



EDITAL CFM PREGÃO ELETRÔNICO N. 90001/2026

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

EDITAL

PREGÃO ELETRÔNICO

ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR
PARA OS EMPREGADOS DO CONSELHO
FEDERAL DE MEDICINA.

BRASÍLIA, DF – JUNHO DE 2026.



EDITAL CFM PREGÃO ELETRÔNICO N. 90001/2026

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

EDITAL DE LICITAÇÃO

PREGÃO ELETRÔNICO 90001/2026

NÚMERO DO PROCESSO SEI N. 25.0.000008511-4

OBJETO:

O PRESENTE EDITAL TEM POR OBJETO A CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR PARA OS EMPREGADOS DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, CONFORME AS CARACTERÍSTICAS, CONDIÇÕES, OBRIGAÇÕES E REQUISITOS TÉCNICOS CONTIDOS NO EDITAL E DEMAIS ANEXOS.

CONTRATANTE UASG: 925158.

VALOR MÁXIMO ESTIMADO PARA CONTRATAÇÃO: R\$ 601.499,9700 (Seiscentos e mil quatrocentos e noventa e nove reais e noventa e sete centavos).

DATA SESSÃO PÚBLICA: 18/06/2026 – 14:30h (Horário de Brasília).

CRITÉRIO DE JULGAMENTO: MENOR PREÇO MENSAL

MODO DE DISPUTA: ABERTO E FECHADO

PREFERÊNCIA ME/EPP/EQUIPARADAS: NÃO.



Brasília – DF, JUNHO de 2026.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

PREGÃO ELETRÔNICO 90001/2026

NÚMERO DO PROCESSO SEI N. 25.0.000008511-4

Torna-se público, para conhecimento dos interessados, que o **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA** por meio do **Setor de Compras, Contratos e Licitações (SECOL|COLIC)** e do **PREGOEIRO** e equipe de apoio, designada pela Portaria 027/2024, realizará licitação, na modalidade **PREGÃO**, na forma **ELETRÔNICA**, com critério de julgamento **MENOR PREÇO MENSAL, modo de disputa ABERTO E FECHADO**, nos termos da Lei n. 14.133, de 1º de abril de 2021 e demais legislação aplicável e, ainda, de acordo com as condições estabelecidas neste Edital.

1. DO OBJETO

1.1 O presente edital tem como objeto a **CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR PARA OS EMPREGADOS DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, conforme as características, condições, obrigações e requisitos contidos no **TERMO DE REFERÊNCIA** e demais anexos deste edital.

1.2 Em caso de discordância existente entre as especificações deste objeto descritas no Comprasnet e as especificações constantes deste Edital, prevalecerão as últimas.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

2. DA SESSÃO PÚBLICA DO PREGÃO ELETRÔNICO

2.1. DIA: 18 de junho de 2026

HORÁRIO: 14:30 (horário de Brasília/DF)

Local/End. Eletrônico: www.comprasgovernamentais.gov.br

CÓDIGO UASG: 925158

2.2. O **edital** poderá também ser obtido por meio do endereço eletrônico <http://www.portalmedico.org.br>, após o preenchimento do cadastro especificado na página. Informações adicionais poderão ser obtidas junto à Comissão de Licitação pelo e-mail colic@portalmedico.org.br, por correspondência endereçada ao Sr. Pregoeiro para o endereço — SGAS 616 Conj. D, Lote 115 — L2 SUL, Brasília–DF CEP 70.200-760, ou pelo telefone (61) 3445.5900.

3. DA PARTICIPAÇÃO NA LICITAÇÃO

3.1. Poderão participar deste Pregão os interessados que estiverem previamente credenciados no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF e no Sistema de Compras do Governo Federal (www.gov.br/compras).

3.1.1 Os interessados deverão atender às condições exigidas no cadastramento no Sicafe até o terceiro dia útil anterior à data prevista para recebimento das propostas.

3.2. O licitante responsabiliza-se exclusiva e formalmente pelas transações efetuadas em seu nome, assume como firmes e verdadeiras suas propostas e seus lances, inclusive os atos praticados diretamente ou por seu representante, excluída a responsabilidade do provedor do sistema ou do órgão ou entidade promotora da licitação por eventuais danos decorrentes de uso indevido das credenciais de acesso, ainda que



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

por terceiros.

3.3. É de responsabilidade do cadastrado conferir a exatidão dos seus dados cadastrais nos Sistemas relacionados no item anterior e mantê-los atualizados junto aos órgãos responsáveis pela informação, devendo proceder, imediatamente, à correção ou à alteração dos registros tão logo identifique incorreção ou aqueles se tornem desatualizados.

3.4. A não observância do disposto no item anterior poderá ensejar desclassificação no momento da habilitação.

3.5. Não poderão disputar esta licitação:

3.5.1 Aquele que não atenda às condições deste Edital e seu(s) anexo(s);

3.5.2 Autor do anteprojeto, do projeto básico ou do projeto executivo, pessoa física ou jurídica, quando a licitação versar sobre serviços ou fornecimento de bens a ele relacionados;

3.5.3 Empresa, isoladamente ou em consórcio, responsável pela elaboração do projeto básico ou do projeto executivo, ou empresa da qual o autor do projeto seja dirigente, gerente, controlador, acionista ou detentor de mais de 5% (cinco por cento) do capital com direito a voto, responsável técnico ou subcontratada, quando a licitação versar sobre serviços ou fornecimento de bens a ela necessários;

3.5.4 Pessoa física ou jurídica que se encontre, ao tempo da licitação, impossibilitada de participar da licitação em decorrência de sanção que lhe foi imposta;

3.5.5 Aquele que mantenha vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com dirigente do órgão ou entidade contratante ou com agente público que



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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;

3.5.6 Empresas controladoras, controladas ou coligadas, nos termos da Lei n. 6.404, de 15 de dezembro de 1976, concorrendo entre si;

3.5.7 Pessoa física ou jurídica que, nos 5 (cinco) anos anteriores à divulgação do edital, tenha sido condenada judicialmente, com trânsito em julgado, por exploração de trabalho infantil, por submissão de trabalhadores a condições análogas às de escravo ou por contratação de adolescentes nos casos vedados pela legislação trabalhista;

3.5.8 Agente público do CFM;

3.5.9 Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIP, atuando nessa condição;

3.5.10 Não poderá participar, direta ou indiretamente, da licitação ou da execução do contrato agente público do CFM, 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 n. 14.133, de 2021.

