estimativa de beneficiários por faixa etária (conforme consta do ANEXO VI).
- b) O preço global anual será a soma dos preços anuais dos itens 1 a 4 deste anexo, sendo que o preço anual será o preço mensal multiplicado por 12 (doze). O preço mensal será apurado mediante a multiplicação do preço individual mensal pelo número de usuários indicado para cada categoria para fins de julgamento da disputa.
- c) Na proposta de preços será atribuído valor mensal *per capita* por usuário do plano, com faixa etária única, sendo que, para fins de julgamento da proposta, a pregoante deve preencher corretamente este anexo, onde será considerado o preço global ANUAL.
- d) A pregoante deverá estabelecer valor de mensalidade diferenciado para os beneficiários previstos na alínea "a" do subitem 9.7.1.1.1.3, desde que não ultrapasse 3 (três) vezes o valor da mensalidade *per capita* dos demais beneficiários.
- e) O número de usuários informado neste anexo é estimado e, por isso mesmo, não há o compromisso da ALMG de incluir aquele quantitativo de usuários no plano de saúde eventualmente contratado, sendo certo que somente serão computados, para efeito de pagamento, os usuários efetivamente incluídos pela ALMG.
- f) Para fins de preenchimento da proposta no Portal de Compras, os campos "valor unitário" e "valor total do item" deverão ser preenchidos com o mesmo valor, que será igual ao **PREÇO GLOBAL ANUAL PARA FINS DE DISPUTA** do lote.
- g) A proposta somente será aceita se os valores ofertados para cada item do lote estiverem dentro do preço de referência estimado no processo.

ANEXO IV

PREGÃO ELETRÔNICO
PROCESSO NO PORTAL DE COMPRAS: 1011014 211/2025
TERMO DE RESPONSABILIDADE DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Eu, (nome completo), representante da pregoante (nome da empresa), CNPJ (____), declaro estar ciente e concordar com as condições estabelecidas neste termo de responsabilidade de proteção de dados pessoais em decorrência de acesso a documentos de processo de contratação.

Como parte do processo de contratação, terei acesso a documentos e informações pessoais de terceiros, incluindo, mas não se limitando a, nomes, endereços, telefones, e-mails e informações bancárias.

Comprometo-me a utilizar esses dados pessoais estritamente para o propósito da contratação em questão e a manter sua confidencialidade, garantindo que eles não serão divulgados sem prévia autorização.

Além disso, comprometo-me a adotar as medidas necessárias para proteger os dados pessoais a que tiver acesso e a não deixar esses dados expostos a terceiros não autorizados.

Declaro ainda que, em caso de violação deste termo de responsabilidade, estarei sujeito a sanções previstas em lei, bem como a responder por eventuais danos causados a terceiros afetados pela violação.

Por fim, declaro estar ciente de que a proteção de dados pessoais é uma obrigação legal prevista na Lei Federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, e que a sua violação pode acarretar graves consequências jurídicas, tanto para mim como para a empresa responsável pelo processo de contratação.

(Nome/Assinatura do responsável pela pregoante)

ANEXO V
PREGÃO ELETRÔNICO
PROCESSO NO PORTAL DE COMPRAS: 1011014 211/2025
DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADES PARA PARTICIPAÇÃO EM PREGÃO ELETRÔNICO

Eu, _____, portador do CPF _____, representante da pregoante _____, CNPJ _____, declaro, sob pena de desclassificação da proposta ou inabilitação para o pregão eletrônico em epígrafe, que:

a) manifesto ciência em relação ao inteiro teor do ato convocatório e seus anexos, a todas as informações e condições locais para o cumprimento das obrigações objeto da licitação, concordando com suas condições;

b) a proposta de preços compreende a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais,

nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data da entrega das propostas;

c) a pregoante cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência, para reabilitado da Previdência Social e para aprendiz, bem como as reservas de cargos previstas na legislação, e também o disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal, que proíbe o trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de dezoito e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos;

d) inexistente fato impeditivo para a pregoante licitar ou contratar com a Administração Pública, comprometendo-me a comunicar a superveniência de ocorrência impeditiva à ALMG, assumindo a responsabilidade pela veracidade das informações prestadas, na forma da lei, bem como pelas transações efetuadas em nome da pregoante, reconhecendo como firmes e verdadeiras as propostas e os lances ofertados;

Por ser a pessoa jurídica Microempresa - ME - ou Empresa de Pequeno Porte, declaro ainda que:

(será utilizado somente em certames abertos à participação de empresas de todos os portes)

e) a pregoante cumpre os requisitos estabelecidos no art. 3º da Lei Complementar nº 123, de 2006, estando apta a usufruir do tratamento favorecido estabelecidos em seus arts. 42 a 49, observado o disposto nos §§ 1º ao 3º do art. 4º da Lei nº 14.133, de 2021;

() SIM () NÃO

f) a pregoante possui restrição em documento(s) de regularidade fiscal, com o compromisso de que promoverei a regularização caso venha a formular o lance vencedor, cumprindo plenamente os demais requisitos de habilitação, conforme determina o inciso XIII do art. 9º da Lei Estadual nº 14.167, de 2002.

() SIM () NÃO

_____, ____ de _____ de ____.

Representante da pregoante

Cargo

ANEXO VI

PREGÃO ELETRÔNICO

PROCESSO NO PORTAL DE COMPRAS: 1011014 211/2025

ESTIMATIVA DE BENEFICIÁRIOS POR FAIXA ETÁRIA

BENEFICIÁRIOS POR FAIXA ETÁRIA (EXCETO PAIS/MÃES/MADRASTAS/PADRASTOS)*

FAIXA ETÁRIA	PLANO ESTADUAL	NACIONAL
0-18	1609	14
19-23	469	7
24-28	510	13
29-33	602	21
34-38	785	20
39-43	1014	14
44-48	952	13
49-53	729	8
54-58	734	11
59 OU MAIS	3020	84
TOTAL DE BENEFICIÁRIOS	10.424	205

*Dados de dezembro/2025

BENEFICIÁRIOS POR FAIXA ETÁRIA (PAIS/MÃES/MADRASTAS/PADRASTOS)*		
FAIXA ETÁRIA	PLANO ESTADUAL	PLANO NACIONAL
49-53	8	
54-58	5	
59-64	29	1
65-70	116	2

71-76	140	2
77-82	148	1
83-88	169	3
89-94	130	2
95-100	50	2
Até 110	4	
TOTAL	799	13

*Dados de dezembro/2025

ANEXO VII
PREGÃO ELETRÔNICO
PROCESSO NO PORTAL DE COMPRAS: 1011014 211/2025
ESTIMATIVA DE BENEFICIÁRIOS POR MUNICÍPIO – PLANO DE ABRANGÊNCIA
ESTADUAL**

Cidade	UF	Contingente Carteira	
BELO HORIZONTE	MG	7.705	68,60%
CONTAGEM	MG	419	3,73%
NOVA LIMA	MG	236	2,10%
MONTES CLAROS	MG	168	1,50%
UBERLANDIA	MG	152	1,35%
JUIZ DE FORA	MG	133	1,18%
BETIM	MG	127	1,13%
SANTA LUZIA	MG	83	0,74%
RIBEIRAO DAS NEVES	MG	82	0,73%

LAGOA SANTA	MG	81	0,72%
DIVINOPOLIS	MG	76	0,68%
ARAGUARI	MG	61	0,54%
SABARA	MG	52	0,46%
SETE LAGOAS	MG	49	0,44%
PATOS DE MINAS	MG	45	0,40%
BRUMADINHO	MG	43	0,38%
GOVERNADOR VALADARES	MG	42	0,37%
POUSO ALEGRE	MG	38	0,34%
MURIAE	MG	37	0,33%
PARA DE MINAS	MG	31	0,28%
PATROCINIO	MG	31	0,28%
ARAXA	MG	28	0,25%
VARGINHA	MG	28	0,25%
IBIRITE	MG	27	0,24%
ITAJUBA	MG	27	0,24%
VESPASIANO	MG	26	0,23%
TIMOTEO	MG	26	0,23%
MANHUACU	MG	24	0,21%
UBERABA	MG	24	0,21%
JOAO MONLEVADE	MG	24	0,21%
BARBACENA	MG	21	0,19%
TEOFILO OTONI	MG	20	0,18%

SAO JOAO DEL REI	MG	20	0,18%
CORONEL FABRICIANO	MG	20	0,18%
CAETE	MG	19	0,17%
CARATINGA	MG	19	0,17%
CONSELHEIRO LAFAIETE	MG	19	0,17%
IPABA	MG	17	0,15%
SANTOS DUMONT	MG	17	0,15%
ITAUNA	MG	16	0,14%
PARAISOPOLIS	MG	16	0,14%
SANTA RITA DO SAPUCAI	MG	16	0,14%
CURVELO	MG	16	0,14%
JANUARIA	MG	16	0,14%
IPATINGA	MG	16	0,14%
ITABIRA	MG	15	0,13%
ANDRADAS	MG	14	0,12%
MARIANA	MG	14	0,12%
BOA ESPERANCA	MG	14	0,12%
PASSOS	MG	13	0,12%
SAO SEBASTIAO DO PARAISO	MG	13	0,12%
LAVRAS	MG	13	0,12%
PEDRO LEOPOLDO	MG	12	0,11%
ARACUAI	MG	12	0,11%
ALFENAS	MG	12	0,11%
POCOS DE CALDAS	MG	11	0,10%

MALACACHETA	MG	11	0,10%
OURO FINO	MG	11	0,10%
IGARAPE	MG	11	0,10%
NOVA SERRANA	MG	10	0,09%
ITAOBIM	MG	10	0,09%
CONFINS	MG	10	0,09%
CATAGUASES	MG	10	0,09%
UBA	MG	9	0,08%
LAGOA DA PRATA	MG	9	0,08%
LEOPOLDINA	MG	9	0,08%
TRES CORACOES	MG	9	0,08%
CAMANDUCAIA	MG	9	0,08%
VISCONDE DO RIO BRANCO	MG	9	0,08%
PORTEIRINHA	MG	9	0,08%
AGUAS FORMOSAS	MG	9	0,08%
ESMERALDAS	MG	8	0,07%
PARACATU	MG	8	0,07%
FORMIGA	MG	8	0,07%
VICOSA	MG	8	0,07%
MATO VERDE	MG	8	0,07%
SAO TIAGO	MG	8	0,07%
RIO ACIMA	MG	8	0,07%
MATEUS LEME	MG	8	0,07%
AGUA BOA	MG	8	0,07%

BOM DESPACHO	MG	8	0,07%
SAO FRANCISCO DO GLORIA	MG	8	0,07%
ESPINOSA	MG	7	0,06%
ALVINOPOLIS	MG	7	0,06%
TRES PONTAS	MG	7	0,06%
FRUTAL	MG	7	0,06%
ITABIRITO	MG	7	0,06%
BAMBUI	MG	7	0,06%
CAPUTIRA	MG	7	0,06%
OLIVEIRA	MG	7	0,06%
CONCEICAO DO MATO DENTRO	MG	7	0,06%
RIO CASCA	MG	7	0,06%
MATOZINHOS	MG	7	0,06%
JOAO PINHEIRO	MG	7	0,06%
ITAMARANDIBA	MG	7	0,06%
MUZAMBINHO	MG	7	0,06%
SARZEDO	MG	6	0,05%
CARANGOLA	MG	6	0,05%
COIMBRA	MG	6	0,05%
BOCAIUVA	MG	6	0,05%
ITAPAGIPE	MG	6	0,05%
TEIXEIRAS	MG	6	0,05%
PERDOES	MG	6	0,05%
JEQUERI	MG	6	0,05%

CAPELINHA	MG	6	0,05%
CAXAMBU	MG	5	0,04%
CONCEICAO DOS OUROS	MG	5	0,04%
DIVINO	MG	5	0,04%
MARIO CAMPOS	MG	5	0,04%
SAO JOSE DA LAPA	MG	5	0,04%
GUAXUPE	MG	5	0,04%
SERRO	MG	5	0,04%
DOM SILVERIO	MG	5	0,04%
SAO LOURENCO	MG	5	0,04%
ITAPECERICA	MG	5	0,04%
CARLOS CHAGAS	MG	5	0,04%
CACHOEIRA DE MINAS	MG	5	0,04%
MACHACALIS	MG	5	0,04%
IAPU	MG	5	0,04%
BRASILANDIA DE MINAS	MG	5	0,04%
JANAUBA	MG	4	0,04%
CARMO DA MATA	MG	4	0,04%
VAZANTE	MG	4	0,04%
MANGA	MG	4	0,04%
CLARO DOS POCOES	MG	4	0,04%
UNAI	MG	4	0,04%
ENTRE RIOS DE MINAS	MG	4	0,04%
PIRAPORA	MG	4	0,04%

RAPOSOS	MG	4	0,04%
CAMPOS GERAIS	MG	4	0,04%
POCO FUNDO	MG	4	0,04%
ABAETE	MG	4	0,04%
ELOI MENDES	MG	4	0,04%
JEQUITINHONHA	MG	4	0,04%
ABRE CAMPO	MG	4	0,04%
PAINS	MG	4	0,04%
ESPERA FELIZ	MG	4	0,04%
CARMO DE MINAS	MG	4	0,04%
SAO JOSE DO GOIABAL	MG	4	0,04%
MONTE SIAO	MG	4	0,04%
CAETANOPOLIS	MG	4	0,04%
PONTO DOS VOLANTES	MG	4	0,04%
JORDANIA	MG	4	0,04%
GUANHAES	MG	4	0,04%
PIUMHI	MG	4	0,04%
SALINAS	MG	4	0,04%
CAMPESTRE	MG	4	0,04%
OURO PRETO	MG	4	0,04%
MOEDA	MG	4	0,04%
PONTE NOVA	MG	4	0,04%
IPUIUNA	MG	4	0,04%

ANTONIO CARLOS	MG	3	0,03%
ALMENARA	MG	3	0,03%
SAO JOAQUIM DE BICAS	MG	3	0,03%
CAMPOS ALTOS	MG	3	0,03%
CAPIM BRANCO	MG	3	0,03%
GALILEIA	MG	3	0,03%
CORINTO	MG	3	0,03%
MARTINHO CAMPOS	MG	3	0,03%
ERVALIA	MG	3	0,03%
PRADOS	MG	3	0,03%
SERRA DO CIPO	MG	3	0,03%
PITANGUI	MG	3	0,03%
SAO JOAO NEPOMUCENO	MG	3	0,03%
PARAOPEBA	MG	3	0,03%
MANHUMIRIM	MG	3	0,03%
PEDRA AZUL	MG	3	0,03%
ENGENHEIRO CALDAS	MG	3	0,03%
PEQUI	MG	3	0,03%
COLUNA	MG	3	0,03%
LIMA DUARTE	MG	3	0,03%
PAULA CANDIDO	MG	3	0,03%
QUARTEL GERAL	MG	3	0,03%
NOVA RESENDE	MG	3	0,03%
LIBERDADE	MG	3	0,03%

CANA VERDE	MG	3	0,03%
PIRANGUCU	MG	3	0,03%
ALTEROSA	MG	3	0,03%
SANTO ANTONIO DO JACINTO	MG	3	0,03%
JOANESIA	MG	3	0,03%
URUANA DE MINAS	MG	3	0,03%
VEREDINHA	MG	3	0,03%
SAO BENTO ABADE	MG	3	0,03%
TAIOBEIRAS	MG	3	0,03%
RIO PARANAIBA	MG	3	0,03%
DIAMANTINA	MG	3	0,03%
CAMBUI	MG	3	0,03%
IBITIURA DE MINAS	MG	3	0,03%
ESTRELA DO SUL	MG	3	0,03%
CAMPANHA	MG	3	0,03%
TOCANTINS	MG	3	0,03%
MACHADO	MG	3	0,03%
MINDURI	MG	3	0,03%
CARNEIRINHO	MG	3	0,03%
TRES MARIAS	MG	2	0,02%
ITAMBACURI	MG	2	0,02%
ITATIAIUCU	MG	2	0,02%
CARANDAI	MG	2	0,02%
AMPARO DA SERRA	MG	2	0,02%

SAO JOAO DA PONTE	MG	2	0,02%
JABOTICATUBAS	MG	2	0,02%
BARAO DE COCAIS	MG	2	0,02%
LAMBARI	MG	2	0,02%
BOM JESUS DO GALHO	MG	2	0,02%
MANTENA	MG	2	0,02%
CLAUDIO	MG	2	0,02%
ITURAMA	MG	2	0,02%
TUPACIGUARA	MG	2	0,02%
SAO JOAO DO MANHUACU	MG	2	0,02%
PRATA	MG	2	0,02%
BOTELHOS	MG	2	0,02%
CORDISBURGO	MG	2	0,02%
DORES DE CAMPOS	MG	2	0,02%
LUISBURGO	MG	2	0,02%
BUENOPOLIS	MG	2	0,02%
RIO PRETO	MG	2	0,02%
IGARATINGA	MG	2	0,02%
PARAGUACU	MG	2	0,02%
RUBIM	MG	2	0,02%
NOVO CRUZEIRO	MG	2	0,02%
SAO DOMINGOS DAS DORES	MG	2	0,02%
CRISTAIS	MG	2	0,02%
BONFINOPOLIS DE MINAS	MG	2	0,02%

SANTANA DE PIRAPAMA	MG	2	0,02%
GUARACIABA	MG	2	0,02%
CANAPOLIS	MG	2	0,02%
CORREGO NOVO	MG	2	0,02%
PERIQUITO	MG	2	0,02%
PIRAPETINGA	MG	2	0,02%
CHACARA	MG	2	0,02%
ACAIACA	MG	2	0,02%
REDUTO	MG	2	0,02%
MUNHOZ	MG	2	0,02%
PONTO CHIQUE	MG	2	0,02%
PONTO DO MARAMBAIA	MG	2	0,02%
BERILO	MG	2	0,02%
GRAO MOGOL	MG	2	0,02%
SAO FRANCISCO DE PAULA	MG	2	0,02%
MINAS NOVAS	MG	2	0,02%
BERTOPOLIS	MG	2	0,02%
IBIA	MG	2	0,02%
CALDAS	MG	2	0,02%
GUARANESIA	MG	2	0,02%
PIRANGA	MG	2	0,02%
URUCUIA	MG	2	0,02%
RITAPOLIS	MG	2	0,02%
MONTE CARMELO	MG	2	0,02%

LAGAMAR	MG	2	0,02%
ARCOS	MG	1	0,01%
VOLTA GRANDE	MG	1	0,01%
FORTUNA DE MINAS	MG	1	0,01%
INDIANOPOLIS	MG	1	0,01%
ITAU DE MINAS	MG	1	0,01%
LAGOA FORMOSA	MG	1	0,01%
MONTE AZUL	MG	1	0,01%
COROMANDEL	MG	1	0,01%
GUIDOVAL	MG	1	0,01%
ITUIUTABA	MG	1	0,01%
MATIAS BARBOSA	MG	1	0,01%
CRISTINA	MG	1	0,01%
MIRAI	MG	1	0,01%
NEPOMUCENO	MG	1	0,01%
POMPEU	MG	1	0,01%
PIRACEMA	MG	1	0,01%
VARZEA DA PALMA	MG	1	0,01%
TURMALINA	MG	1	0,01%
ALPINOPOLIS	MG	1	0,01%
INCONFIDENTES	MG	1	0,01%
TIRADENTES	MG	1	0,01%
CRUZEIRO DA FORTALEZA	MG	1	0,01%

ITAGUARA	MG	1	0,01%
DORES DO INDAIA	MG	1	0,01%
RAUL SOARES	MG	1	0,01%
SAO FRANCISCO	MG	1	0,01%
BOM SUCESSO	MG	1	0,01%
CORACAO DE JESUS	MG	1	0,01%
SANTO ANTONIO DO AMPARO	MG	1	0,01%
FERROS	MG	1	0,01%
SANTA RITA DE CALDAS	MG	1	0,01%
DELFIN MOREIRA	MG	1	0,01%
CACHOEIRA DA PRATA	MG	1	0,01%
ALEM PARAIBA	MG	1	0,01%
JACUI	MG	1	0,01%
DOM CAVATI	MG	1	0,01%
SAO JOSE DA VARGINHA	MG	1	0,01%
RIBEIRAO VERMELHO	MG	1	0,01%
CONSELHEIRO PENA	MG	1	0,01%
CAMBUQUIRA	MG	1	0,01%
JESUANIA	MG	1	0,01%
MUTUM	MG	1	0,01%
BELO ORIENTE	MG	1	0,01%
CARMO DO CAJURU	MG	1	0,01%
CONCEICAO DO RIO VERDE	MG	1	0,01%
TAQUARACU DE MINAS	MG	1	0,01%

BRAZOPOLIS	MG	1	0,01%
NOVA UNIAO	MG	1	0,01%
ALTO RIO DOCE	MG	1	0,01%
SALTO DA DIVISA	MG	1	0,01%
DOM JOAQUIM	MG	1	0,01%
COMERCINHO	MG	1	0,01%
BIQUINHAS	MG	1	0,01%
FERVEDOURO	MG	1	0,01%
BALDIM	MG	1	0,01%
PIRANGUINHO	MG	1	0,01%
DORESOPOLIS	MG	1	0,01%
SAO JOAO BATISTA DO GLORIA	MG	1	0,01%
SAO PEDRO DO SUACUI	MG	1	0,01%
FORTALEZA DE MINAS	MG	1	0,01%
PRATINHA	MG	1	0,01%
LAMIM	MG	1	0,01%
LAGOA GRANDE	MG	1	0,01%
POCRANE	MG	1	0,01%
CAIANA	MG	1	0,01%
ARAPONGA	MG	1	0,01%
CARVALHOPOLIS	MG	1	0,01%
SOLEDADE DE MINAS	MG	1	0,01%
GONCALVES	MG	1	0,01%
COROACI	MG	1	0,01%

TOMAS GONZAGA	MG	1	0,01%
SANTO ANTONIO DO RETIRO	MG	1	0,01%
ALVARENGA	MG	1	0,01%
SAO JOAO DO MANTENINHA	MG	1	0,01%
PONTE DOS CIGANOS	MG	1	0,01%
TOTAL MG	MG	11232	100,00%

** Dados de novembro/2025

Estimativa de Beneficiários por município – Plano de abrangência nacional**

Cidade	UF	Contingente Carteira Novembro de 2025	
RIO DE JANEIRO	RJ	21	16,41%
SAO PAULO	SP	15	11,72%
VILA VELHA	ES	9	7,03%
BRASILIA	DF	6	4,69%
FLORIANOPOLIS	SC	6	4,69%
VITORIA	ES	4	3,13%
ARRAIAL D'AJUDA	BA	3	2,34%
PORTO SEGURO	BA	3	2,34%
SANTO ANTONIO DO PINHAL	SP	3	2,34%
MACEIO	AL	2	1,56%
PRADO	BA	2	1,56%

CARIACICA	ES	2	1,56%
CABEDELO	PB	2	1,56%
PALOTINA	PR	2	1,56%
MACAE	RJ	2	1,56%
SANTA MARIA	RS	2	1,56%
ARACAJU	SE	2	1,56%
MAIRIPORA	SP	2	1,56%
GUARUJA	SP	2	1,56%
POPULINA	SP	2	1,56%
VALENCA	BA	1	0,78%
IBIRAPUA	BA	1	0,78%
FORTALEZA	CE	1	0,78%
SERRA	ES	1	0,78%
GUARAPARI	ES	1	0,78%
ANCHIETA	ES	1	0,78%
PIUMA	ES	1	0,78%
COLATINA	ES	1	0,78%
ALEGRE	ES	1	0,78%
CALDAS NOVAS	GO	1	0,78%
VILA SERTANEJA	GO	1	0,78%
SAO LUIS	MA	1	0,78%
ANANINDEUA	PA	1	0,78%
RECIFE	PE	1	0,78%

CABO FRIO	RJ	1	0,78%
CAMPOS DOS GOYTACAZES	RJ	1	0,78%
ITAPERUNA	RJ	1	0,78%
SAO GONCALO	RJ	1	0,78%
SANTO ANTONIO DE PADUA	RJ	1	0,78%
NATAL	RN	1	0,78%
SARANDI	RS	1	0,78%
BALNEARIO CAMBORIU	SC	1	0,78%
CRICIUMA	SC	1	0,78%
RIBEIRAO PRETO	SP	1	0,78%
PAULINIA	SP	1	0,78%
SOROCABA	SP	1	0,78%
CAMPINAS	SP	1	0,78%
BRAGANCA PAULISTA	SP	1	0,78%
SAO JOSE DOS CAMPOS	SP	1	0,78%
TAUBATE	SP	1	0,78%
ARARAS	SP	1	0,78%
PRAIA GRANDE	SP	1	0,78%
GUARATINGUETA	SP	1	0,78%
BOTUCATU	SP	1	0,78%
ITANHAEM	SP	1	0,78%
PEDREGULHO	SP	1	0,78%
TOTAL OUTROS ESTADOS		128	100,00%

**** Dados de novembro/2025**

ANEXO VIII
PREGÃO ELETRÔNICO
PROCESSO NO PORTAL DE COMPRAS: 1011014 211/2025
DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

A PREGOANTE [*Razão Social da Operadora*], inscrita no CNPJ sob o nº [*Número do CNPJ*], com sede em [*Endereço Completo*], por meio de seu representante legal, o(a) Sr(a). [*Nome do Representante Legal*], portador(a) do CPF nº [*Número do CPF do Representante*] e da Cédula de Identidade nº [*Número do RG do Representante*], vem por meio desta, em atendimento ao edital de licitação em referência, DECLARAR, para todos os fins e efeitos de direito, que:

1. O(a) Sr(a). [*Nome do Profissional Responsável Técnico*], médico, portador(a) do CPF nº [*Número do CPF do RT*] e da Cédula de Identidade nº [*Número do RG do RT*], com inscrição regular no respectivo conselho de classe sob o nº [*Número do Registro no Conselho Regional de Medicina*], é o Responsável Técnico da empresa pela execução dos serviços de plano de saúde, objeto da presente licitação.

2. O profissional acima designado possui qualificação técnica e capacidade para gerir e supervisionar a prestação dos serviços de assistência à saúde, em total conformidade com as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS –, as exigências do edital e a legislação vigente.

3. O profissional indicado tem vínculo comprovado com esta operadora.

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente.

[Assinatura do Representante Legal]

[Local], [Data].

[Nome do Representante Legal]

[Cargo do Representante Legal]

[Razão Social da Operadora]

ANEXO IX
PREGÃO ELETRÔNICO
PROCESSO NO PORTAL DE COMPRAS: 1011014 211/2025
DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DOS REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO E CAPACIDADE DE

ATENDIMENTO

A PREGOANTE [*Razão Social da Operadora*], inscrita no CNPJ sob o nº [*Número do CNPJ*], com sede em [*Endereço Completo*], por meio de seu representante legal, o(a) Sr(a). [*Nome do Representante Legal*], portador(a) do CPF nº [*Número do CPF do Representante*] e da Cédula de Identidade nº [*Número do RG do Representante*], vem por meio desta, em atendimento ao edital de licitação em referência, DECLARAR, para todos os fins e efeitos de direito, que possui pleno conhecimento e integral concordância com as disposições previstas neste edital, e que atende todos os requisitos da contratação previstos, inclusive quanto à capacidade de atendimento nas seguintes condições:

I - no mínimo, 20 (vinte) hospitais na rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada, na Região Metropolitana de Belo Horizonte - RMBH-, sendo pelo menos 3 (três) deles com Certificado de Acreditação da Organização Nacional de Acreditação – ONA –, correspondente ao nível 3 – “Acreditado com excelência”;

II - no mínimo, 05 (cinco) hospitais de rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada na RMBH, com mais de 100 (cem) leitos em cada hospital;

III - urgência e emergência 24 horas por dia, em pelo menos 5 (cinco) hospitais com CTI na Região Metropolitana de Belo Horizonte e com, no mínimo, as seguintes especialidades médicas: cirurgia geral, ortopedia e clínica médica;

IV - urgência e emergência 24 horas por dia, em pelo menos 02 (dois) hospitais com CTI pediátrico na RMBH;

V- atendimento às urgências ginecológicas e obstétricas, 24 horas por dia, em, pelo menos, 03 (três) hospitais na RMBH;

VI - atendimento às urgências e emergências otorrinolaringológicas, 24 horas por dia, em pelo menos 01 (um) hospital na RMBH;

VII - atendimento às urgências e emergências oftalmológicas, 24 horas por dia, em pelo menos 01 (um) hospital na RMBH;

VIII - no mínimo, 05 (cinco) laboratórios de análises clínicas, 03 (três) laboratórios de anatomia patológica, 05 clínicas de exames por imagem, 01 (um) serviço de medicina nuclear, 04 (quatro) clínicas especializadas em oncologia, 04 (quatro) clínicas especializadas em oftalmologia e 04 (quatro) clínicas especializadas em otorrinolaringologia na RMBH;

IX - atendimento domiciliar às urgências médicas, 24 horas por dia, com remoção, se necessária, em ambulância dotada de CTI móvel, na RMBH;

X - atendimento ambulatorial com, no mínimo, 1.000 (mil) médicos credenciados na RMBH que ofereçam atendimento individualizado em consultório médico extra-hospitalar e equipado conforme sua especialidade, sendo pelo menos 5 (cinco) médicos em cada uma das seguintes especialidades: clínica médica, pediatria, cirurgia geral, ortopedia, cardiologia,

urologia, neurologia, gastroenterologia, endocrinologia, dermatologia, angiologia, ginecologia/obstetrícia e psiquiatria;

XI - urgência e emergência 24 horas por dia, em pelo menos 01 (um) hospital com CTI, nos municípios de Araguari, Araxá, Divinópolis, Governador Valadares, Itajubá, João Monlevade, Juiz de Fora, Manhuaçu, Montes Claros, Muriaé, Pará de Minas, Patos de Minas, Patrocínio, Pouso Alegre, Sete Lagoas, Teófilo Otoni, Uberaba, Uberlândia e Varginha, e com, no mínimo, as seguintes especialidades médicas: cirurgia geral, ortopedia, clínica médica e pediatria;

XII - em cada um dos municípios listados no item VI, no mínimo, 02 (dois) laboratórios de análises clínicas, 01 (um) laboratório de anatomia patológica, 01 (uma) clínica de exames por imagem, 02 (dois) médicos credenciados para atendimento em consultório em cada uma das seguintes especialidades: clínica médica, pediatria, cirurgia geral, ortopedia e ginecologia/obstetrícia;

XIII - atendimento de urgência e emergência, 24 horas por dia, em pelo menos 01 (um) hospital com CTI, localizado na capital e/ou região metropolitana de todos os Estados, e com, no mínimo, as seguintes especialidades médicas: cirurgia geral, ortopedia, clínica médica e pediatria, observado o disposto nos subitens 9.7.4.3 e 9.7.4.3.1 do Edital;

XIV - no mínimo, 02 (dois) médicos credenciados para atendimento em consultório em cada uma das seguintes especialidades médicas: clínica médica, pediatria, cirurgia geral, ortopedia, neurologia e ginecologia/obstetrícia, na capital e/ou região metropolitana de todos os Estados, observado o disposto nos subitens 9.7.4.3 e 9.7.4.3.1 do Edital;

XV - realização de remoção em ambulância dotada de CTI móvel, nos casos de urgência e emergência, em todo território nacional;

XVI - realização de remoção aérea, nos casos de urgência e emergência, em todo território nacional;

XVII - serviço de “call center” com atendimento nas 24 horas do dia.

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente.

[Assinatura do Representante Legal]

[Local], [Data].

[Nome do Representante Legal]

[Cargo do Representante Legal]

[Razão Social da Operadora]

ANEXO X
PREGÃO ELETRÔNICO

PROCESSO NO PORTAL DE COMPRAS: 1011014 211/2025

COMPROVAÇÃO DA REDE DE ATENDIMENTOS

Disponível para *download* em <https://mediaserver.almg.gov.br/acervo/466/525/2466525.ods>.

ANEXO XI

PREGÃO ELETRÔNICO

PROCESSO NO PORTAL DE COMPRAS: 1011014 211/2025

MINUTA DE CONTRATO

CONTRATANTE: Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais.

CONTRATADA:

OBJETO: serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar, exames complementares e serviços auxiliares de diagnósticos e terapias, por meio de plano privado, na modalidade de contratação coletiva empresarial.

PREÇO:

PERIODICIDADE DE REAJUSTE: Anual

INDEXADOR: IPCA/IBGE

VIGÊNCIA: de 1º de junho de 2026 a 31 de maio de 2027, prorrogável na forma da lei.

LICITAÇÃO: PREGÃO ELETRÔNICO

Nº DO PROCESSO NO PORTAL DE COMPRAS: 1011014 211/2025

Nº PROCESSO SEI: 101848.000349-5/2025

GERÊNCIA RESPONSÁVEL: Gerência-Geral de Saúde Ocupacional – GSO.