3.6. O impedimento de que trata o item 3.5.4 será também aplicado ao licitante que atue em substituição a outra pessoa, física ou jurídica, com o intuito de burlar a efetividade da sanção a ela aplicada, inclusive a sua controladora, controlada ou coligada, desde que devidamente comprovado o ilícito ou a utilização fraudulenta da personalidade jurídica do licitante.

3.7. A critério da Administração e exclusivamente a seu serviço, o autor



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

dos projetos e a empresa a que se referem os itens 3.5.2 e 3.5.3 poderão participar no apoio das atividades de planejamento da contratação, de execução da licitação ou de gestão do contrato, desde que sob supervisão exclusiva de agentes públicos do CFM.

3.8. Equiparam-se aos autores do projeto as empresas integrantes do mesmo grupo econômico.

3.9. O disposto nos itens 3.5.2 e 3.5.3 não impede a licitação ou a contratação de serviço que inclua como encargo do contratada a elaboração do projeto básico e do projeto executivo, nas contratações integradas, e do projeto executivo, nos demais regimes de execução.

3.10. A vedação de que trata o item 3.5.8 estende-se a terceiro que auxilie a condução da contratação na qualidade de integrante de equipe de apoio, profissional especializado ou funcionário ou representante de empresa que preste assessoria técnica.

4. DA APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA E DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

4.1. Os licitantes encaminharão, exclusivamente por meio do sistema eletrônico através do sítio Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP) que é o sítio eletrônico oficial destinado à divulgação centralizada e obrigatória dos atos exigidos pela Lei n. 14.133, de 2021, a proposta com o preço, conforme o critério de julgamento adotado neste Edital, até a data e o horário estabelecidos para abertura da sessão pública.

4.1.1 Como condição prévia ao exame da documentação de habilitação do licitante detentor da proposta classificada em primeiro lugar, o Agente de Licitação verificará o eventual descumprimento das condições de participação, especialmente quanto à existência de sanção que impeça a participação no certame ou a futura



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

contratação, mediante a consulta aos cadastros constantes no presente edital tais como: SICAF, o Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas (Ceis) e o Cadastro Nacional de Empresas Punidas (Cnep), e emitir as certidões negativas de inidoneidade, de impedimento e de débitos trabalhistas e juntá-las ao respectivo processo Sei.

4.2. No cadastramento da proposta inicial, o licitante declarará, em campo próprio do sistema, que:

4.2.1 Está ciente e concorda com as condições contidas no edital e seus anexos, bem como de que a proposta apresentada 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 sua entrega em definitivo e que cumpre plenamente os requisitos de habilitação definidos no instrumento convocatório;

4.2.2 Não emprega menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 anos, salvo menor, a partir de 14 anos, na condição de aprendiz, nos termos do artigo 7º, XXXIII, da Constituição;

4.2.3 Não possui empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto nos incisos III e IV do art. 1º e no inciso III do art. 5º da Constituição Federal;

4.2.4 Cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

4.3. O licitante organizado em cooperativa deverá declarar, ainda, em campo próprio do sistema eletrônico, que cumpre os requisitos estabelecidos no artigo 16 da Lei n. 14.133, de 2021

4.4. Eventual falsidade nas declarações que tratam os subitens do item 4.2 sujeitará o licitante às sanções previstas na Lei n. 14.133, de 2021, e neste Edital.

4.5. Os licitantes poderão retirar ou substituir a proposta ou, na hipótese de a fase de habilitação anteceder as fases de apresentação de propostas e lances e de julgamento, os documentos de habilitação anteriormente inseridos no sistema, até a abertura da sessão pública.

4.6. Não haverá ordem de classificação na etapa de apresentação da proposta e dos documentos de habilitação pelo licitante, o que ocorrerá somente após os procedimentos de abertura da sessão pública e da fase de envio de lances.

4.7. Serão disponibilizados para acesso público os documentos que compõem a proposta dos licitantes convocados para apresentação de propostas, após a fase de envio de lances.

4.8. Desde que disponibilizada a funcionalidade no sistema, o licitante poderá parametrizar o seu valor final mínimo quando do cadastramento da proposta e obedecerá às seguintes regras:

4.8.1 A aplicação do 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



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

melhor oferta; e

4.8.2 Os lances serão de envio automático pelo sistema, respeitado o valor final mínimo, caso estabelecido, e o intervalo de que trata o subitem acima.

4.9. O valor final mínimo ou o percentual de desconto final máximo parametrizado no sistema poderá ser alterado pelo fornecedor durante a fase de disputa, sendo vedado:

4.9.1 Valor superior a lance já registrado pelo fornecedor no sistema, quando adotado o critério de julgamento pelo **MENOR PREÇO MENSAL** e,

4.10. O valor final mínimo ou o percentual de desconto final máximo parametrizado na forma do item 4.9 possuirá caráter sigiloso para os demais fornecedores e para o CFM, podendo ser disponibilizado estrita e permanentemente aos órgãos de controle externo e interno.