Entre a **ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MINAS GERAIS**, com sede na Rua

Rodrigues Caldas, nº 30, bairro Santo Agostinho, nesta Capital, CEP 30190-921, inscrita no CNPJ nº 17.516.113/0001-47, adiante designada **CONTRATANTE**, representada pelo seu Presidente, Deputado Tadeu Leite, e pelo seu Primeiro-Secretário, Deputado Gustavo Santana, e a sociedade empresária....., com sede na rua, nº, CEP, inscrita no CNPJ nº, adiante designada **CONTRATADA**, neste ato representada nos termos de seu contrato social, tendo em vista o resultado do Pregão Eletrônico Processo no Portal de Compras 1011014 211/2025, bem como o disposto no **PAE 1/2026** e **EXPJ ____/2026** da Procuradoria-Geral da **CONTRATANTE**, fica contratado, sob o regime da Lei Federal 14.133/2021, Deliberações da Mesa nºs 2.802/2022 e 2.821/2023 e demais normas aplicáveis, o seguinte:

1 - DO OBJETO DO CONTRATO.

1.1 - contratação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar, exames complementares e serviços auxiliares de diagnósticos e terapias, por meio de plano privado, na modalidade de contratação coletiva empresarial, conforme condições, quantidades e exigências estabelecidas neste instrumento, de acordo com as especificações abaixo:

1.1.1 - Plano de abrangência estadual: contratação de pessoa jurídica de direito privado que opere plano de assistência à saúde aos beneficiários da **CONTRATANTE**, na modalidade de contratação coletiva empresarial, com coparticipação em consultas médicas, custo *per capita* (faixa etária única) para os usuários e seus dependentes e agregados, devidamente registrada e ativa na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - (Lei nº 9.656, de 1998, art. 1º, I e II) para prestação de serviços de assistência médica, hospitalar com obstetrícia e ambulatorial, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias, internações clínicas, cirúrgicas, obstétricas, dependência química e psiquiátricas, internações em Unidade de Terapia Intensiva/Centro de Terapia Intensiva adulto, infantil e neonatal, cobertura farmacêutica na internação, utilização de leitos especiais, além de cobertura assistencial limitada, no mínimo, ao rol de procedimentos da ANS e suas atualizações, inclusive com cobertura para remoção aérea aos beneficiários regularmente inscritos no plano de assistência à saúde da **CONTRATANTE**, conforme condições e exigências estabelecidas neste instrumento, para atendimento em caráter eletivo, urgência e emergência, destinado aos usuários indicados pela **CONTRATANTE**, com cobertura assistencial em todo o Estado de Minas Gerais e, em casos de urgência e emergência, em todo o território nacional, por meio de rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada, ou mediante reembolso, por meio de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outras instituições e profissionais.

1.1.2 - Plano de abrangência nacional: contratação de pessoa jurídica de direito privado que opere plano de assistência à saúde aos beneficiários da **CONTRATANTE**, na modalidade de contratação coletiva empresarial, com coparticipação em consultas médicas, custo *per capita* (faixa etária única) para os usuários e seus dependentes e agregados, devidamente registrada e ativa na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - (Lei nº 9.656, de 1998, art. 1º, I e II) para prestação de serviços de assistência médica, hospitalar com obstetrícia e ambulatorial, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias, internações clínicas, cirúrgicas, obstétricas, dependência química e psiquiátricas, internações em Unidade de Terapia Intensiva/Centro de Terapia Intensiva adulto, infantil e neonatal, cobertura farmacêutica na internação, utilização de leitos especiais, além de cobertura assistencial limitada, no mínimo, ao rol de procedimentos da ANS e suas atualizações, inclusive com cobertura para remoção aérea aos beneficiários regularmente inscritos no plano de assistência

à saúde da **CONTRATANTE**, conforme condições e exigências estabelecidas neste instrumento, para atendimento em caráter eletivo, urgência e emergência, destinado aos usuários indicados pela **CONTRATANTE** residentes fora do Estado de Minas Gerais, com cobertura assistencial em todo o território nacional, por meio de rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada, ou mediante reembolso, por meio de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outras instituições e profissionais.

1.2 - Regime de concessão e forma de viabilização: plano na modalidade de pós pagamento, aqui entendido que a primeira mensalidade será paga a partir de 30 (trinta) dias após o início da vigência do contrato.

1.3 - O plano será viabilizado por meio de acesso a profissionais e à rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada da **CONTRATADA**.

1.3.1 - Entende-se por rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada todos os profissionais, hospitais, maternidades, clínicas e serviços complementares colocados à disposição dos beneficiários pela **CONTRATADA** como aptos a prestarem integralmente os serviços contratados.

1.4 - Para atendimento aos beneficiários atualmente vinculados ao plano de saúde contratado pela **CONTRATANTE**, bem como para aqueles que porventura vierem a se vincular, será necessária a contratação, em tese, de 2 (dois) modelos de planos de assistência médica à saúde que atendam às seguintes características básicas e comum a todos:

a) acomodação individual em apartamento padrão;

b) coparticipação em consulta eletiva e de pronto atendimento;

c) transporte aeromédico para todos os beneficiários, sem custo adicional;

d) garantia de que o beneficiário tenha acesso direto à rede credenciada, sendo vedada a utilização de sistema de porta de entrada ou triagem obrigatória pela operadora (vedado exigir o atendimento inicial obrigatório na rede própria para a liberação do acesso à rede credenciada).

1.4.1 - Os 2 (dois) modelos de plano se distinguem em razão da abrangência geográfica de cada um, sendo:

a) Plano Estadual: atendimento eletivo em todo o Estado de Minas Gerais e, para urgência e emergência, em todo território nacional;

b) Plano Nacional: abrangência em todo o território nacional para atendimentos eletivos, urgências e emergências;

b.1) somente poderão aderir ao plano de abrangência nacional os beneficiários residentes fora do Estado de Minas Gerais.

1.5 – A **CONTRATANTE** poderá ampliar ou reduzir quantitativamente o objeto deste instrumento, respeitada a limitação prevista em lei, hipótese em que se fará o reajustamento correspondente e proporcional ao seu preço, desde que mantidas as condições gerais da proposta original.

1.6 - Não será admitida a subcontratação de serviços relativos ao núcleo principal do objeto do contrato, ressalvado o serviço de remoção aeromédica, permanecendo a **CONTRATADA** integral e solidariamente responsável pela execução do serviço, pela segurança do beneficiário e pelo cumprimento das obrigações contratuais, assistenciais e regulatórias.

1.6.1 - Na subcontratação prevista na subcláusula 1.6, permanece a responsabilidade integral da **CONTRATADA** pela perfeita execução contratual, cabendo-lhe realizar a supervisão e coordenação das atividades da subcontratada, bem como responder perante a **CONTRATANTE** pelo rigoroso cumprimento das obrigações contratuais correspondentes ao objeto da subcontratação.

1.6.2 - A **CONTRATADA** apresentará à **CONTRATANTE** documentação que comprove a capacidade técnica da subcontratada para a execução do objeto subcontratado.

1.6.3 - É vedado à **CONTRATADA** a subcontratação de pessoa física ou jurídica, se aquela ou os dirigentes desta mantiverem vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com dirigente do órgão ou entidade contratante ou com agente público que desempenhe função na licitação ou atue na fiscalização ou na gestão do contrato, ou se deles forem cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral, ou por afinidade, até o terceiro grau.

1.6.4 - No caso de substituição da empresa subcontratada durante a execução contratual, a **CONTRATANTE** deverá ser comunicada de imediato, sendo necessário que a nova subcontratada atenda aos requisitos deste instrumento, sob pena de aplicação das sanções legais cabíveis.

1.7 – A **CONTRATADA** deverá, durante toda a execução do contrato:

1.7.1 - manter as condições de habilitação e qualificação exigidas no edital, em compatibilidade com as obrigações assumidas;

1.7.2 - cumprir a reserva de cargos prevista em lei para pessoa com deficiência, para reabilitado da Previdência Social e para aprendiz, bem como as reservas de cargos previstas em outras normas específicas.

1.7.3 - responder pelos danos causados diretamente à **CONTRATANTE** ou aos seus bens, ou

ainda a terceiros, decorrentes de culpa ou dolo de seus empregados, prepostos, terceirizados, diretores, representantes e demais agentes, sem prejuízo da responsabilidade objetiva da **CONTRATADA**, nos casos previstos em lei, a exemplo da Lei nº 12.846, de 2013.

1.7.4 - cumprir o disposto no Código de Ética Funcional da **CONTRATANTE**, previsto na Deliberação da Mesa nº 2.851, de 2024.

1.8 - É vedado à **CONTRATADA**, durante a vigência do contrato, contratar cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, de dirigente do órgão ou entidade **CONTRATANTE** ou de agente público que desempenhe função na licitação ou atue na fiscalização ou na gestão do contrato.

1.9 - Somente a **CONTRATADA** será responsável pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do contrato

2 – DA GARANTIA CONTRATUAL.

2.1 - Para a fiel execução das obrigações assumidas, a **CONTRATADA** deve apresentar garantia no valor correspondente a 5% (cinco por cento) do valor inicial do contrato, optando por uma das modalidades previstas no art. 96, § 1º, da Lei nº 14.133, de 2021.

2.2 - Sob pena de multa por infração contratual, a garantia deverá ser prestada no prazo de 20 (vinte) dias, contados da data de início de vigência deste contrato ou de aditamento contratual, para as modalidades a que se referem os incisos I, III e IV do § 1º do art. 96 da Lei n. 14.133/2021.

2.3 - Somente será aceita fiança bancária na qual conste renúncia expressa ao benefício de ordem pelo fiador.

2.4 - A garantia, qualquer que seja a modalidade escolhida, assegurará, no mínimo, a cobertura de:

I – multas, prejuízos e indenizações decorrentes do inadimplemento do contrato;

II – danos causados à **CONTRATANTE** por culpa da **CONTRATADA**;

2.5 - O valor da garantia será integralmente preservado durante a vigência do contrato.

2.6 - Caso a garantia seja utilizada, no todo ou em parte, para a cobertura dos eventos a que se refere a subcláusula 2.4, a **CONTRATANTE** notificará a **CONTRATADA** para integralizá-la no prazo de 10 (dez) dias úteis, contados da notificação.

2.7 - Se forem descumpridos os prazos a que se referem as subcláusulas 2.2 e 2.6 ou se a garantia for rejeitada, nos termos da subcláusula 2.4.3, a **CONTRATANTE** reterá do pagamento do documento fiscal ou da fatura de prestação de serviços apresentada pela contratada o equivalente ao valor da garantia, estipulado nos termos da subcláusula 2.1, para formação da reserva financeira a título de caução.

2.7.1 - A retenção prevista na subcláusula 2.7 será realizada em pagamento único ou em até cinco parcelas mensais, à escolha da **CONTRATADA**, desde que assegurada a integralização do valor durante o período de vigência do contrato.

2.7.2 - Na hipótese de parcelamento, a retenção ocorrerá a partir do pagamento do primeiro documento fiscal ou fatura de prestação de serviço subsequente ao atraso ou à data de rejeição da garantia.

2.7.3 - A retenção efetuada com base na subcláusula 2.7 não gera direito a nenhum tipo de compensação financeira e será considerada garantia contratual na modalidade caução em dinheiro.

2.8 - Nas hipóteses de extinção do contrato, o saldo não utilizado da garantia prestada na forma de caução em dinheiro ou retenção será restituído à **CONTRATADA**, no prazo de até 60 (sessenta) dias, contados da data de extinção contratual, com correção monetária pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA –, calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

2.8.1 - No caso de contratos de serviços com dedicação exclusiva de mão de obra, a restituição prevista no *caput* estará condicionada à comprovação do pagamento, pela **CONTRATADA**, das obrigações trabalhistas, previdenciárias e fiscais.

2.9 - O prazo de vigência da apólice do seguro-garantia será igual ou superior ao prazo estabelecido no contrato principal e deverá acompanhar as modificações referentes à sua vigência, mediante emissão do respectivo endosso pela seguradora.

2.9.1 - Constará na apólice do seguro-garantia que o seguro continuará em vigor mesmo quando a **CONTRATADA**, tomadora do seguro, não houver pago o prêmio nas datas convencionadas.

2.10 - Na hipótese de suspensão contratual por ordem ou inadimplemento da **CONTRATANTE**, a contratada ficará desobrigada de renovar a garantia ou endossar a apólice de seguro até que se dê a retomada da execução ou o adimplemento.

2.11 - Aplicam-se todos os procedimentos previstos nesta cláusula 2, no que couber, às hipóteses de prorrogação, apostila ou aditamento contratual que impliquem revisão do valor e do prazo da garantia prestada pela **CONTRATADA**.

3 - DA EXECUÇÃO CONTRATUAL.

3.1 - Dos beneficiários

3.1.1 - Serão considerados beneficiários do plano de saúde aqueles indicados pela **CONTRATANTE**.

3.1.1.1 - Os beneficiários do plano de saúde da **CONTRATANTE**, de acordo com a Deliberação da Mesa nº 2.565, de 2013, são:

3.1.1.1.1 - Beneficiários titulares:

a) deputados;

b) ex-deputados contribuintes do Instituto de Previdência do Legislativo do Estado de Minas Gerais – Iplemg;

c) servidores efetivos e ocupantes de cargo em comissão de recrutamento amplo da estrutura parlamentar ativos;

d) servidores inativos que possuem vínculo com a **CONTRATANTE**;

e) complementado em pensão pelo Iplemg, nos termos dos arts. 1º e 4º da Lei Complementar nº 52, de 1999, desde que dependente de titular falecido;

f) pensionista de ex-deputado falecido contribuinte do Iplemg, desde que dependente;

g) pensionista de servidor falecido até 28 de novembro de 1984;

h) pensionista de ex-deputado falecido contribuinte do Iplemg que, embora não atenda aos critérios de dependência previstos na subcláusula 3.1.1.1.2, foi inscrito como dependente.

3.1.1.1.2 - Beneficiários dependentes dos titulares a que se referem as alíneas "a" a "d" da subcláusula 3.1.1.1.1:

a) cônjuge ou companheiro;

b) filho ou enteado solteiro menor de 21 anos;

c) filho ou enteado com deficiência que, comprovadamente, viva sob a dependência

econômica do titular;

d) filho ou enteado solteiro maior de vinte e um anos e menor de vinte e quatro anos que frequente curso de graduação;

e) menor de dezoito anos e pessoa inválida que, mediante decisão judicial, estejam sob guarda, tutela ou curatela do titular e dele sejam dependentes econômicos.

3.1.1.1.3 - Beneficiários agregados dos titulares a que se referem as letras "a" a "d" da subcláusula 3.1.1.1.1:

a) mãe ou madrasta e pai ou padrasto;

b) filho ou enteado que não atenda aos critérios de dependência previstos na subcláusula 3.1.1.1.2.

3.1.2 - Durante a vigência do contrato, o rol de beneficiários disposto nesta cláusula poderá ser alterado caso haja modificação ou substituição da Deliberação da Mesa nº 2.565, de 2013, em comum acordo entre as partes. A referida Deliberação encontra-se disponível no endereço eletrônico <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/DLB/2565/2013/>.

3.1.3 - No caso de extinção sem justa causa do vínculo de cargo ou função com a **CONTRATANTE** dos beneficiários titulares previstos nas letras "a" a "c" da subcláusula 3.1.1.1.1, inscritos no plano de saúde na data da exoneração, fica assegurado o direito de manter sua condição de usuário, assim como de seus dependentes e agregados, nas mesmas condições de cobertura assistencial e coparticipações previstas neste documento, exceto quanto ao preço, conforme condições descritas na subcláusula 3.1.3.1.

3.1.3.1 - **Serão asseguradas as mesmas condições de cobertura assistencial previstas neste documento, sem exigência de carência, desde que o titular faça a opção no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da exclusão, passando a assumir o pagamento integral para custeio do plano, devendo, para tanto, formalizar Termo de Adesão diretamente no posto de atendimento da CONTRATADA. O valor da mensalidade, neste caso, deverá ser regido pela Resolução Normativa da ANS nº 488, de 2022, que regulamenta a manutenção da condição de beneficiário de planos de saúde coletivos empresariais por ex-empregados e aposentados que perderam o vínculo com a instituição.**

3.1.3.2 - O período de manutenção da condição do usuário a que se refere a subcláusula 3.1.3 será de um terço do tempo de contribuição para o plano de saúde por meio da **CONTRATANTE**, com o prazo mínimo de 6 (seis) meses e máximo de 24 (vinte e quatro) meses, desde que a interrupção no plano não ultrapasse 30 (trinta) dias.