4.11. Caberá ao licitante interessado em participar da licitação acompanhar as operações no sistema eletrônico durante o processo licitatório e se responsabilizar pelo ônus decorrente da perda de negócios diante da inobservância de mensagens emitidas pela Administração ou de sua desconexão.

4.12. O licitante deverá comunicar imediatamente ao provedor do sistema qualquer acontecimento que possa comprometer o sigilo ou a segurança, para imediato bloqueio de acesso.

4.13. As licitantes deverão elaborar suas propostas, com observância das seguintes condições (esse subitem tem como referência à elaboração da proposta final, que será enviada com a convocação prévia do pregoeiro



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

e após a fase de lances):

- a. Redigir sua oferta em português, sem emendas, rasuras, cotações alternativas ou entrelinhas, fazendo constar nome e o número do seu registro no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas;
- b. Indicar endereço, e-mail e telefone de contato, bem como fazer menção ao número deste Pregão, ao dia e a hora da realização de sua sessão pública;
- c. Informar o prazo de validade da proposta, que não poderá ser inferior a 60 (sessenta) dias corridos, contados do dia útil imediatamente posterior ao indicado no preâmbulo deste Edital;
- d. **ATENÇÃO:** Consignar o **MENOR PREÇO MENSAL**, observando a **PLANILHA DE FORMAÇÃO DE PREÇOS**, constante do Anexo II do Edital, ficando estabelecido que na hipótese de divergência entre um e outro, o(a) Pregoeiro(a) adotará os unitários para fins de apuração do real valor da proposta;
- e. Incluir no preço ofertado todos os custos decorrentes da contratação, tais como: transporte, mão de obra, impostos, encargos sociais, trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, fretes, taxas e outras despesas incidentes ou necessárias à perfeita execução, na forma prevista neste Edital.

5. DO PREENCHIMENTO DA PROPOSTA

5.1. Os licitantes encaminharão, exclusivamente por meio do sistema, proposta com a descrição do objeto ofertado e o preço, até a data e o horário estabelecidos para abertura da sessão pública, quando, então, encerrar-se-á automaticamente a etapa de envio dessa informação.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

5.2. O licitante deverá enviar sua proposta mediante o preenchimento, no sistema eletrônico, dos seguintes campos:

5.2.1 **MENOR PREÇO MENSAL.**

5.3. Todas as especificações do objeto contidas na proposta vinculam o licitante.

5.3 Nos valores propostos estarão inclusos todos os custos operacionais, encargos previdenciários, trabalhistas, tributários, comerciais e quaisquer outros que incidam direta ou indiretamente na execução do objeto.

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

5.5 Se o regime tributário da empresa implicar o recolhimento de tributos em percentuais variáveis, a cotação adequada será a que corresponde à média dos efetivos recolhimentos da empresa nos últimos doze meses.

5.6 Independentemente do percentual de tributo inserido na planilha, no pagamento serão retidos na fonte os percentuais estabelecidos na legislação vigente.

5.7 A apresentação das propostas implica obrigatoriedade do cumprimento das disposições nelas contidas, em conformidade com o que



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

dispõe o T.R., 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.

5.7.1 O prazo de validade da proposta não será inferior a 60 (sessenta) dias, a contar da data de sua apresentação.

5.7.2 Os licitantes devem respeitar os preços máximos estabelecidos nas normas de regência de contratações públicas federais, quando participarem de licitações públicas.

5.8 O descumprimento das regras supramencionadas pela Administração e por parte das contratadas pode ensejar a responsabilização pelo Tribunal de Contas da União e, após o devido processo legal, gerar as seguintes consequências: assinatura de prazo para a adoção das medidas necessárias ao exato cumprimento da lei, nos termos do art. 71, inciso IX, da Constituição; ou condenação dos agentes públicos responsáveis e da empresa contratada ao pagamento dos prejuízos ao erário, caso verificada a ocorrência de superfaturamento por sobre preço na execução do contrato.

5.9 Na presente licitação, a Microempresa e a Empresa de Pequeno Porte poderão se beneficiar do regime de tributação pelo Simples Nacional.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

6. DA ABERTURA DA SESSÃO, CLASSIFICAÇÃO DAS PROPOSTAS E FORMULAÇÃO DE LANCES

6.1 A abertura da presente licitação dar-se-á automaticamente em sessão pública, por meio de sistema eletrônico, na data, horário e local indicados neste Edital.

6.1.1 Os licitantes poderão retirar ou substituir a proposta ou os documentos de habilitação, quando for o caso, anteriormente inseridos no sistema, até a abertura da sessão pública.

6.2 O sistema disponibilizará campo próprio para troca de mensagens entre o Pregoeiro e os licitantes.

6.3 Iniciada a etapa competitiva, os licitantes deverão encaminhar lances exclusivamente por meio de sistema eletrônico, sendo imediatamente informados do seu recebimento e do valor consignado no registro.

6.4 O lance deverá ser ofertado pelo **MENOR PREÇO MENSAL**, sendo que será considerado o menor preço global.

6.5 Os licitantes poderão oferecer lances sucessivos, observando o horário fixado para abertura da sessão e as regras estabelecidas no Edital.

6.6 O licitante somente poderá oferecer lance de valor inferior ao último por ele ofertado e registrado pelo sistema.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

6.7 O intervalo mínimo de diferença de valores entre os lances, que incidirá tanto em relação aos lances intermediários quanto em relação à proposta que cobrir a melhor oferta deverá ser de no mínimo de 100,00 (cem reais).

6.8 O licitante poderá, uma única vez, excluir seu último lance ofertado, no intervalo de quinze segundos após o registro no sistema, na hipótese de lance inconsistente ou inexecutável.

6.9 O procedimento seguirá de acordo com o modo de disputa adotado.

6.10 Caso seja adotado para o envio de lances no pregão eletrônico o modo de disputa “aberto e fechado”, os licitantes apresentarão lances públicos e sucessivos, com lance final e fechado.

6.10.1 A etapa de lances da sessão pública terá duração inicial de quinze minutos. Após esse prazo, o sistema encaminhará aviso de fechamento iminente dos lances, após o que transcorrerá o período de até dez minutos, aleatoriamente determinado, findo o qual será automaticamente encerrada a recepção de lances.

6.10.2 Encerrado o prazo previsto no subitem anterior, o sistema abrirá oportunidade para que o autor da oferta de valor mais baixo e os das ofertas com preços até 10% (dez por cento) superiores àquela possam ofertar um lance final e fechado em até cinco minutos, o qual será sigiloso até o encerramento deste prazo.

6.10.3 No procedimento de que trata o subitem supra, o licitante poderá optar por manter o seu último lance da etapa aberta, ou por ofertar melhor lance.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

6.10.4 Não havendo pelo menos três ofertas nas condições definidas neste item, poderão os autores dos melhores lances subsequentes, na ordem de classificação, até o máximo de três, oferecer um lance final e fechado em até cinco minutos, o qual será sigiloso até o encerramento deste prazo.

6.11 Não serão aceitos dois ou mais lances de mesmo valor, prevalecendo aquele que for recebido e registrado em primeiro lugar.

6.12 Após o término dos prazos estabelecidos nos subitens anteriores, o sistema ordenará e divulgará os lances segundo a ordem crescente de valores.

6.13 Durante o transcurso da sessão pública, os licitantes serão informados, em tempo real, do valor do menor lance registrado, vedada a identificação do licitante.

6.14 No caso de desconexão com o Pregoeiro, no decorrer da etapa competitiva do Pregão, o sistema eletrônico poderá permanecer acessível aos licitantes para a recepção dos lances.

6.15 Quando a desconexão do sistema eletrônico para o pregoeiro persistir por tempo superior a dez minutos, a sessão pública será suspensa e reiniciada somente após decorridas vinte e quatro horas da comunicação do fato pelo Pregoeiro aos participantes, no sítio eletrônico utilizado para divulgação.

6.16 Caso o licitante não apresente lances, concorrerá com o valor de sua proposta.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

6.18 Só poderá haver empate entre propostas iguais (não seguidas de lances), ou entre lances finais da fase fechada do modo de disputa aberto e fechado.

6.18.1 Havendo eventual empate entre propostas ou lances, o critério de desempate será aquele previsto no art. 60 da Lei n. 14.133, de 2021, nesta ordem:

6.18.1.1 disputa final, hipótese em que os licitantes empatados poderão apresentar nova proposta em ato contínuo à classificação;

6.18.1.2 avaliação do desempenho contratual prévio dos licitantes, para a qual deverão preferencialmente ser utilizados registros cadastrais para efeito de atesto de cumprimento de obrigações previstos nesta Lei;

6.18.1.3 desenvolvimento pelo licitante de ações de equidade entre homens e mulheres no ambiente de trabalho, conforme regulamento;

6.18.1.4 desenvolvimento pelo licitante de programa de integridade, conforme orientações dos órgãos de controle.

6.18.2 Persistindo o empate, será assegurada preferência, sucessivamente, aos bens e serviços produzidos ou prestados por:

6.18.2.1 Empresas estabelecidas no território do Estado ou do Distrito Federal do órgão ou entidade da Administração Pública estadual ou distrital licitante ou, no caso de licitação realizada por órgão ou entidade de Município, no território do Estado em que



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

este se localize;

6.18.2.2 Empresas brasileiras;

6.18.2.3 Empresas que invistam em pesquisa e no desenvolvimento de tecnologia no País;

6.18.2.4 Empresas que comprovem a prática de ações de mitigação da mudança do clima , nos termos da Lei n. 12.187, de 29 de dezembro de 2009.

6.19 Encerrada a etapa de envio de lances da sessão pública, na hipótese da proposta do primeiro colocado permanecer acima do preço máximo ou inferior ao desconto definido para a contratação, o pregoeiro poderá negociar condições mais vantajosas, após definido o resultado do julgamento.

6.19.1 A negociação poderá ser feita com os demais licitantes, segundo a ordem de classificação inicialmente estabelecida, quando o primeiro colocado, mesmo após a negociação, for desclassificado em razão de sua proposta permanecer acima do preço máximo definido pela Administração.

6.19.2 A negociação será realizada por meio do sistema, podendo ser acompanhada pelos demais licitantes.

6.19.3 O resultado da negociação será divulgado a todos os licitantes e anexado aos autos do processo licitatório.

6.19.4 O pregoeiro solicitará ao licitante mais bem classificado que, no prazo de 2 (duas) horas, envie a proposta adequada ao último lance ofertado após a negociação realizada, acompanhada, se for



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

o caso, dos documentos complementares, quando necessários à confirmação daqueles exigidos neste Edital e já apresentados.

6.19.5 É facultado ao pregoeiro prorrogar o prazo estabelecido, a partir de solicitação fundamentada feita no chat pelo licitante, antes de findo o prazo.

6.19.6 Ao final da fase de lances, será aplicado o benefício da margem de preferência, nos termos do art. 26 da Lei n. 14.133, de 2021.

6.19.7 Para produtos ou serviços abrangidos por margem de preferência normal ou adicional, caso a proposta de menor preço não tenha por objeto produto ou serviço contemplado pela referida margem, o sistema automaticamente indicará as propostas de produtos ou serviços que façam jus ao diferencial de preço, pela ordem de classificação, para fins de aceitação pelo Pregoeiro/Agente de Contratação/Comissão/Agente de Contratação/Comissão.

6.19.8 Nestas situações, a proposta beneficiada pela aplicação da margem de preferência normal ou adicional, conforme o caso, tornar-se-á a proposta classificada em primeiro lugar.