3.1.3.3 - É assegurado ao ex-beneficiário titular aposentado, que era ocupante de cargo em comissão de recrutamento amplo da estrutura parlamentar e que contribuiu para o plano de saúde por meio da **CONTRATANTE** pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, o direito de manter

sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do vínculo de cargo ou função com a **CONTRATANTE**, desde que assuma o seu pagamento integral, conforme condições descritas na subcláusula 3.1.3.1.

3.1.3.3.1 - É assegurado ao ex-beneficiário titular aposentado, que era ocupante de cargo em comissão de recrutamento amplo da estrutura parlamentar e que contribuiu para o plano de saúde por meio da **CONTRATANTE** por período inferior ao estabelecido na subcláusula 3.1.3.3, o direito de manutenção como beneficiário, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o seu pagamento integral, conforme condições descritas na subcláusula 3.1.3.1.

3.1.3.4 - Quando da assinatura do contrato, deverá ser garantida a manutenção dos beneficiários ativos no plano de servidor exonerado, na mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano contratado para os servidores ativos.

3.1.3.4.1 - Os beneficiários ativos deverão ser comunicados, com antecedência mínima de 30 (dias), sobre a contratação do novo plano e todas as suas alterações, se houver.

3.1.3.4.2 - No momento da assinatura do presente contrato, a **CONTRATADA** deverá apresentar à **CONTRATANTE** proposta específica contendo a tabela de preços dos valores a serem arcados pelos beneficiários inativos que perderam vínculo com a **CONTRATANTE**, observando-se que:

a) o valor constante da referida proposta não poderá exceder o montante resultante da soma do valor atualmente vigente no plano de inativos, acrescido do percentual de reajuste aplicado a todos os contratos de inativos da carteira da **CONTRATADA**;

b) o valor da coparticipação em consulta aplicado ao plano de inativos deverá ser idêntico ao praticado no plano de ativos, conforme subcláusula 3.10.3;

c) o valor inicialmente contratado referente à coparticipação em consulta poderá sofrer reajuste anual, a pedido da **CONTRATADA**, observado o período mínimo de 1 (um) ano, no mesmo percentual de reajuste do contrato de inativos.

3.1.4 - No caso de falecimento dos beneficiários titulares previstos nas letras "a" a "d" da subcláusula 3.1.1.1.1, inscritos no plano de saúde na data do óbito, fica assegurada a seus dependentes que estejam inscritos no plano de saúde a permanência no referido plano, com isenção das mensalidades pelo período de 12 (doze) meses contados a partir da data do óbito do titular.

3.1.4.1 - No caso dos agregados previstos na subcláusula 3.1.1.1.3 que estejam incluídos no plano de saúde na data do óbito do titular, ou no caso de finalização do período de 12 (doze) meses, previsto na subcláusula 3.1.4, para os dependentes previstos na subcláusula 3.1.1.1.2, fica assegurado o direito de permanência no referido plano, nas mesmas condições, exceto quanto ao preço, conforme condições descritas na subcláusula 3.1.3.

3.1.4.2 - Quando da assinatura do contrato, deverá ser garantida a manutenção dos beneficiários com o benefício previsto na subcláusula 3.1.4 pelo período remanescente, na mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano contratado para os servidores ativos.

3.1.4.2.1 - Os beneficiários deverão ser comunicados, com antecedência mínima de 30 (dias), sobre a contratação do novo plano e todas as suas alterações, se houver.

3.1.5 - Quando do falecimento do beneficiário inscrito no plano pela **CONTRATANTE**, caberá ressarcimento, pela **CONTRATADA**, diretamente à **CONTRATANTE**, em virtude da diferença entre o dia do óbito e o dia da vigência da exclusão, desde que solicitado por escrito.

3.1.5.1 - Quando do falecimento do beneficiário titular, caberá ressarcimento também de todos os beneficiários dependentes.

3.1.6 - A **CONTRATANTE** entregará à **CONTRATADA**, quando da assinatura do contrato, a relação de beneficiários com todos os dados necessários para fins de cadastramento.

3.1.7 - Os quantitativos de beneficiários estão sujeitos a alterações durante toda a vigência do contrato.

3.1.8 - A exclusão do beneficiário titular implicará a de todos os seus dependentes e agregados.

3.1.8.1 - Em caso de exclusão de usuário do plano de saúde, a **CONTRATANTE** comunicará o fato imediatamente à **CONTRATADA**, isentando-se de qualquer responsabilidade pelo uso indevido de qualquer serviço oferecido ou por eventuais débitos ocorridos após ter comunicado a exclusão do usuário.

3.2 - Do padrão de acomodação em internação

3.2.1 - A **CONTRATADA** deverá garantir a todos os beneficiários do plano acomodação em regime de internação, em apartamento individual, com banheiro privativo e com direito a leito para o acompanhante, estando incluídas as despesas do acompanhante no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, da mulher no pré-parto e no pós-parto imediatos ou pessoa com deficiência.

3.2.2 - Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela **CONTRATADA**, na acomodação em que o usuário foi inscrito, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

3.2.3 - Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela **CONTRATADA**, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da **CONTRATADA**.

3.2.4 - Caso a **CONTRATADA** ofereça a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa – e nas alíneas “c”, “d” e “e” do inciso II do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998.

3.3 - Da cobertura assistencial

3.3.1 - A cobertura assistencial observará os requisitos exigidos pela Lei Federal nº 9.656, de 1998, resoluções e regulamentações complementares editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS –, em conformidade com o rol de procedimentos em vigor, estabelecido pela ANS, para despesas de assistência médico-hospitalar, incluindo partos e tratamentos, realizados nos limites da cobertura territorial estabelecida em contrato, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, em caráter eletivo, de acordo com modelo de plano a ser contratado, e, nos casos de urgência e emergência, em todo território nacional, para todos os modelos de plano.

3.3.2 - Da assistência ambulatorial

3.3.2.1 - A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultórios ou ambulatórios, conforme resoluções e regulamentações complementares da ANS. Os planos contratados deverão assegurar aos beneficiários, no mínimo, os seguintes serviços:

a) consultas e sessões médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

b) apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, em todas as especialidades médicas reconhecidas pelo CFM, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

c) cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido em resolução normativa e o rol de procedimentos da ANS;

d) cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido em resolução normativa e o rol de procedimentos da ANS, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médicos devidamente habilitados;

e) cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados em resolução

normativa da ANS, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;

f) cobertura das ações de planejamento familiar, listadas em resolução normativa e o rol de procedimentos da ANS, para segmentação ambulatorial.

3.3.3 - Da assistência médico-hospitalar com obstetrícia

3.3.3.1 - A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, conforme resoluções e regulamentações complementares da ANS. Os planos contratados deverão assegurar aos beneficiários, no mínimo, os seguintes serviços:

a) internação hospitalar, inclusive psiquiátrica, vedada a limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo CFM;

b) internação hospitalar em centro de terapia intensiva ou similar, vedada a limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;

c) cobertura de atendimento em hospital-dia para transtornos mentais, sem cobrança de coparticipação;

d) cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;

e) cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

f) diária de internação hospitalar;

g) despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;

h) exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

i) taxas e materiais utilizados durante o período de internação e relacionadas com o evento

médico;

j) cobertura dos tratamentos decorrentes de acidentes de trabalho;

k) acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do usuário menor de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, da mulher no pré-parto e pós-parto imediato e pessoa com deficiência, nas mesmas condições da cobertura do plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento;

l) cirurgia plástica reparadora, quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de acidentes pessoais que causem problemas funcionais;

m) cirurgias odontológicas bucomaxilofaciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

n) órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa –, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;

o) procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;

p) assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento;

q) cobertura dos seguintes procedimentos considerados especiais:

q.1) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

q.2) quimioterapia ambulatorial;

q.3) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.);

q.4) hemoterapia;

q.5) cirurgias oftalmológicas, inclusive refrativas, independentemente do grau;

q.6) nutrição parenteral ou enteral;

q.7) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

q.8) embolizações e radiologia intervencionista;

q.9) exames pré-anestésicos e pré-cirúrgicos;

q.10) procedimentos de fisioterapia listados no rol de procedimentos da ANS, incluindo RPG (reeducação postural global);

q.11) eletrococleografia;

q.12) cirurgias esterilizadoras (vasectomia e salpingotripsia);

q.13) cirurgia bariátrica;

q.14) cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica;

q.15) cirurgia plástica reconstrutora de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer;

r) medicamentos nacionais ou importados, caso não haja similar nacional, durante os períodos de internação;

s) utilização de leitos especiais, monitores, aparelhagem e material indispensáveis ao tratamento;

t) despesas com marcapasso e *stent* de qualquer natureza;

u) unidade de terapia intensiva ou isolamento, quando determinado pelo médico assistente, sem limitação de prazo;

v) cobertura de transplantes de medula óssea, fígado, córnea e rim, bem como os transplantes autólogos listados no rol de procedimentos e eventos em saúde editado pela ANS, além das despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, quando couber, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:

v.1) as despesas assistenciais com doadores vivos;

v.2) os medicamentos nacionais ou importados, na falta de similar nacional, utilizados durante a internação;

v.3) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

v.4) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;

v.5) transplantes provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica;

w) são cobertos os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, endoscopia, laparoscopia e demais escopias, quando assim especificados em resolução normativa da ANS, assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação de imagem;

x) a cobertura de obstetrícia compreende toda a cobertura dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto, dentro dos recursos próprios ou contratados pela **CONTRATADA**;

x.1) são cobertas as despesas com honorários médicos, diárias de berçário e centro de terapia intensiva do recém-nascido, filho natural ou adotivo, bem como medicamentos nacionais ou importados, na falta de similar nacional, materiais e exames indispensáveis ao seu tratamento, durante os 30 (trinta) dias após o nascimento. Decorrido esse prazo, a cobertura fica condicionada à inclusão do recém-nascido em plano de assistência à saúde.

3.3.4 - Das exclusões da cobertura

3.3.4.1 - As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei nº 9.656, de 1998, nas resoluções do Conselho de Saúde Suplementar – Consu – e nas resoluções normativas da ANS, respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias. São excluídos os eventos e despesas decorrentes de:

a) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

b) atendimentos prestados antes do início do período de vigência;

c) procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;

d) inseminação artificial;

e) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

f) tratamentos em centros de SPAs, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;

g) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, com exceção dos medicamentos previstos em Resolução Normativa da ANS;

h) fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

i) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

j) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

k) aplicação de vacinas preventivas;

l) necrópsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

m) aparelhos ortopédicos;

n) aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

o) procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;

p) consultas e procedimentos em especialidades médicas não reconhecidas pelo CFM;

q) medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – Conitec;

r) fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados.

3.4 - Da abrangência geográfica e da rede de atendimento

3.4.1 - Plano de abrangência estadual

3.4.1.1 - A rede credenciada do plano estadual, na modalidade presencial, deverá ser a seguinte:

a) capacidade de atendimento em, no mínimo, 20 (vinte) hospitais na rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada, na Região Metropolitana de Belo Horizonte - RMBH -, sendo pelo menos 3 (três) deles com Certificado de Acreditação da Organização Nacional de

Acreditação – ONA –, correspondente ao nível 3 – “Acreditado com excelência”;

b) capacidade de atendimento em, no mínimo, 5 (cinco) hospitais de rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada na RMBH, com mais de 100 (cem) leitos em cada hospital;

c) capacidade de atendimento de urgência e emergência 24 horas por dia, em pelo menos 5 (cinco) hospitais com CTI na RMBH e com, no mínimo, as seguintes especialidades médicas: cirurgia geral, ortopedia e clínica médica;

d) capacidade de atendimento de urgência e emergência 24 horas por dia, em pelo menos 2 (dois) hospitais com CTI pediátrico na RMBH;

e) capacidade de atendimento de, no mínimo, 5 (cinco) laboratórios de análises clínicas, 3 (três) laboratórios de anatomia patológica, 5 (cinco) clínicas de exames por imagem, 1 (um) serviço de medicina nuclear, 4 (quatro) clínicas especializadas em oncologia, 4 (quatro) clínicas especializadas em oftalmologia e 4 (quatro) clínicas especializadas em otorrinolaringologia na RMBH;

f) capacidade de atendimento de urgência e emergência 24 horas por dia, em pelo menos 1 (um) hospital com CTI, nos municípios de Araguari, Araxá, Divinópolis, Governador Valadares, Itajubá, João Monlevade, Juiz de Fora, Manhuaçu, Montes Claros, Muriaé, Pará de Minas, Patos de Minas, Patrocínio, Pouso Alegre, Sete Lagoas, Teófilo Otoni, Uberaba, Uberlândia e Varginha, e com, no mínimo, as seguintes especialidades médicas: cirurgia geral, ortopedia, clínica médica e pediatria;

g) em cada um dos municípios listados na alínea "f", deverá apresentar capacidade de atendimento de, no mínimo, 2 (dois) laboratórios de análises clínicas, 1 (um) laboratório de anatomia patológica, 1 (uma) clínica de exames por imagem, 2 (dois) médicos credenciados para atendimento em consultório em cada uma das seguintes especialidades: clínica médica, pediatria, cirurgia geral, ortopedia e ginecologia/obstetrícia;

h) capacidade para realizar atendimento domiciliar às urgências médicas, 24 horas por dia, com remoção, se necessária, em ambulância dotada de CTI móvel, na RMBH;

i) capacidade para realizar atendimento às urgências ginecológicas e obstétricas, 24 horas por dia, em, pelo menos, 3 (três) hospitais na RMBH;

j) capacidade para realizar atendimento às urgências e emergências otorrinolaringológicas, 24 horas por dia, em pelo menos 1 (um) hospital na RMBH;

k) capacidade para realizar atendimento às urgências e emergências oftalmológicas, 24 horas por dia, em pelo menos 1 (um) hospital na RMBH;

l) capacidade de atendimento ambulatorial com, no mínimo, 1.000 (mil) médicos credenciados na RMBH que ofereçam atendimento individualizado em consultório médico extra-hospitalar e equipado conforme sua especialidade, sendo pelo menos 5 (cinco) médicos em cada uma das seguintes especialidades: clínica médica, pediatria, cirurgia geral, ortopedia, cardiologia, urologia, neurologia, gastroenterologia, endocrinologia, dermatologia, angiologia, ginecologia/obstetrícia e psiquiatria;

m) capacidade de atendimento de urgência e emergência, 24 horas por dia, em pelo menos 1 (um) hospital com CTI, fora do Estado de Minas Gerais, localizado na capital e/ou região metropolitana de todos os Estados, e com, no mínimo, as seguintes especialidades médicas: cirurgia geral, ortopedia, clínica médica e pediatria.

3.4.2 - Plano de abrangência nacional

3.4.2.1 - No plano nacional, de abrangência geográfica em todo território brasileiro, tanto para os tratamentos eletivos como os de urgência e emergência, deverá constar toda a rede credenciada exigida para o plano estadual, assim como a abaixo relacionada, na modalidade presencial:

a) capacidade de atendimento de urgência e emergência, 24 horas por dia, em pelo menos 1 (um) hospital com CTI na capital e/ou região metropolitana de todos os estados e com, no mínimo, as seguintes especialidades médicas: cirurgia geral, ortopedia, clínica médica e pediatria;

b) capacidade de atendimento de, no mínimo, 2 (dois) médicos credenciados para atendimento em consultório em cada uma das seguintes especialidades médicas: clínica médica, pediatria, cirurgia geral, ortopedia, neurologia e ginecologia/obstetrícia, na capital e/ou região metropolitana de todos os estados.

3.4.2.2 - Somente poderão aderir ao plano de abrangência nacional os beneficiários residentes fora do Estado de Minas Gerais.

3.4.3 - Admitir-se-á, de forma excepcional, a possibilidade de reembolso integral, restrita exclusivamente aos Estados distintos de Minas Gerais que, na data da publicação do edital da licitação antecedente, não possuam beneficiários ativos no plano da CONTRATANTE, conforme disposto no ANEXO VII do edital.

3.4.3.1 - A excepcionalidade limitar-se-á às especialidades médicas expressamente previstas na subcláusula 3.4.1.1, alínea “m”, e na subcláusula 3.4.2.1, alíneas “a” e “b”, condicionando-se, ainda, à comprovação da capacidade operacional para atendimento de urgência e emergência em regime ininterrupto (24 horas), em ao menos 1 (um) hospital dotado de Centro de Terapia Intensiva – CTI –, localizado na capital e/ou região metropolitana de cada estado.