6.19.9 Em relação a itens não exclusivos para participação de microempresas e empresas de pequeno porte, uma vez encerrada a etapa de lances, será efetivada a verificação automática, junto à Receita Federal, do porte da entidade empresarial, caso a contratação não se enquadre nas vedações dos §§1º e 2º do art. 4º da Lei n. 14.133, de 2021. O sistema identificará em coluna



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

própria as microempresas e empresas de pequeno porte participantes, procedendo à comparação com os valores da primeira colocada, se esta for empresa de maior porte, assim como das demais classificadas, para o fim de aplicar-se o disposto nos arts. 44 e 45 da Lei Complementar n. 123, de 2006, regulamentada pelo Decreto n. 8.538, de 2015.

6.19.10 Quando houver propostas beneficiadas com as margens de preferência, apenas poderão se valer do critério de desempate previsto nos arts. 44 e 45 da Lei Complementar n. 123, de 2006, as propostas de microempresas e empresas de pequeno porte que também fizerem jus às margens de preferência (art. 5º, §9º, I, do Decreto n. 8538, de 2015).

6.19.11 O parâmetro para o empate ficto, nesse caso, consistirá no preço ofertado pela fornecedora classificada em primeiro lugar em razão da aplicação da margem de preferência.

6.19.12 Nessas condições, as propostas de microempresas e empresas de pequeno porte que se encontrarem na faixa de até 10% (dez por cento), caso se trate de uma concorrência, ou de até 5% (cinco por cento), caso se trate de um pregão, serão consideradas empatadas com a primeira colocada.

6.19.13 A melhor classificada nos termos do subitem anterior terá o direito de encaminhar uma última oferta para desempate, obrigatoriamente em valor inferior ao da primeira colocada, no prazo de 5 (cinco) minutos controlados pelo sistema, contados após a comunicação automática para tanto.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

6.19.14 Caso a microempresa ou a empresa de pequeno porte melhor classificada desista ou não se manifeste no prazo estabelecido, serão convocadas as demais licitantes microempresa e empresa de pequeno porte que se encontrem naquele intervalo de até 10% (dez por cento), caso se trate de uma concorrência, ou de até 5% (cinco por cento), caso se trate de um pregão, na ordem de classificação, para o exercício do mesmo direito, no prazo estabelecido no subitem anterior.

6.19.15 No caso de equivalência dos valores apresentados pelas microempresas e empresas de pequeno porte que se encontrem nos intervalos estabelecidos nos subitens anteriores, será realizado sorteio entre elas para que se identifique aquela que primeiro poderá apresentar melhor oferta.

6.19.16 A obtenção do benefício a que se refere o item anterior fica limitada às microempresas e às empresas de pequeno porte que, no ano-calendário de realização da licitação, ainda não tenham celebrado contratos com a Administração Pública cujos valores somados extrapolem a receita bruta máxima admitida para fins de enquadramento como empresa de pequeno porte.

6.19.17 Será assegurado o direito de preferência previsto no artigo 3º da Lei n. 8.248, de 1991, conforme procedimento estabelecido nos artigos 5º e 8º do Decreto nº 7.174, de 2010, nos seguintes termos:

6.19.18 Após a aplicação das regras de preferência para microempresas e empresas de pequeno porte, caberá a aplicação das regras de preferência, sucessivamente, para:

6.19.19 bens e serviços com tecnologia desenvolvida no País e



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

produzidos de acordo com o Processo Produtivo Básico (PPB), na forma definida pelo Poder Executivo Federal;

6.19.20 bens e serviços com tecnologia desenvolvida no País;
e

6.19.21 bens e serviços produzidos de acordo com o PPB, na forma definida pelo Poder Executivo Federal, nos termos do art. 5º e 8º do Decreto 7.174, de 2010 e art. 3º da Lei n. 8.248, de 1991.

6.19.22 Os licitantes classificados que estejam enquadrados, na ordem de classificação, serão convocados para que possam oferecer nova proposta ou novo lance para igualar ou superar a melhor proposta válida, caso em que será declarado vencedor do certame.

6.19.23 Caso a preferência não seja exercida, por qualquer motivo, serão convocadas as empresas classificadas que estejam enquadradas, na ordem de classificação, para a comprovação e o exercício do direito de preferência, aplicando-se a mesma regra para o caso esse direito não seja exercido.

6.19.24 As licitantes qualificadas como microempresas ou empresas de pequeno porte que fizerem jus ao direito de preferência previsto no Decreto n. 7.174, de 2010, terão prioridade no exercício desse benefício em relação às médias e às grandes empresas na mesma situação.

6.19.25 Só poderá haver empate entre propostas iguais (não seguidas de lances), ou entre lances finais da fase fechada do modo de disputa aberto e fechado.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

6.20 Após a negociação do preço, o Pregoeiro iniciará a fase de aceitação e julgamento da proposta.

7. DA FASE DE JULGAMENTO

7.1 Encerrada a etapa de negociação, o pregoeiro verificará se o licitante provisoriamente classificado em primeiro lugar atende às condições de participação no certame, conforme previsto no art. 14 da Lei n. 14.133/2021, legislação correlata e no item 3.5 do edital, especialmente quanto à existência de sanção que impeça a participação no certame ou a futura contratação, mediante a consulta aos seguintes cadastros:

7.1.1 SICAF;

7.1.2 Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas - CEIS, mantido pela Controladoria-Geral da União (<https://www.portaltransparencia.gov.br/sancoes/ceis>); e

7.1.3 Cadastro Nacional de Empresas Punidas — CNEP, mantido pela Controladoria-Geral da União (<https://www.portaltransparencia.gov.br/sancoes/cnep>).