3.4.4 - Da prestação dos serviços assistenciais fora da Região Metropolitana de Belo Horizonte – RMBH.

3.4.4.1 - Nos atendimentos realizados fora da Região Metropolitana de Belo Horizonte RMBH –, o atendimento ao beneficiário poderá ser prestado por meio de rede integrada, desde que a rede hospitalar esteja devidamente vinculada ao cadastro do produto junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, especialmente quanto à obrigação da operadora de garantir a cobertura assistencial contratada.

3.4.4.1.1 - A utilização de rede integrada poderá ser admitida desde que haja vínculo contratual formal e/ou integração operacional, assistencial e de sistemas e responsabilidade integral da CONTRATADA, permanecendo essa como única responsável pela execução do objeto licitado.

3.4.4.1.2 - Não será admitida a prestação de serviços por meio de rede indireta, caracterizada pela inexistência de vínculo contratual direto ou de integração operacional, assistencial e de sistemas pela CONTRATADA, salvo nas hipóteses excepcionais previstas na regulamentação da ANS.

3.4.4.1.3 - Em qualquer hipótese, a CONTRATADA permanecerá integralmente responsável pela assistência prestada ao beneficiário, incluindo a qualidade do atendimento, a continuidade do tratamento, o cumprimento das obrigações assistenciais, administrativas e regulatórias, bem como pela responsabilização perante a CONTRATANTE, os beneficiários e os órgãos de controle, não se caracterizando, para quaisquer efeitos, subcontratação ou transferência do objeto contratual.

3.5 - Das condições de atendimento

3.5.1 - A rede credenciada deverá estar disponível, devidamente atualizada, para consulta pelos beneficiários por meio do sítio eletrônico da CONTRATADA ou por meio de seu aplicativo que permita acesso via celular ou *tablet*.

3.5.1.1 - Caso haja alteração na estrutura da rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada, nos termos da Resolução Normativa ANS nº 568, de 2022, a CONTRATADA deverá disponibilizar em seu sítio eletrônico e/ou em outros meios de comunicação existentes, a relação contendo as modificações havidas.

3.5.2 - A CONTRATADA deverá permitir o acesso dos usuários a toda a rede credenciada.

3.5.3 - Quando não for possível a utilização dos serviços próprios, credenciados, cooperados ou referenciados, observado o disposto no art. 1º, §2º, da Resolução Normativa ANS nº 465, de 2021, os beneficiários poderão ser atendidos em estabelecimento médico a que tiverem acesso, depois de exauridas as hipóteses previstas na Resolução Normativa ANS nº 566, de 2022 e na legislação vigente.

3.5.3.1 - Nessa hipótese, os beneficiários poderão solicitar à CONTRATADA reembolso integral dos valores pagos, de acordo com as normas da Resolução Normativa ANS nº 566, de 2022,

observando-se que:

a) deverão ser apresentados:

a.1) recibo de pagamento referente ao atendimento realizado; e

a.2) comprovação de tentativa prévia de utilização da rede credenciada da operadora, sem sucesso;

b) o reembolso deverá ser efetuado diretamente na conta do beneficiário, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da protocolização do pedido com todos os documentos exigidos pela **CONTRATADA**;

c) a documentação referente ao reembolso deverá ser apresentada dentro do ano de realização do atendimento;

c.1) nos casos em que o atendimento ao beneficiário ocorrer no último mês do ano, o prazo estabelecido na alínea “c” será prorrogado automaticamente para 30 (trinta) dias, a contar da data do atendimento.

3.5.3.2 - Em caso de reembolso de consulta médica, poderá ser deduzido o valor da coparticipação, conforme definido no item 3.10.3.

3.5.4 - Para o atendimento nos casos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização dos serviços credenciados ou próprios, a **CONTRATADA** deverá garantir o atendimento ao beneficiário, nos termos da Resolução ANS nº 566, de 2022.

3.5.4.1 – Na hipótese de reembolso em situações de urgência e emergência, serão abrangidas apenas as despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde diretamente vinculadas ao evento que motivou o atendimento, enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

3.5.4.1.1 - O reembolso aplicável restringe-se a atendimentos realizados dentro do território nacional e somente quando comprovadamente não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela **CONTRATADA**.

3.5.4.1.2 – A solicitação de reembolso, nos casos de urgência e emergência, deverá ser realizada em até 12 (doze) meses da data do evento.

3.5.5 - Nas hipóteses de internação, deverão ser seguidos os requisitos dispostos na subcláusula 3.2 "Do padrão de acomodação em internação".

3.5.5.1 - Caso exista beneficiário internado e o contrato celebrado entre a **CONTRATANTE** e a

CONTRATADA chegue ao seu termo ou venha a ser rescindido, a empresa **CONTRATADA** deverá assegurar a cobertura até a alta hospitalar prescrita pelo médico assistente.

3.5.5.1.1 - Em caso de rescisão ou término da vigência do contrato com a CONTRATANTE, a CONTRATADA deverá comunicar todas as situações de internação em curso, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sendo que os respectivos dados deverão ser devidamente repassados à nova CONTRATADA, a qual terá a responsabilidade de assegurar a continuidade dos tratamentos.

3.5.6 - Quando da utilização da rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada, os beneficiários serão atendidos mediante sua identificação, que poderá se dar por meio de apresentação da carteira de identificação, física ou digital, por reconhecimento facial, por identificação biométrica ou outra forma, conforme definido pela **CONTRATANTE**, sendo o meio de identificação fornecido gratuitamente pela **CONTRATADA** a cada um dos beneficiários, e documento de identidade ou outro equivalente.

3.5.6.1 - Após a publicação do contrato no Portal Nacional de Contratações Públicas - PNCP -, a **CONTRATANTE** fornecerá à **CONTRATADA** os dados cadastrais dos beneficiários, devendo a **CONTRATADA** disponibilizar as carteiras virtuais de identificação do beneficiário titular e de seu grupo familiar até um dia antes do início da vigência do contrato, prevista na subcláusula 6.1 deste instrumento

3.5.6.1.1 - As carteiras de identificação físicas dos beneficiários que optarem por sua emissão deverão ser entregues à **CONTRATANTE** em até 15 (quinze) dias úteis, contados da data da solicitação do beneficiário.

3.5.6.1.1.1 - Serão disponibilizadas a todos os beneficiários com idade a partir de 66 (sessenta e seis) anos as carteiras de identificação físicas, que deverão ser entregues à **CONTRATANTE** até 15 (quinze) dias úteis antes do início da vigência do contrato.

3.5.6.1.2 - Os dados cadastrais dos beneficiários serão enviados para a **CONTRATADA** por meio de um arquivo de texto, cujo formato será acordado entre as partes, até o dia 20 de maio de 2026, para início da vigência em 1º de junho de 2026.

3.5.6.1.2.1 - Após 2 (dois) dias úteis, a **CONTRATADA** deverá enviar um arquivo de retorno, definido como "Recebimento de dados cadastrais da operadora"

3.5.6.2 - Todos os beneficiários possuem, nos registros da **CONTRATANTE**, número de matrícula, com a respectiva ordem de dependência, e, caso a **CONTRATADA** opte por adotar novo número, deverá correlacionar o número/**CONTRATANTE**, nome do beneficiário e o número/**CONTRATADA**.

3.5.6.3 - Caso a **CONTRATADA**, durante a vigência do contrato, venha a substituir carteiras de identificação físicas, a entrega das novas carteiras à **CONTRATANTE** deverá ocorrer no prazo de até 15 (quinze) dias úteis antes do início da validade da nova carteira.

3.5.6.4 - Antes do término da validade assinalada nas carteiras de identificação dos beneficiários, a **CONTRATADA** atualizará as carteiras virtuais, emitirá e enviará à **CONTRATANTE** novas carteiras físicas, quando solicitadas pelo beneficiário ou para todos os beneficiários com idade a partir de 66 (sessenta e seis) anos, com novo período de validade.

3.5.6.4.1 - O custeio referente à atualização das carteiras virtuais, à emissão e ao envio das carteiras físicas à **CONTRATANTE** ficará integralmente a cargo da **CONTRATADA**.

3.5.7 - A escolha dos serviços prestados será de livre arbítrio do usuário, conforme a relação de profissionais, hospitais, centros médicos, clínicas básicas e especializadas e laboratórios fornecida pela **CONTRATADA**.

3.5.8 - A autorização para a realização de procedimentos deverá ser fornecida por telefone ou por meio eletrônico, preferencialmente no prazo de 2 (dois) dias úteis de sua solicitação ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência, de modo a não causar transtornos aos beneficiários. A **CONTRATADA** deverá garantir o atendimento integral das coberturas referidas no art. 3º da Resolução Normativa da ANS nº 566, de 2022, devendo envidar esforços para que as solicitações sejam atendidas antes dos prazos definidos.

3.5.8.1 - Nos casos de urgência e emergência, o atendimento do beneficiário deverá ser imediato, sem necessidade de guia previamente autorizada, nos termos da Resolução Normativa ANS nº 566, de 2022.

3.5.9 - A **CONTRATADA** deverá possuir serviço de *call center* com atendimento ininterrupto e deverá instalar um posto interno de atendimento nas dependências da **CONTRATANTE**.

3.5.10 - Para os pedidos de exames complementares solicitados por médicos credenciados ou particulares, a **CONTRATADA** poderá realizar sua autorização ou transcrição no posto interno de atendimento.

3.5.11 - Para internação eletiva, a autorização obedecerá aos critérios definidos pela **CONTRATADA**, que se obriga a informar aos beneficiários como proceder. As informações serão prestadas via atendimento presencial ou telefônico, por meio de comunicação escrita disponível em sítio eletrônico da **CONTRATADA** ou em seu aplicativo eletrônico que permita acesso via celular ou *tablet*.

3.5.11.1 - Caso a **CONTRATADA** adote procedimentos mais simplificados de autorização para as internações e/ou procedimentos de alta complexidade, será assegurada a sua implantação no contrato, sem ônus, a ser pactuado com a **CONTRATANTE**.

3.5.11.2 - Nas internações de urgência e/ou emergência, o beneficiário dirigir-se-á a hospital da rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada e terá 48 (quarenta e oito) horas para solicitar a "Guia de Internação". Se, por culpa da **CONTRATADA**, o beneficiário só conseguir utilizar-se dos serviços contratados na rede própria, credenciada,

cooperada ou referenciada na condição de cliente particular, a **CONTRATADA** obrigar-se-á a reembolsar, direta e integralmente, os gastos realizados pelo beneficiário, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da apresentação dos recibos do pagamento efetuado.

3.5.11.3 - Nas internações de urgência e/ou emergência ocorridas em território nacional, mas fora do Estado de Minas Gerais, o beneficiário também deverá utilizar a rede credenciada da **CONTRATADA** que conste em sítios eletrônicos ou outros meios de comunicação com a **CONTRATADA**.

3.5.12 - Em casos excepcionais, de urgência, emergência, caso fortuito ou força maior, como greves e paralisações, não sendo possível a utilização de serviços da rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada oferecidos pela **CONTRATADA**, haverá reembolso, para todos os produtos e tipos de procedimentos postos à disposição dos usuários da assistência à saúde objeto desta contratação, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo plano. O reembolso deverá ser efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do protocolo do pedido na **CONTRATADA**, devendo ser aplicados os seguintes valores:

a) para consultas médicas, honorários médicos e demais procedimentos: o valor da tabela utilizada pela **CONTRATADA**, sem qualquer variação percentual;

b) para materiais e medicamentos: valores constantes no Guia Farmacêutico Brasíndice, vigente na ocasião de realização do evento;

c) para diárias, taxas, gases medicinais e outros serviços hospitalares: valores constantes da tabela utilizada pela **CONTRATADA**, sem qualquer variação percentual.

3.5.13 - Após o início da vigência do contrato, deverá ser garantida a continuidade dos serviços que vinham sendo prestados pela anterior contratada aos beneficiários em tratamento ambulatorial/hospitalar/domiciliar, cuja interrupção venha a prejudicar sua recuperação, observando as seguintes hipóteses:

a) pacientes em uso de equipamentos domiciliares: caberá à **CONTRATADA** a substituição dos equipamentos por seus próprios, desde que semelhantes ou superiores, ou, ainda, o custeio integral da manutenção dos instalados;

b) pacientes em internações domiciliares: deverão continuar nessa situação, mesmo sem ser de cobertura obrigatória pela Resolução Normativa ANS nº 465, de 2021, até a alta domiciliar ou óbito. Caso o beneficiário seja transferido para instituições hospitalares devido ao agravamento ou complicações do caso, após a alta hospitalar, ele terá garantida a continuidade de internação domiciliar, se for o caso.

3.5.14 - A **CONTRATADA** deverá garantir o acesso direto do beneficiário à rede credenciada, sem a utilização de sistema de porta de entrada ou triagem, no qual o beneficiário seria obrigado a passar por um primeiro atendimento em uma determinada clínica ou médico, para só depois ter acesso à rede credenciada.

3.6 - Da inclusão e exclusão de beneficiários

3.6.1 - A **CONTRATANTE** fornecerá a relação dos beneficiários a serem inscritos, contendo os respectivos nomes, a qualificação completa, inclusive com nome da mãe, o endereço completo, o número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas - CPF -, bem como o tipo de sua vinculação com a **CONTRATANTE**, responsabilizando-se também pela indicação de dependência.

3.6.2 - A **CONTRATADA** não restringirá o ingresso de novos usuários, inclusive agregados, no plano de saúde, desde que indicados pela **CONTRATANTE**, não cabendo à **CONTRATADA** qualquer exigência e/ou restrição quanto ao número mínimo ou máximo para inclusão e/ou exclusão.

3.6.3 - O servidor da **CONTRATANTE** que, na data do início da vigência do contrato, estiver afastado do trabalho por motivo de doença, poderá ser inscrito nas coberturas do contrato, bem como seus respectivos dependentes e agregados.

3.6.4 - As informações de inclusões e exclusões serão enviadas para a **CONTRATADA** por meio de arquivos de texto conforme *layout* acordado entre as partes. Em até 2 (dois) dias úteis, a **CONTRATADA** deverá enviar um arquivo de retorno confirmando o processamento dos dados enviados.

3.6.5 - A **CONTRATANTE** encaminhará informação à **CONTRATADA**, contendo a relação de inclusões e exclusões de beneficiários, até o dia 20 de cada mês ou no dia útil imediatamente posterior.

3.6.5.1 - As informações para uso da carteira de identificação virtual deverão ser repassadas pela **CONTRATADA** em até 5 (cinco) dias, contados do procedimento de movimentação do arquivo de inclusão.

3.6.5.2 - As carteiras de identificação virtuais deverão estar disponíveis para todos os beneficiários até a data de início da vigência da inclusão no plano de saúde.

3.6.5.3 - A **CONTRATADA** emitirá as carteiras de identificação físicas para todos os beneficiários que solicitarem e para todos os beneficiários com idade a partir de 66 (sessenta e seis) anos.

3.6.5.3.1 - O prazo para entrega das carteiras de identificação físicas à **CONTRATANTE**, novas ou segundas vias, é de até 15 (quinze) dias úteis, contados da data da solicitação do beneficiário.

3.6.5.3.2 - O prazo para entrega das primeiras vias das carteiras de identificação físicas à **CONTRATANTE**, referente aos beneficiários com idade a partir de 66 (sessenta e seis) anos, é de até 3 (três) dias úteis anteriores à data de início da vigência da inclusão no plano de saúde.

3.6.5.3.3 - O custeio da emissão e envio das carteiras de identificação físicas à **CONTRATANTE** ficará integralmente a cargo da **CONTRATADA**.

3.6.5.3.4 – A entrega das novas carteiras de identificação físicas para todos os beneficiários que solicitarem e para todos os beneficiários com idade a partir de 66 (sessenta e seis) anos deverá ser entregue no endereço da **CONTRATANTE**, que se responsabilizará pela distribuição.

3.6.5.3.5 - No caso de solicitação de segunda via, as carteiras deverão ser entregues no posto interno de atendimento da **CONTRATADA**, que assumirá integral responsabilidade pela distribuição das carteiras.

3.6.5.4 - Em caráter excepcional e devidamente justificado, para fins de ajustes administrativos, poderão ser realizadas inclusões ou exclusões de beneficiários fora do prazo citado na subcláusula 3.6.5, ficando tais movimentações sujeitas à cobrança proporcional da mensalidade, calculada com base no período efetivo de cobertura.

3.6.5.5 – Inclusões de recém-nascido poderão ocorrer a qualquer momento, conforme regulamentação da ANS.

3.7 - Da carência, inclusão e migração de beneficiários entre os planos estadual e nacional

3.7.1 - A inclusão será sem exigência de cumprimento de período de carência se for solicitada pelo titular:

- a) até 60 (sessenta) dias contados da vigência do contrato;
- b) até 60 (sessenta) dias contados da vinculação do beneficiário à **CONTRATANTE**, tanto para inclusão de titular quanto para dependentes e agregados;
- c) até 60 (sessenta) dias contados da data do nascimento do recém-nascido;
- d) até 60 (sessenta) dias contados da data do casamento ou da data do início da convivência da união estável.

3.7.1.1 - Para os ingressos que ocorrerem fora dessas hipóteses, haverá exigência de cumprimento de carência conforme os prazos estabelecidos abaixo:

Procedimento	Prazo
Atendimento de urgência e emergência	24 horas

Consultas e procedimentos básicos de diagnóstico e terapia	30 dias
Cirurgias ambulatoriais	120 dias
Demais cirurgias	180 dias
Procedimentos especiais de diagnóstico e terapia	180 dias
Diálise, hemodiálise e fisioterapia	180 dias
Internações	180 dias
Demais procedimentos e terapias	180 dias
Parto a termo	300 dias

3.7.2 - Na hipótese de nova posse, em até 60 (sessenta) dias da exoneração do beneficiário titular, mantém-se a condição que estava previamente à exoneração, relativa ao plano de saúde do titular e de seus dependentes e agregados.

3.7.2.1 - Se o beneficiário titular e/ou seus dependentes e agregados não estavam incluídos no plano no momento da exoneração, deverão ser cumpridos os prazos de carência em caso de solicitação de inclusão na nova posse.

3.7.2.2 - Se o beneficiário titular e/ou seus dependentes e agregados estavam incluídos no plano no momento da exoneração, não poderão ser excluídos se não tiver sido cumprido o prazo de 12 (doze) meses de permanência.

3.7.3 - A migração de beneficiários entre os planos estadual e nacional poderá ser realizada a critério do beneficiário titular em qualquer data, sem exigência de qualquer cumprimento de período de carência.

3.7.4 - Em caso de rescisão ou cancelamento do contrato, e caso seja de interesse dos beneficiários permanecerem como clientes particulares da empresa **CONTRATADA**, essa deverá disponibilizar plano de assistência à saúde, na modalidade individual ou familiar, ao universo de beneficiários interessados, que se responsabilizarão pelo pagamento direto, ficando assegurada a isenção de qualquer tipo de carência, observadas as seguintes regras:

a) os beneficiários interessados, anteriormente inscritos no plano cancelado ou rescindido, deverão fazer opção pelo produto individual ou familiar da **CONTRATADA** no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento ou rescisão;

b) a **CONTRATANTE** deverá informar ao beneficiário inscrito sobre o cancelamento do benefício em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção de que trata a alínea "a" supra;

c) os preços a serem praticados serão aqueles estipulados pela operadora, vigentes à época.

3.7.5 - Não será admitida qualquer imputação de Cobertura Parcial Temporária – CPT – para Doença ou Lesões Preexistentes – DLP.

3.8 - Da remoção

3.8.1 - A **CONTRATADA** deverá garantir a remoção no território nacional, em casos de urgência e de emergência, entre hospitais ou serviços de pronto-atendimento, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano de saúde, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação.

3.8.1.1 - A **CONTRATADA** deverá assegurar a remoção do beneficiário hospitalizado, via terrestre, dentro dos limites estabelecidos pela Resolução Normativa ANS nº 566, de 2022 ou outra resolução da ANS que venha a substituí-la.

3.8.2 - A **CONTRATADA** deverá oferecer serviço de remoção em ambulância, conforme indicação médica, inclusive dotada de CTI móvel, nos casos de urgência e emergência, sem limite de quantidade ou valor.

3.8.2.1 - O serviço de remoção em ambulância estará disponível continuamente, 24 (vinte e quatro) horas por dia, com o acompanhamento médico e os recursos materiais que se fizerem necessários.

3.8.3 - A **CONTRATADA** deverá oferecer serviço de remoção aérea em todo o território nacional, por meio de aeronaves devidamente equipadas para situações que exijam cuidados médicos imediatos e intensivos com risco de vida, exclusivamente por indicação médica, observando-se os seguintes aspectos:

a) o diagnóstico e as condições gerais do paciente;

b) o horário e local em que se encontra o paciente;

c) os locais de pouso e condições meteorológicas;

d) a distância, o tempo de remoção e a proximidade de recurso tecnicamente mais adequado.

3.8.3.1 - É admitida a subcontratação do serviço de remoção aeromédica, por se tratar de atividade altamente especializada, que demanda certificações técnicas e regulatórias específicas, não integrantes do núcleo principal das operadoras de planos de saúde, as quais permanecem responsáveis pela gestão assistencial.

3.8.3.1.1 - A subcontratação do serviço de remoção aeromédica não implica transferência do

objeto contratual, permanecendo a **CONTRATADA** integral e solidariamente responsável pela execução do serviço, pela segurança do beneficiário e pelo cumprimento das obrigações contratuais, assistenciais e regulatórias, nos termos da Lei nº 14.133, de 2021.

3.8.3.1.2 - É vedada a subcontratação em cadeia ou a cessão do serviço a terceiros não previamente indicados e autorizados pela **CONTRATANTE**.

3.8.3.1.3 - A **CONTRATANTE** poderá, a qualquer tempo, solicitar a substituição da empresa subcontratada, caso seja constatado:

a) descumprimento das exigências técnicas, regulatórias ou contratuais;

b) perda de certificações obrigatórias.

3.8.3.1.3.1 - A substituição não afastará a responsabilidade integral da **CONTRATADA**, nem suspenderá a execução do contrato.

3.8.4 - O serviço de remoção aeromédica estará disponível continuamente, 24 (vinte e quatro) horas por dia, com o acompanhamento médico e os recursos materiais que se fizerem necessários.

3.8.4.1 - A solicitação da remoção aérea do paciente será feita à central de atendimento da **CONTRATADA** exclusivamente pelo médico que prestar atendimento ao paciente.

3.8.5 - A remoção aérea será efetuada, conforme indicação médica, entre hospitais ou serviços de pronto-atendimento, em casos de urgência ou emergência, independentemente de necessidade de internação em CTI.

3.8.5.1 - A remoção aérea também será realizada na hipótese de retorno ao local de domicílio, quando o quadro clínico permitir e existirem reais benefícios à recuperação do beneficiário, sob indicação médica, estando impedido de retornar por outros meios de transporte, desde que a transferência seja realizada entre hospitais ou serviços de pronto atendimento.

3.8.6 - O serviço de remoção aérea será de adesão obrigatória para todos os beneficiários, a partir da data de inclusão no plano de saúde, sem cobrança de valor de mensalidade.

3.8.7 - Para a utilização do serviço de remoção aérea não será exigido cumprimento de período de carência, desde que a inclusão no plano ocorra dentro dos prazos previstos na subcláusula 3.7.1.

3.8.7.1 - Para os ingressos que ocorrerem fora dos prazos previstos na subcláusula 3.7.1, haverá exigência de cumprimento de carência para a utilização do serviço de remoção aérea, no período de 60 (sessenta) dias.

3.9 - Do posto interno de atendimento

3.9.1 - A **CONTRATADA** deverá manter, nas dependências da **CONTRATANTE**, em local por essa disponibilizado, em Belo Horizonte, uma unidade de posto interno de atendimento, durante horário comercial, destinado ao uso exclusivo dos beneficiários do plano de saúde da **CONTRATANTE**, para fins de autorizações, internações, transcrição de procedimentos emitidos por médicos da **CONTRATANTE** ou terceiros particulares, esclarecimentos e quaisquer informações pertinentes à utilização dos serviços contratados.

3.9.2 - O ônus para implantação, manutenção e operacionalização dos serviços oferecidos pelo posto interno de atendimento é da **CONTRATADA**.

3.9.3 - A referência para a prestação dos serviços prestados pelo posto interno de atendimento será a Gerência-Geral de Saúde Ocupacional - GSO -, localizada na Rua Rodrigues Caldas, nº 79, Santo Agostinho, Belo Horizonte/MG.

3.10 - Dos planos e da coparticipação:

3.10.1 - Os planos estadual e nacional deverão ser ofertados independentemente da quantidade de beneficiários inscritos.

3.10.2 - O valor da mensalidade para os beneficiários mãe/madrasta e pai/padrasto não deve ultrapassar 3 (três) vezes o valor da mensalidade *per capita* dos demais beneficiários, de acordo com o plano contratado.

3.10.3 - A coparticipação em consultas médicas terá os seguintes valores fixos e não poderão ser alterados pela **CONTRATADA**:

Tipo de consulta	Preço por consulta
Eletiva	R\$25,00
Pronto Atendimento / Pronto Socorro	R\$28,00

3.10.4 – O prazo máximo para a cobrança de coparticipações será de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de realização da consulta médica.

4 – DOS DIREITOS E DOS DEVERES DAS PARTES.

4.1 - Constituem deveres da **CONTRATADA**:

a) cumprir todas as obrigações constantes neste instrumento, seus anexos e sua proposta, assumindo como exclusivamente seus os riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto;

b) efetuar a execução do objeto em perfeitas condições, conforme especificações, prazo e local constantes neste instrumento;

c) responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes do objeto;

d) corrigir, às suas expensas, no todo ou em parte, o objeto em que se verificarem vícios ou defeitos;

e) comunicar à **CONTRATANTE**, no prazo mínimo de 24 (vinte e quatro) horas que antecede a data da conclusão, os motivos que impossibilitem o cumprimento do prazo previsto, com a devida comprovação;

f) manter o mínimo de rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada por localidade, conforme exigido neste instrumento;

g) responder pelo cumprimento das normas legais vigentes de âmbito federal, estadual e municipal, bem como assegurar o cumprimento das obrigações estabelecidas por regulamentação da ANS, inclusive quanto aos preços praticados no contrato;

h) atender prontamente às solicitações que se fizerem necessárias referentes à prestação de serviços contratados pela **CONTRATANTE**;

i) prestar, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, a contar da solicitação, as informações e os esclarecimentos solicitados pelo fiscal do contrato, cujas reclamações se obrigam prontamente a atender, salvo por motivo justo e comprovadamente alheio à vontade da **CONTRATADA**;

j) prestar os serviços de forma meticulosa e constante, mantendo-os sempre em ordem;

k) fornecer mensalmente, por meio de arquivo eletrônico, o demonstrativo de resultado do contrato, em que conste a receita, o custo e o índice de sinistralidade mensal, pelo período de 12 (doze) meses;

l) em nenhuma hipótese, veicular publicidade ou qualquer outra informação acerca da prestação dos serviços, sem prévia autorização da **CONTRATANTE**;

m) manter, durante o período de vigência do contrato, um preposto especialmente designado para representá-la, aceito pela **CONTRATANTE**, o qual deverá informar endereço eletrônico e número de telefone ao fiscal do contrato, devendo atender aos chamados da **CONTRATANTE**,

mesmo fora do horário de expediente, sem que com isso ocorra qualquer ônus;

n) substituir, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas após notificação, sempre que exigido pela **CONTRATANTE**, após discussão entre as partes, o seu preposto, cuja atuação, permanência e/ou comportamento sejam julgados prejudiciais, inconvenientes ou insatisfatórios à disciplina da **CONTRATANTE** ou ao interesse do serviço público;

o) responsabilizar-se pelos ônus resultantes de ações, demandas, custos e despesas decorrentes de danos comprovados, ocorridos por culpa sua ou de qualquer de seus empregados e prepostos, obrigando-se também por quaisquer responsabilidades decorrentes de ações judiciais movidas por terceiros, que lhe venham a ser exigidas por força da lei, ligadas ao cumprimento do contrato;

p) acatar as orientações da **CONTRATANTE**, sujeitando-se à mais ampla e irrestrita fiscalização nas instalações disponibilizadas, prestando os esclarecimentos solicitados e atendendo às reclamações formuladas;

q) prestar esclarecimentos à **CONTRATANTE** sobre eventuais atos ou fatos noticiados que envolvam a prestação de serviços, quando solicitados;

r) manter sigilo de todos os dados e informações relativos ao contrato firmado, não divulgando nem fornecendo quaisquer dados e informações referentes aos serviços realizados ou sobre o local de execução dos serviços, a qualquer tempo, em qualquer lugar ou a qualquer pretexto que seja;

s) proceder às inclusões e exclusões dos usuários em seus planos de assistência à saúde, conforme determinação da **CONTRATANTE**;

t) oferecer e disponibilizar atendimento de urgência e emergência em todo o território nacional;

u) permitir e facilitar à **CONTRATANTE** o acesso a toda a documentação relativa à execução do contrato;

v) ressarcir à **CONTRATANTE** o valor correspondente ao pagamento de multas, indenizações ou outros encargos que lhe forem impostos, em decorrência do descumprimento do contrato e/ou de normas legais ou regulamentares relacionados à execução do objeto;

w) comunicar imediatamente quaisquer irregularidades que possam comprometer a eficiência, responsabilidade e qualidade dos serviços, dando ciência ao gestor do contrato, por escrito, para a adoção das providências cabíveis;

x) responsabilizar-se, civil e penalmente, e proceder à indenização respectiva por todo e qualquer dano causado, direta ou indiretamente, à **CONTRATANTE** ou a seus servidores ou

terceiros, em função da execução do objeto do contrato, decorrente de culpa ou dolo de prepostos, empregados, terceirizados, diretores, representantes e demais agentes da **CONTRATADA**, não excluindo ou reduzindo dessa responsabilidade a fiscalização ou o acompanhamento da execução dos serviços pela **CONTRATANTE**;

y) responsabilizar-se perante a **CONTRATANTE** pelos danos ou desvios causados aos bens que lhe forem confiados ou a seus prepostos, devendo efetuar o ressarcimento correspondente imediatamente após o recebimento da notificação da **CONTRATANTE**, sob pena de glosa de qualquer importância que tenha a receber ou de cobrança judicial;

z) não se valer do contrato para assumir obrigações perante terceiros, dando-o como garantia, nem utilizar os direitos de crédito, a serem auferidos em função dos serviços prestados, em quaisquer operações de desconto bancário, sem prévia autorização da **CONTRATANTE**;

aa) apresentar, sempre que solicitados pela **CONTRATANTE**, relatórios de utilização e de estatísticas do serviço prestado, por meio eletrônico, podendo a **CONTRATANTE** realizar consultoria e/ou auditoria técnica nos dados assistenciais dos beneficiários, a qualquer momento;

ab) manter serviço de central telefônica gratuita de atendimento ininterrupto, inclusive em feriados, de modo a facilitar o atendimento ao usuário nos casos de urgência e emergência, visando também auxiliar os interessados na escolha do melhor local para atendimento e prestação de outros esclarecimentos e informações com relação à rede credenciada;

ac) fornecer aos usuários do plano de saúde, quando for o caso, autorizações para consultas, intervenções, internações, exames e outros documentos necessários, bem como carteiras individuais de identificação virtual, ou física quando solicitada pelo beneficiário, e Guia de Serviços;

ac.1) a emissão e o envio à **CONTRATANTE** de quaisquer vias das carteiras de identificação ou de documentos para utilização dos serviços prestados pela **CONTRATADA** não implicarão custos para a **CONTRATANTE** e seus beneficiários;

ac.2) possuir meios próprios para invalidar carteiras de identificação, quando canceladas, extraviadas ou quando da rescisão do contrato, considerando que a **CONTRATANTE** não se compromete a devolver as carteiras de identificação entregues aos seus beneficiários;

ac.3) fornecer para todos os beneficiários a partir de 66 (sessenta e seis) anos carteiras físicas individuais de identificação;

ad) providenciar a imediata correção das deficiências nos serviços contratados, apontadas pela **CONTRATANTE**, em até 30 (trinta) dias, contados a partir do apontamento, sob pena de incorrer em inexecução do contrato;

ad.1) havendo justo motivo, o prazo estabelecido na alínea "ad" poderá ser prorrogado a

critério da **CONTRATANTE**;

ae) fornecer aos usuários do plano de saúde, quando for o caso, por meio de aplicativo e/ou site da **CONTRATADA**, o demonstrativo de cobranças de coparticipação em consulta, constando valor, data do atendimento, prestador do serviço, usuário, entre outros;

af) em atendimento ao Guia de Sustentabilidade nas Contratações da **CONTRATANTE** e ao Guia Nacional de Contratações Sustentáveis, a **CONTRATADA** deverá adotar as seguintes práticas de sustentabilidade na execução dos serviços:

af.1) práticas de sustentabilidade ambiental, quando da execução dos serviços, utilizando produtos biodegradáveis, atóxicos, economizando energia, gás, água, assim como separar seletivamente os resíduos oriundos da prestação dos serviços;

af.2) proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde e daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral, consubstanciada na Norma Regulamentadora NR 32/ABNT;

af.3) aplica-se, no que couber, a Lei nº 12.305, de 2010, que dispõe acerca da instituição de Política Nacional de Resíduos Sólidos.