7.2 A consulta aos cadastros será realizada em nome da empresa licitante e também de seu sócio majoritário, por força da proibição constante na parte final dos incisos I, II e III do artigo 12 da Lei nº 8.429, de 1992.

7.3 Caso conste na Consulta de Situação do licitante a existência de Ocorrências Impeditivas Indiretas, o Pregoeiro diligenciará para verificar se houve fraude por parte das empresas apontadas no Relatório de Ocorrências Impeditivas Indiretas. *(IN n. 3/2018, art. 29, caput).*

7.3.1 A tentativa de burla será verificada por meio dos vínculos societários, linhas de fornecimento similares, dentre outros. *(IN n.*



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

3/2018, art. 29, §1º).

7.3.2 O licitante será convocado para manifestação previamente a uma eventual desclassificação. *(IN n. 3/2018, art. 29, §2º).*

7.3.3 Constatada a existência de sanção, o licitante será reputado inabilitado, por falta de condição de participação.

7.4 Caso o licitante provisoriamente classificado em primeiro lugar tenha se utilizado de algum tratamento favorecido às ME/EPPs, o pregoeiro verificará se faz jus ao benefício.

7.5 Verificadas as condições de participação e de utilização do tratamento favorecido, o pregoeiro examinará a proposta classificada em primeiro lugar quanto à adequação ao objeto e à compatibilidade do preço em relação ao máximo estipulado para contratação neste Edital e em seus anexos, observado o disposto no *artigo 29 a 35 da IN SEGES/ME n. 73, de 30 de setembro de 2022.*

7.6 Será desclassificada a proposta vencedora que:

7.6.1 Contiver vícios insanáveis;

7.6.2 Não obedecer às especificações técnicas contidas no Termo de Referência;

7.6.3 Apresentar preços inexequíveis ou permanecerem acima do preço máximo definido para a contratação;

7.6.4 Não tiverem sua exequibilidade demonstrada, quando exigido pela Administração;

7.6.5 Apresentar desconformidade com quaisquer outras exigências deste Edital ou seus anexos, desde que insanável.

7.7 No caso de bens e serviços em geral, é indício de inexequibilidade das propostas valores inferiores a 50% (cinquenta por cento) do valor



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

orçado pela Administração.

7.7.1 A inexequibilidade, na hipótese de que trata o caput, só será considerada após diligência do pregoeiro, que comprove:

7.7.1.1 Que o custo do licitante ultrapassa o valor da proposta;

e

7.7.1.2 Inexistirem custos de oportunidade capazes de justificar o vulto da oferta.

7.8 Se houver indícios de inexequibilidade da proposta de preço, ou em caso da necessidade de esclarecimentos complementares, poderão ser efetuadas diligências, para que a empresa comprove a exequibilidade da proposta.

7.9 Caso o custo global estimado do objeto licitado tenha sido decomposto em seus respectivos custos unitários por meio de Planilha de Custos e Formação de Preços elaborada pela Administração, o licitante classificado em primeiro lugar será convocado para apresentar Planilha por ele elaborada, com os respectivos valores adequados ao valor final da sua proposta, sob pena de não aceitação da proposta.

7.10 Erros no preenchimento da planilha não constituem motivo para a desclassificação da proposta. A planilha poderá ser ajustada pelo fornecedor, no prazo indicado pelo sistema, desde que não haja majoração do preço e que se comprove que este é o bastante para arcar com todos os custos da contratação;

7.10.1 O ajuste de que trata este dispositivo se limita a sanar erros ou falhas que não alterem a substância das propostas;



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

7.10.2 Considera-se erro no preenchimento da planilha passível de correção a indicação de recolhimento de impostos e contribuições na forma do Simples Nacional, quando não cabível esse regime.

7.11 Para fins de análise da proposta quanto ao cumprimento das especificações do objeto, poderá ser colhida a manifestação escrita do setor requisitante do serviço ou da área especializada no objeto.

8. FASE DE HABILITAÇÃO

8.1 Os documentos previstos no Termo de Referência, necessários e suficientes para demonstrar a capacidade do licitante de realizar o objeto da licitação, serão exigidos para fins de habilitação, nos termos dos arts. 62 a 70 da Lei n. 14.133, de 2021.

8.1.1 A documentação exigida para fins de habilitação jurídica, fiscal, social e trabalhista e econômico-financeira, poderá ser substituída pelo registro cadastral no SICAF.

8.2 Quando permitida a participação de consórcio de empresas, a habilitação técnica, quando exigida, será feita por meio do somatório dos quantitativos de cada consorciado e, para efeito de habilitação econômico-financeira, quando exigida, será observado o somatório dos valores de cada consorciado.

8.2.1 Se o consórcio não for formado integralmente por microempresas ou empresas de pequeno porte e o Termo de Referência exigir requisitos de habilitação econômico-financeira, haverá um acréscimo de 10% para o consórcio em relação ao valor



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

exigido para os licitantes individuais.

8.3 A documentação indicada neste item 8 poderá ser:

8.3.1 Apresentada em original, por cópia ou por qualquer outro meio expressamente admitido pela Administração;

8.3.1.1 A prova de certificação de cópia de documento público ou particular poderá ser feita perante agente da Administração, mediante apresentação de original ou de declaração de autenticidade por advogado, sob sua responsabilidade pessoal;

8.3.1.2 O reconhecimento de firma somente será exigido quando houver dúvida de certificação, salvo imposição legal;

8.3.1.3 É permitida a identificação e assinatura digital por pessoa física ou jurídica em meio eletrônico, mediante certificado digital emitido no âmbito da Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP–Brasil).

8.4 Os documentos exigidos para fins de habilitação poderão ser substituídos por registro cadastral emitido por órgão ou entidade pública, desde que o registro tenha sido feito em obediência ao disposto na Lei n. 14.133/2021.