4.2 - Constituem direitos e deveres da CONTRATANTE:

a) receber o objeto no prazo e condições estabelecidas neste instrumento e seus anexos;

b) verificar, minuciosamente, no prazo fixado, a conformidade dos serviços prestados com as especificações constantes do instrumento convocatório e da proposta, para fins de aceitação do objeto e recebimento definitivo;

c) comunicar à **CONTRATADA**, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas no objeto, para que seja substituído, reparado ou corrigido;

d) acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações da **CONTRATADA**, por servidor especialmente designado;

e) efetuar o pagamento à **CONTRATADA** no valor correspondente à prestação do serviço, no prazo e forma estabelecidos neste instrumento e seus anexos;

f) disponibilizar à **CONTRATADA** informação necessária à execução do objeto do contrato, sempre que solicitada;

g) encaminhar informação, conforme subcláusula 3.6 deste instrumento, contendo relação de inclusões e exclusões de beneficiários para emissão ou cancelamento da carteira de

identificação ou, quando houver necessidade, para confecção da 2ª (segunda) via, quando for o caso.

4.2.1 - A **CONTRATANTE** não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela **CONTRATADA** com terceiros, ainda que vinculados à execução do contrato, nem por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da **CONTRATADA** ou de seus agentes, prepostos, empregados ou terceirizados.

5 – DA GESTÃO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO.

5.1 - A execução do contrato será acompanhada e fiscalizada pela **CONTRATANTE**, por intermédio da Gerência-Geral de Saúde Ocupacional – GSO –, área gestora do contrato, que deverá manter contato permanente com o representante da **CONTRATADA**.

5.2 - A ação fiscalizadora da **CONTRATANTE** não fará cessar nem diminuir a responsabilidade da **CONTRATADA** pelo perfeito cumprimento das obrigações estipuladas neste instrumento, nem por quaisquer danos, inclusive quanto a terceiros, ou irregularidades constatadas.

5.3 - À equipe fiscal da **CONTRATANTE** compete, dentre outras providências:

- a) sustar, no todo ou em parte, a execução contratual, sempre que a medida for considerada necessária;
- b) recusar qualquer serviço que não atenda às especificações mencionadas neste contrato;
- c) decidir acerca das questões que se apresentarem durante a execução do contrato;
- d) acertar com a **CONTRATADA** as alterações que forem julgadas convenientes ou necessárias.

5.4 - Os serviços serão recebidos provisoriamente, pelo(s) fiscal(is) do contrato, no prazo de 2 (dois) dias úteis a contar do recebimento dos arquivos de conferência da fatura, mediante termo detalhado, quando verificado o cumprimento das exigências de caráter técnico.

5.4.1 - O prazo da disposição acima será contado do recebimento dos arquivos de conferência da fatura, previsto nas subcláusulas 9.2.1 e 9.2.2, e do relatório com as devoluções proporcionais de mensalidade em razão de falecimento de beneficiários, previsto na subcláusula 9.2.3, com a comprovação da prestação dos serviços a que se refere a parcela a ser paga.

5.4.2 - Em caso de erros nos arquivos das faturas ou no relatório com o crédito proporcional em razão de falecimento, a **CONTRATADA** será comunicada, devendo proceder os ajustes em até 1 (um) dia útil.

5.4.3 - A fiscalização não efetuará o ateste da última e/ou única medição de serviços até que sejam sanadas todas as eventuais pendências que possam vir a ser apontadas no recebimento provisório.

5.4.4 - Após o recebimento provisório, a CONTRATADA será comunicada, por escrito, para que emita os documentos fiscais e os relatórios com os dados das despesas constantes nos documentos, previstos nas subcláusulas 9.2.5 e 9.2.6.

5.4.5 - A CONTRATADA poderá contestar o valor apurado pela fiscalização, de maneira fundamentada, apresentando documentos ou elementos que corroborem seus argumentos, ou emitir o documento fiscal relativo ao valor informado pelo fiscal do contrato, até o primeiro dia útil do mês seguinte ao término do mês de prestação dos serviços.

5.5 - Os serviços serão recebidos definitivamente, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados do recebimento dos documentos fiscais e dos relatórios com os dados das despesas constantes nos documentos, previstos nas subcláusulas 9.2.5 e 9.2.6, após a verificação das especificações dos serviços e consequente aceitação, mediante termo detalhado que comprove o atendimento das exigências contratuais, obedecendo aos seguintes procedimentos:

a) realizar a análise do relatório com os dados dos documentos fiscais contendo a relação individualizada de todas as despesas decorrentes do valor da mensalidade *per capita* e coparticipação em consultas médicas, relativos à movimentação do mês de competência da prestação dos serviços objeto do faturamento;

b) caso haja irregularidades que impeçam a liquidação e o pagamento da despesa, solicitar à **CONTRATADA**, por escrito, as correções, que deverá proceder os ajustes em 1 (um) dia útil.

5.6 - A CONTRATANTE poderá, a qualquer tempo, recusar os serviços, no todo ou em parte, quando em desacordo com as especificações constantes neste instrumento, devendo ser substituídos no prazo de 10 (dez) dias úteis, a contar da notificação da **CONTRATADA**, às suas custas, sem prejuízo da aplicação das penalidades.

5.7 - Os recebimentos provisórios e definitivos da contratante não farão cessar nem diminuir a responsabilidade da contratada pelo perfeito cumprimento das obrigações estipuladas neste instrumento, nem por quaisquer danos, inclusive quanto a terceiros, ou irregularidades constatadas.

5.8 - O(s) fiscal(is) anotar(ão) em registro próprio todas as ocorrências relacionadas com a execução do contrato, indicando dia, mês e ano, bem como o nome dos funcionários eventualmente envolvidos, determinando o que for necessário à regularização das falhas ou defeitos observados e encaminhando os apontamentos ao gestor do contrato, para as providências cabíveis.

5.9 - Após a publicação do contrato no PNCP, a CONTRATANTE poderá convocar o

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

5.10 - As comunicações entre **CONTRATANTE** e **CONTRATADA** devem ser realizadas por escrito sempre que o ato exigir tal formalidade, admitindo-se o uso de mensagem eletrônica para esse fim.

6 - DA VIGÊNCIA DO CONTATO E DO CRITÉRIO DE REAJUSTE.

6.1 – A vigência do contrato será de 1º de junho de 2026 a 31 de maio de 2027, prorrogável na forma da lei.

6.2 - O contrato poderá ser prorrogado sucessivamente, respeitada a vigência máxima decenal, desde que a autoridade competente ateste que as condições e os preços permanecem vantajosos para a Administração, permitida a negociação com a **CONTRATADA** ou a extinção contratual sem ônus para qualquer das partes.

6.3 - Os preços poderão sofrer reajuste anual, a pedido da **CONTRATADA**, observados os seguintes critérios:

a) caso a sinistralidade calculada para o período seja igual ou menor que 75%, o índice de reajuste a ser aplicado ao contrato será limitado pela variação acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA –, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE –, publicada no mês de fevereiro de cada ano.

b) caso a sinistralidade calculada para o período seja maior que 75%, o percentual de reajuste terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período, calculado pela fórmula $IR = [(IU/75) - 1] * 100$, sendo:

IR = índice de reajuste

IU = sinistralidade do contrato calculada para o período

b.1) caso o IR calculado seja inferior à variação acumulada do IPCA, publicada no mês de fevereiro de cada ano, aplica-se o IPCA;

c) a sinistralidade deverá ser apurada pela fórmula $IU = (Custo - Coparticipação) / Receita$, sendo:

IU = sinistralidade do contrato calculada para o período

Custo = custos oriundos da utilização dos serviços

Coparticipação = valores pagos referentes à coparticipação em consultas

Receita = valores pagos referentes às mensalidades

d) o período de apuração da sinistralidade será:

d.1) para o primeiro reajuste contratual: será considerada a sinistralidade do período entre junho de 2026 a janeiro de 2027, pois a sinistralidade do contrato somente poderá ser aferida após o início de sua vigência, além de ser necessário prazo hábil para negociação e para o processo de renovação do contrato antes do seu vencimento;

d.2) para os demais reajustes: será considerada a sinistralidade do período de 12 (doze) meses, a contar de fevereiro do ano anterior a janeiro do ano de reajuste.

6.4 - À CONTRATADA incumbirá a demonstração do cálculo da sinistralidade do plano de assistência à saúde e da memória do respectivo cálculo, como pré-requisito para o reajustamento dos preços.

6.5 - Para averiguar a sinistralidade do contrato, a **CONTRATANTE** poderá solicitar relatório gerencial constando, no mínimo, os seguintes indicadores assistenciais:

a) número de consultas por beneficiário;

b) percentual das despesas assistenciais gastas com consulta;

c) percentual das despesas assistenciais gastas com exames complementares e terapias;

d) índice de internação hospitalar;

e) custo médio de internação;

f) percentual das despesas assistenciais gastas com internações hospitalares;

g) outros indicadores que a **CONTRATANTE** considerar necessários.

6.6 - A **CONTRATADA** estará sujeita a auditorias médicas eventualmente determinadas pela

CONTRATANTE.

6.7 - O valor inicialmente contratado referente à coparticipação em consulta poderá sofrer reajuste anual, a pedido da **CONTRATADA**, observado o período mínimo de 1 (um) ano, no mesmo percentual de reajuste do contrato, conforme definido na subcláusula 6.3.

6.8 - Será aplicado índice percentual de reajuste único para os planos. Para o cálculo do índice de reajuste, a **CONTRATADA** deverá considerar os custos assistenciais e receitas de ambos os planos de forma conjunta.

6.8.1 - A **CONTRATADA** deverá apresentar relatório detalhado em que conste o cálculo da sinistralidade separadamente por plano e o cálculo da sinistralidade considerando ambos os planos em conjunto.

6.9 - As partes poderão suscitar, a qualquer tempo, o restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro do contrato em caso de força maior, caso fortuito ou em decorrência de fatos imprevisíveis ou previsíveis de consequências incalculáveis que inviabilizem a execução do contrato.

6.9.1 - Para análise do desequilíbrio econômico-financeiro do contrato deverão ser apresentados documentos que comprovem, de forma inequívoca, a alteração da relação encargos/retribuição inicialmente pactuada.

7 - DO PREÇO.

Pela efetiva prestação dos serviços contratados a **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA** a importância de R\$ ().

8 - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA.

As despesas decorrentes do presente contrato correrão por conta da dotação seguinte: 1011.01.031.729.4.239.0001.3390.10.1.

9 – DA LIQUIDAÇÃO DA DESPESA E DO PAGAMENTO.

9.1 - A liquidação da despesa será realizada pela área gestora do contrato, por meio da aceitação formal do objeto, desde que cumpridas as exigências contratuais e mediante a apresentação dos documentos fiscais e Certidão Negativa de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União – CND.

9.1.1 - Para fins de empenho e pagamento, a **CONTRATADA** deverá possuir cadastro ativo no Portal de Compras (www.compras.mg.gov.br) e os documentos relativos à prova de quitação com a Fazenda Federal, prova de quitação com a Fazenda Estadual e Certificado de Regularidade do FGTS deverão estar vigentes no Certificado de Registro Cadastral do Fornecedor – CRC.

9.2 - A **CONTRATADA** deverá apresentar os seguintes documentos referentes às despesas do mês de competência da prestação dos serviços objeto do faturamento:

9.2.1 - Arquivos de conferência das cobranças de mensalidades:

a) deverão ser emitidos 4 (quatro) arquivos, de acordo com o tipo de plano e beneficiários:

a.1) beneficiários (exceto pais/mães/madrastas/padrastos) - plano estadual;

a.2) beneficiários (exceto pais/mães/madrastas/padrastos) - plano nacional;

a.3) pais/mães/madrastas/padrastos - plano estadual;

a.4) pais/mães/madrastas/padrastos - plano nacional;

b) no arquivo, deverá constar o nome do beneficiário, número de identificação na **CONTRATADA**, data de nascimento, tipo de plano, número da matrícula na **CONTRATANTE**, valor da mensalidade *per capita* e outros dados definidos pelas partes;

c) os dados deverão ser enviados para a **CONTRATANTE** por meio de arquivos de texto, conforme *layout* acordado entre as partes;

d) os arquivos deverão ser enviados até o primeiro dia útil do mês seguinte ao da competência que está sendo cobrada;

e) a **CONTRATANTE** comunicará à **CONTRATADA** o aceite, em 2 (dois) dias úteis, após a conferência dos arquivos enviados;

f) em caso de erros nos arquivos das faturas, a **CONTRATADA** será comunicada, devendo proceder os ajustes em 1 (um) dia útil.

9.2.2 - Arquivos de conferência de cobrança de coparticipação:

a) deverão ser emitidos 4 (quatro) arquivos, de acordo com o tipo de plano e beneficiários:

a.1) beneficiários (exceto pais/mães/madrastas/padrastos) - plano estadual;

a.2) beneficiários (exceto pais/mães/madrastas/padrastos) - plano nacional;

a.3) pais/mães/madrastas/padrastos - plano estadual;

a.4) pais/mães/madrastas/padrastos - plano nacional;

b) no arquivo, deverá constar o nome do beneficiário, número de identificação na **CONTRATADA**, tipo de plano, número da matrícula na **CONTRATANTE**, valor da coparticipação em consultas médicas e outros dados definidos pelas partes;

c) os dados deverão ser enviados para a **CONTRATANTE** por meio de arquivos de texto, conforme *layout* acordado entre as partes;

d) os arquivos deverão ser enviados até o primeiro dia útil do mês seguinte ao da competência que está sendo cobrada;

e) a **CONTRATANTE** comunicará à **CONTRATADA** o aceite, em 2 (dois) dias úteis, após a conferência dos arquivos enviados;

f) em caso de erros nos arquivos das faturas, a **CONTRATADA** será comunicada, devendo proceder os ajustes em 1 (um) dia útil.

9.2.3 - Relatórios com as devoluções proporcionais de mensalidade em razão de falecimento de beneficiários:

a) deverão constar a relação individualizada de valor por beneficiário;

b) deverão ser enviados para a **CONTRATANTE** por meio eletrônico;

c) os relatórios deverão ser enviados até o primeiro dia útil do mês seguinte ao da competência que está sendo cobrada;

d) a **CONTRATANTE** comunicará à **CONTRATADA** o aceite, em 2 (dois) dias úteis, após a conferência dos arquivos enviados;

e) em caso de erros nos arquivos das faturas, a **CONTRATADA** será comunicada, devendo proceder os ajustes em 1 (um) dia útil.

9.2.4 - Arquivo para segregação do faturamento:

a) deverá ser enviado para a **CONTRATANTE** por meio de arquivo de texto único, conforme *layout* acordado entre as partes;

b) deverá constar a relação de todos os valores individualizados por beneficiário;

c) o prazo de envio é de 1 (um) dia útil após o aceite pela **CONTRATANTE** dos arquivos citados nas subcláusulas 9.2.1 e 9.2.2;

d) a **CONTRATANTE** comunicará à **CONTRATADA**, em 2 (dois) dias úteis, o valor total referente à despesa extraorçamentária, para possibilitar a emissão de documento(s) fiscal(is) distinto(s) para processamento com diferentes fontes de recursos (orçamentários e extraorçamentários).

9.2.5 - Relatórios com a discriminação dos dados dos documentos fiscais:

a) deverá ser emitido um relatório para cada documento fiscal emitido;

b) no arquivo, deverá constar o número de usuários, o número do documento fiscal correspondente, o resumo com valor do débito e do crédito, se houver, valor total cobrado e a relação individualizada por beneficiário de todas as despesas decorrentes do valor da mensalidade *per capita* ou coparticipação em consultas médicas;

c) os relatórios deverão ser enviados ou estar disponíveis em sítio eletrônico em até 1 (um) dia útil da comunicação pela **CONTRATANTE** do valor total referente à despesa extraorçamentária, descrita na subcláusula 9.2.4, alínea “d”.