8.5 Será verificado se o licitante apresentou declaração de que atende aos requisitos de habilitação, e o declarante responderá pela veracidade das informações prestadas, na forma da lei (art. 63, I, da Lei n. 14.133/2021).



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

8.6 Será verificado se o licitante apresentou no sistema, sob pena de inabilitação, a declaração de que cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas.

8.7 O licitante deverá apresentar, sob pena de desclassificação, declaração de que suas propostas econômicas compreendem a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infra legais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de entrega das propostas.

8.8 A habilitação será verificada por meio do SICAF, nos documentos por ele abrangidos.

8.8.1 Somente haverá a necessidade de comprovação do preenchimento de requisitos mediante apresentação dos documentos originais não-digitais quando houver dúvida em relação à integridade do documento digital ou quando a lei expressamente o exigir. (IN n. 3/2018, art. 4º, §1º, e art. 6º, §4º).

8.9 É de responsabilidade do licitante conferir a exatidão dos seus dados cadastrais no SICAF e mantê-los atualizados junto aos órgãos responsáveis pela informação, devendo proceder, imediatamente, à correção ou à alteração dos registros tão logo identifique incorreção ou aqueles se tornem desatualizados. (IN n. 3/2018, art. 7º, caput).

8.9.1 A não observância do disposto no subitem anterior poderá ensejar desclassificação no momento da habilitação. (IN n. 3/2018, art. 7º, parágrafo único).



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

8.10 A verificação pelo pregoeiro, em sítios eletrônicos oficiais de órgãos e entidades emissores de certidões constitui meio legal de prova, para fins de habilitação.

8.10.1 Os documentos exigidos para habilitação que não estejam contemplados no SICAF serão enviados por meio do sistema, em formato digital, no prazo de 2 (duas), horas prorrogável por igual período, contado da solicitação do pregoeiro.

8.10.2 Na hipótese de a fase de habilitação anteceder a fase de apresentação de propostas e lances, os licitantes encaminharão, por meio do sistema, simultaneamente os documentos de habilitação e a proposta com o preço, observado o disposto no § 1º do art. 36 e no § 1º do art. 39 da Instrução Normativa SEGES n. 73, de 30 de setembro de 2022.

8.11 A verificação no SICAF ou a exigência dos documentos nele não contidos somente será feita em relação ao licitante vencedor.

8.11.1 Os documentos relativos à regularidade fiscal que constem do Termo de Referência somente serão exigidos, em qualquer caso, em momento posterior ao julgamento das propostas, e apenas do licitante mais bem classificado.

8.11.2 Respeitada a exceção do subitem anterior, relativa à regularidade fiscal, quando a fase de habilitação anteceder as fases de apresentação de propostas e lances e de julgamento, a verificação ou exigência do presente subitem



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

ocorrerá em relação a todos os licitantes.

8.12 Após a entrega dos documentos para habilitação, não será permitida a substituição ou a apresentação de novos documentos, salvo em sede de diligência, para (Lei 14.133/21, art. 64, e IN 73/2022, art. 39, §4º):

8.12.1 Complementação de informações acerca dos documentos já apresentados pelos licitantes e desde que necessária para apurar fatos existentes à época da abertura do certame; e

8.12.2 Atualização de documentos cuja validade tenha expirado após a data de recebimento das propostas;

8.13 Na análise dos documentos de habilitação, a comissão de contratação poderá sanar erros ou falhas, que não alterem a substância dos documentos e sua validade jurídica, mediante decisão fundamentada, registrada em ata e acessível a todos, atribuindo-lhes eficácia para fins de habilitação e classificação.

8.14 Na hipótese de o licitante não atender às exigências para habilitação, o pregoeiro examinará a proposta subsequente e assim sucessivamente, na ordem de classificação, até a apuração de uma proposta que atenda ao presente edital.

8.15 Somente serão disponibilizados para acesso público os documentos de habilitação do licitante cuja proposta atenda ao edital de licitação, após concluídos os procedimentos de que trata o subitem anterior.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

8.16 A comprovação de regularidade fiscal e trabalhista das microempresas e das empresas de pequeno porte somente será exigida para efeito de contratação, e não como condição para participação na licitação (art. 4º do Decreto n. 8.538/2015).

8.17 Quando a fase de habilitação anteceder a de julgamento e já tiver sido encerrada, não caberá exclusão de licitante por motivo relacionado à habilitação, salvo em razão de fatos supervenientes ou só conhecidos após o julgamento.

9. DOS RECURSOS

9.1 A interposição de recurso referente ao julgamento das propostas, à habilitação ou inabilitação de licitantes, à anulação ou revogação da licitação, observará o disposto no art. 165 da Lei n. 14.133, de 2021.

9.2 O prazo recursal é de 3 (três) dias úteis, contados da data de intimação ou de lavratura da ata, e fase de:

- a) ato que defira ou indefira pedido de pré qualificação de interessado ou de inscrição em registro cadastral, sua alteração ou cancelamento;
- b) julgamento das propostas;
- c) ato de habilitação ou inabilitação de licitante;
- d) anulação ou revogação da licitação;
- e) extinção do contrato, quando determinada por ato unilateral e escrito da Administração;



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

9.3 Quando o recurso apresentado impugnar o julgamento das propostas ou o ato de habilitação ou inabilitação do licitante:

9.3.1 A intenção de recorrer deverá ser manifestada imediatamente, sob pena de preclusão;

9.3.2 O prazo para a manifestação da intenção de recorrer não será inferior a 10 (dez) minutos.

9.3.3 O prazo para apresentação das razões recursais será iniciado na data de intimação ou de lavratura da ata de habilitação ou inabilitação;

9.4 Os recursos deverão ser encaminhados em campo próprio do sistema.

9.5 O recurso será dirigido à autoridade que tiver editado o ato ou proferido a decisão recorrida, a qual poderá reconsiderar sua decisão no prazo de 3 (três) dias úteis, ou, nesse mesmo prazo, encaminhar recurso para a autoridade superior, a qual deverá proferir sua decisão no prazo de 10 (dez) dias úteis, contado do recebimento dos autos.