9.2.6 - Notas fiscais eletrônicas:

a) deverão ser enviadas ou estar disponíveis em sítio eletrônico em até 1 (um) dia útil da comunicação pela **CONTRATANTE** do valor total referente à despesa extraorçamentária, descrita na subcláusula 9.2.4, alínea “d”;

b) deverão ser emitidas notas fiscais separadas, de acordo com o tipo de plano, beneficiários e cobrança (mensalidade ou coparticipação);

c) deverá(ão) ser emitida(s) nota(s) fiscal(is) separada(s), referente(s) ao valor total da despesa extraorçamentária, que será informado mensalmente pela **CONTRATANTE**, conforme alínea “d” da subcláusula 9.2.4.

9.2.7 - Caso haja necessidade, a **CONTRATANTE poderá solicitar antecipação do envio dos arquivos.**

9.3 - A CONTRATANTE promoverá, também, o desconto em folha de pagamentos dos beneficiários titulares referente às despesas não subsidiadas.

9.3.1 - As despesas não subsidiadas se referem às seguintes hipóteses:

a) parte da mensalidade de beneficiários titulares e dependentes não subsidiada pela **CONTRATANTE**;

b) valor integral da mensalidade dos seguintes beneficiários agregados:

b.1) mãe ou madrasta e pai ou padrasto, que possuem renda superior a 5 (cinco) salários mínimos;

b.2) mãe ou madrasta e pai ou padrasto de servidor que ocupa cargo acima do VL-43;

b.3) filho ou enteado que não atenda aos critérios de dependência previstos na subcláusula 3.1.1.1.2.

c) coparticipação em consultas médicas, sendo um valor por consulta eletiva e um valor por consulta em pronto atendimento;

c.1) o valor a ser descontado em folha de pagamento referente à coparticipação será informado mensalmente pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**, através dos arquivos de conferência de cobrança de coparticipação, previstos na subcláusula 9.2.2, e dos relatórios com a discriminação dos dados dos documentos fiscais, previstos na subcláusula 9.2.5.

c.2) o valor da coparticipação em consultas médicas será pago pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**, conforme faturamento mensal, e, posteriormente, descontado em folha de pagamento do beneficiário titular.

9.4 - O pagamento será mensal, mediante processo administrativo. A **CONTRATADA** apresentará os documentos fiscais à GSO e a **CONTRATANTE** disporá de 10 (dez) dias úteis para efetuar o pagamento, contados do recebimento definitivo do objeto, por meio de depósito em conta bancária de titularidade da **CONTRATADA**, formalmente indicada com os demais dados necessários à sua operacionalização, nos termos da Deliberação da Mesa nº 2.821, de 2023.

9.4.1 - Os documentos fiscais deverão ser encaminhados exclusivamente para *e-mail* a ser informado pela **CONTRATANTE**.

9.5 - Será aplicada a retenção do Imposto de Renda, nos termos do art. 2º-A, da Instrução Normativa da Receita Federal do Brasil nº 1.234, de 11 de janeiro de 2012.

9.6 - No caso de controvérsia sobre a execução do objeto, quanto à qualidade e quantidade, a parcela incontroversa deverá ser liberada no prazo previsto para pagamento.

9.7 - Havendo erro no documento fiscal ou nos documentos pertinentes à contratação, ou, ainda, circunstância que impeça a liquidação da despesa, o pagamento ficará sobrestado até que a **CONTRATADA** providencie as medidas saneadoras. Nesta hipótese, o prazo para pagamento iniciar-se-á após a comprovação da regularização da situação, não acarretando qualquer ônus para a **CONTRATANTE**.

9.8 - O pagamento será considerado realizado na data de emissão da respectiva ordem bancária.

9.9 - Em caso de atraso nos pagamentos por culpa da **CONTRATANTE**, incidirão, sobre o período compreendido entre a data limite para pagamento de cada parcela e a data do efetivo pagamento, juros de mora, calculados de acordo com o índice de remuneração da caderneta de poupança, e correção monetária, calculada pela variação acumulada do IPCA.

9.10 - A **CONTRATANTE** não efetuará pagamento antecipado.

10 – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

10.1 – A apuração de responsabilidade e a aplicação de sanções observará o disposto na Deliberação da Mesa nº 2.821/2023.

10.2 – A **CONTRATADA** será responsabilizada administrativamente pelas seguintes infrações:

I – dar causa à:

a) inexecução parcial do contrato;

b) inexecução parcial do contrato que cause grave dano ao patrimônio ou à imagem da **CONTRATANTE**, aos serviços por ela prestados ou ao interesse coletivo decorrente de sua função institucional;

c) inexecução total do contrato;

II – ensejar o retardamento da execução ou da entrega do objeto sem motivo justificado;

III – apresentar declaração ou documentação falsa exigida para o certame ou prestar declaração falsa durante a licitação ou a execução do contrato;

IV – fraudar a licitação ou praticar ato fraudulento na execução do contrato;

V – comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude de qualquer natureza;

VI – praticar ato lesivo previsto no art. 5º da Lei Federal nº 12.846/2013.

10.3 – A **CONTRATADA** que incidir nas condutas irregulares previstas estará sujeita às seguintes sanções:

I – advertência;

II – multa;

III – impedimento de licitar e contratar com a administração pública direta ou indireta do Estado de Minas Gerais, pelo prazo de até 3 (três) anos;

IV – declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a administração pública direta e indireta dos entes federativos, pelo prazo de 3 (três) a 6 (seis) anos.

10.3.1 – A multa pode ser aplicada cumulativamente com as demais sanções.

10.3.2 – A aplicação das sanções previstas na subcláusula 10.3 não exclui a obrigação de reparação integral do dano causado à **CONTRATANTE** e não impede a extinção do contrato por ato unilateral da **CONTRATANTE**, em qualquer fase do processo de apuração de responsabilidade, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

10.4 – A multa compensatória poderá ser aplicada, isolada ou cumulativamente, ao responsável por infração administrativa.

10.5 – Se a conduta ocorrer durante a fase de seleção do fornecedor, os percentuais previstos no quadro 1 (um) incidirão sobre o valor estimado da contratação.

10.6 – Nos contratos plurianuais, os percentuais previstos no quadro 1 (um) incidirão sobre o valor anual atualizado do contrato.

10.7 – O atraso injustificado na execução do contrato sujeitará a **CONTRATADA** a multa de mora de 0,5% (meio por cento) por dia de atraso sobre o valor da parcela em atraso, até o limite de 30% (trinta por cento), correspondente a 60 (sessenta) dias de atraso, na forma prevista no edital ou no contrato.

10.8 – A aplicação de multa de mora não impedirá que a **CONTRATANTE** a converta em compensatória e promova a extinção unilateral do contrato, com a aplicação cumulada de

outras sanções previstas.

10.9 – O valor da multa aplicada será:

I - retido dos pagamentos devidos pela **CONTRATANTE**, inclusive os decorrentes de outros contratos firmados com a **CONTRATADA**;

II - descontado do valor da garantia prestada, se houver;

III - pago por meio de depósito bancário; ou

IV - cobrado judicialmente.

10.10 – A dosimetria das sanções administrativas levará em consideração os intervalos abaixo discriminados, conforme disposto na Lei 14.133, de 2021, e nos Anexos I, II e III da Deliberação da Mesa nº 2.821, de 2023.

QUADRO 1 - MULTA COMPENSATÓRIA	
Conduta ensejadora da sanção	Valor Obs.: Se a conduta ocorrer durante a fase de seleção do fornecedor, os percentuais incidirão sobre o valor estimado da contratação. No caso dos contratos plurianuais, os percentuais incidirão sobre o valor anual atualizado do contrato
Ensejar o retardamento da execução ou da entrega do objeto sem motivo justificado.	De 0,5% a 1% sobre o valor contratado
Dar causa à inexecução parcial do contrato.	De 5% a 20% sobre o valor da parcela não executada do objeto
Dar causa à inexecução parcial do contrato que resulte em grave dano à CONTRATANTE , ao funcionamento dos serviços ou ao interesse coletivo.	De 5% a 20% sobre o valor contratado
Dar causa à inexecução total do objeto do contrato.	
Apresentar declaração ou documentação falsa exigida para a licitação ou prestar declaração falsa durante a licitação ou a	

execução do contrato.	De 20% a 30% sobre o valor contratado
Fraudar a licitação ou praticar ato fraudulento na execução do contrato.	
Comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude de qualquer natureza.	
Praticar ato lesivo previsto no art. 5º da Lei Federal nº 12.846/2013.	

QUADRO 2 - IMPEDIMENTO DE LICITAR E CONTRATAR COM A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL	
Conduta ensejadora da sanção	Período de impedimento
Ensejar o retardamento da execução ou da entrega do objeto sem motivo justificado.	Até um ano.
Dar causa à inexecução parcial do contrato que cause grave dano à administração, ao funcionamento dos serviços públicos ou ao interesse coletivo.	Até dois anos.
Dar causa à inexecução total do contrato.	Até três anos.

QUADRO 3 - DECLARAÇÃO DE INIDONEIDADE PARA LICITAR OU CONTRATAR COM A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DOS ENTES FEDERATIVOS	
Conduta ensejadora da sanção	Período de duração da sanção (Observado o mínimo de três anos e o máximo de seis anos.)
Apresentar declaração ou documentação falsa exigida para a licitação ou prestar declaração falsa durante a licitação ou a execução do contrato.	Até quatro anos.
Fraudar a licitação ou praticar ato fraudulento na execução do contrato.	Até seis anos.
Comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude de qualquer natureza.	

Praticar atos ilícitos com vistas a frustrar os objetivos da licitação.	
Praticar ato lesivo previsto no art. 5º da Lei Federal nº 12.846/2013.	

11 – DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS.

11.1 – As **partes** obrigam-se a proteger os dados pessoais a que terão acesso em função deste contrato, bem como a cumprir todas determinações da Lei 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD) e dos órgãos reguladores/fiscalizadores da matéria, atuando em perfeita conformidade com as políticas de proteção de dados pessoais existentes.

11.2 – As **partes**, quando for o caso, deverão possibilitar o exercício dos direitos do titular dos dados pessoais, conforme legislação brasileira vigente, comprometendo-se a informá-lo sobre as regras, diretrizes e finalidades de tratamento de seus dados pessoais no âmbito da realização das atividades decorrentes deste contrato.

11.3 – A **CONTRATADA** deverá manter sigilo em relação aos dados pessoais tratados em virtude deste contrato, garantindo que todos os seus empregados estejam comprometidos e sujeitos ao dever de confidencialidade, bem como devidamente instruídos e capacitados para o tratamento de dados pessoais.

11.3.1 – O dever de confidencialidade mantém-se, ainda que a relação entre as partes venha a ser extinta, independentemente dos motivos que derem causa à sua extinção.

11.4 – Qualquer ocorrência de violação do sigilo dos dados deve ser imediatamente comunicada à outra parte, sendo que todas as apurações e medidas de contenção, incluindo aquelas especificadas na legislação competente acerca da matéria, devem ser tomadas, de forma imediata, a fim de minimizar danos.

11.5 – Os dados pessoais da **CONTRATADA**, assim como das demais pessoas vinculadas à execução deste contrato, passarão a constar nas interfaces da **CONTRATANTE** como forma de permitir o perfeito cumprimento deste objeto.

11.6 – A **CONTRATANTE** atuará em perfeita sintonia à proteção dos dados pessoais, sendo que todos os procedimentos necessários ao fiel cumprimento da Lei 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD) estão dispostos na Deliberação da Mesa nº 2.766/2021.

12 – DAS HIPÓTESES DE EXTINÇÃO CONTRATUAL

12.1 – Constituirão motivos para extinção deste contrato, que deverá ser formalmente

motivada nos autos do respectivo processo, assegurados o contraditório e a ampla defesa, as seguintes situações:

I – não cumprimento ou cumprimento irregular de normas do edital ou de cláusulas deste contrato, inclusive quanto a prazos;

II – desatendimento das determinações regulares emitidas pelos agentes da **CONTRATANTE**, designados para acompanhar e fiscalizar sua execução, ou por autoridade superior;

III – alteração social ou modificação da finalidade ou da estrutura da **CONTRATADA** que restrinja sua capacidade de concluir o contrato;

IV – decretação de falência ou extinção da **CONTRATADA**;

V – caso fortuito ou força maior, regularmente comprovados, impeditivos da execução do contrato;

VI – razões de interesse público, justificadas pela autoridade máxima da **CONTRATANTE**;

VII – não cumprimento das obrigações relativas à reserva de cargos prevista em lei, bem como em outras normas específicas, para pessoa com deficiência, para reabilitado da Previdência Social ou para aprendiz.

12.2 – A **CONTRATADA** terá direito à extinção deste contrato nas seguintes hipóteses:

I – suspensão de execução do contrato, por ordem escrita da **CONTRATANTE**, por prazo superior a 3 (três) meses;

II – repetidas suspensões que totalizem 90 (noventa) dias úteis;

III – atraso superior a 2 (dois) meses, contado da emissão da nota fiscal, dos pagamentos ou de parcelas de pagamentos devidos pela **CONTRATANTE**.

12.2.1 – As hipóteses de extinção a que se refere a subcláusula 12.2 observarão as seguintes disposições:

I – não serão admitidas em caso de calamidade pública, de grave perturbação da ordem interna ou de guerra, bem como quando decorrerem de ato ou fato que a **CONTRATADA** tenha praticado, do qual tenha participado ou para o qual tenha contribuído;

II – assegurarão à **CONTRATADA** o direito de optar pela suspensão do cumprimento das obrigações assumidas até a normalização da situação, admitido o restabelecimento do

equilíbrio econômico-financeiro do contrato, na forma da alínea “d” do inciso II do caput do art. 124 da Lei nº 14.133/2021.

12.3 – A extinção deste contrato poderá ser:

I – determinada por ato unilateral e escrito da **CONTRATANTE**, exceto no caso de descumprimento decorrente de sua própria conduta;

II – consensual, por acordo entre as partes;

III – determinada por decisão judicial.

12.3.1 – A extinção determinada por ato unilateral da **CONTRATANTE** e a extinção consensual deverão ser precedidas de autorização escrita e fundamentada da Mesa Diretora da **CONTRATANTE** e reduzidas a termo no respectivo processo.

12.3.2 – Quando a extinção decorrer de culpa exclusiva da **CONTRATANTE**, a **CONTRATADA** será ressarcida pelos prejuízos regularmente comprovados que houver sofrido e terá direito aos pagamentos devidos pela execução do contrato até a data de extinção.

12.4 – A extinção determinada por ato unilateral da **CONTRATANTE** poderá acarretar, sem prejuízo das sanções previstas neste contrato e na legislação aplicável, a retenção dos créditos decorrentes do contrato até o limite dos prejuízos causados à **CONTRATANTE** e das multas aplicadas.

13 – DOS ANEXOS

13.1 - Constituem partes integrantes deste contrato o Anexo Único (proposta de preços da **CONTRATADA**), além do edital do pregão eletrônico com n.º do processo no portal de compras 1011014 211/2025 e seus anexos.

14 - DO FORO

O foro da Comarca de Belo Horizonte é o competente para a solução de qualquer pendência atinente a este contrato.

As partes firmam o presente termo de contrato, em duas vias de igual teor e forma, perante duas testemunhas.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2026.

Deputado Tadeu Leite
Presidente da
Assembleia Legislativa do Estado de Minas
Gerais

Deputado Gustavo Santana
Primeiro Secretário da
Assembleia Legislativa do Estado de Minas
Gerais

CONTRATANTE

CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

1)
CPF:

2)
CPF:

ANEXO ÚNICO DO CONTRATO

PROPOSTA DE PREÇOS

		A	B	C	D
ITEM	Categoria de usuário	Preço Individual Mensal(R\$)	Estimativa de usuários	Preço Mensal	Preço Anual
1	Beneficiários (exceto pais/mães/padrasto/madrastas) - Plano Estadual		10.424		

2	Pais/mães/padrastos/madrastas – Plano Estadual		799		
3	Beneficiários(exceto pais/mães/padrastos/madrastas) - Plano Nacional		205		
4	Pais/mães/padrastos/madrastas – Plano Nacional		13		
PREÇO GLOBAL ANUAL					



Documento assinado eletronicamente por **Alex Pacheco de Paula, Pregoeiro(a)**, em 13/01/2026, às 08:48, conforme [Deliberação nº 2.710, de 2019](#).



A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://sei.almg.gov.br/documento_conferir informando o código verificador **0301587** e o código CRC **495738E5**.

Comissão de Contratação / Agente de Contratação / Pregoeira e Equipe de Apoio

Referência: Processo nº
101848.000349-5/2025

Doc. SEI nº 0301587v7