9.6 Os recursos interpostos fora do prazo não serão conhecidos.

9.7 O prazo para apresentação de contrarrazões será o mesmo do recurso e terá início na data de intimação pessoal ou de divulgação da interposição do recurso.

9.8 O recurso e o pedido de reconsideração terão efeito suspensivo do ato ou da decisão recorrida até que sobrevenha decisão final da



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

autoridade competente.

9.9 O acolhimento do recurso invalida tão somente os atos insuscetíveis de aproveitamento.

9.10 Os autos do processo permanecerão com vista franqueada aos interessados obtido por meio do endereço eletrônico <http://www.portalmedico.org.br>, após o preenchimento do cadastro especificado na página. Informações adicionais poderão ser obtidas junto à Comissão de Licitação pelo e-mail colic@portalmedico.org.br, por correspondência endereçada ao Sr(a). Pregoeiro(a) para o endereço — SGAS 616 Conj. D, Lote 115 — L2 SUL, Brasília—DF / CEP 70.200-760, ou pelo telefone (61) 34455900.

10. DAS INFRAÇÕES ADMINISTRATIVAS E SANÇÕES

10.1 Comete infração administrativa, nos termos da lei, o licitante que, com dolo ou culpa:

I - dar causa à inexecução parcial do contrato;

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

III - dar causa à inexecução total do contrato;

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

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



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

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

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

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

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

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

XII - praticar ato lesivo previsto no art. 5º da Lei n.º 12.846, de 2013.

10.2 Com fulcro na Lei n. 14.133, de 2021, a Administração poderá, garantida a prévia defesa, aplicar aos licitantes e/ou adjudicatários as seguintes sanções, sem prejuízo das responsabilidades civil e criminal:

10.2.1 Advertência;

10.2.2 Multa;

10.2.3 Impedimento de licitar e contratar e

10.2.4 Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar,



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida sua reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade.

10.3 Na aplicação das sanções serão considerados:

10.3.1 A natureza e a gravidade da infração cometida.

10.3.2 As peculiaridades do caso concreto

10.3.3 As circunstâncias agravantes ou atenuantes

10.3.4 Os danos que dela provierem para a Administração Pública

10.3.5 A implantação ou o aperfeiçoamento de programa de integridade, conforme normas e orientações dos órgãos de controle.

10.4 A multa será recolhida em percentual de 0,5% a 30% incidente sobre o valor do contrato licitado, recolhida no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, a contar da comunicação oficial.

10.4.1 Para as infrações previstas nos incisos I, II e III do Subitem 10.1, a multa será de 0,5% a 15% do valor do contrato licitado.

10.4.2 Para as infrações previstas nos incisos IV, V, VI, VII e VIII do Subitem 10.1, a multa será de 15% a 30% do valor do contrato licitado.

10.5 As sanções de advertência, impedimento de licitar e contratar e declaração de inidoneidade para licitar ou contratar poderão ser aplicadas, cumulativamente ou não, com a penalidade de multa.

10.6 Na aplicação da sanção de multa será facultada a defesa do



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

interessado no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data de sua intimação.

10.7 A sanção de impedimento de licitar e contratar será aplicada ao responsável em decorrência das infrações administrativas relacionadas aos incisos II, III, IV, V, VI e VII do Subitem 10.1, quando não se justificar a imposição de penalidade mais grave, e impedirá o responsável de licitar e contratar no âmbito da Administração Pública direta e indireta do ente federativo a qual pertencer o órgão ou entidade, pelo prazo máximo de 3 (três) anos.

10.8. Poderá ser aplicada ao responsável a sanção de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar, em decorrência da prática das infrações dispostas nos incisos VIII, IX, X, XI e XII do Subitem 10.1, bem como pelas infrações administrativas previstas nos incisos II, III, IV, V, VI e VII, todos do Subitem 10.1, que justifiquem a imposição de penalidade mais grave que a sanção de impedimento de licitar e contratar, cuja duração observará o prazo mínimo e máximo previstos no art. 156, § 5º, da Lei n.º 14.133/2021.

10.9 A recusa injustificada do adjudicatário em assinar o contrato, ou em aceitar ou retirar o instrumento equivalente no prazo estabelecido pela Administração, descrita no inciso VI do Subitem 10.1, caracterizará o descumprimento total da obrigação assumida e o sujeitará às penalidades e à imediata perda da garantia de proposta em favor do Conselho Federal de Medicina, , nos termos do art. 45, § 4º da *IN SEGES/ME n.º 73, de 2022*.

10.10 A apuração de responsabilidade relacionadas às sanções de impedimento de licitar e contratar e de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar demandará a instauração de processo de



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

responsabilização a ser conduzido por comissão composta por 2 (dois) ou mais empregados públicos pertencentes aos quadros permanentes do Conselho Federal de Medicina, preferencialmente com, no mínimo, 3 (três) anos de tempo de serviço, que avaliará fatos e circunstâncias conhecidos e intimará o licitante ou o adjudicatário para, no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data de sua intimação, apresentar defesa escrita e especificar as provas que pretenda produzir.

10.11 Caberá recurso no prazo de 15 (quinze) dias úteis da aplicação das sanções de advertência, multa e impedimento de licitar e contratar, contado da data da intimação, o qual será dirigido à autoridade que tiver proferido a decisão recorrida, que, se não a reconsiderar no prazo de 5 (cinco) dias úteis, encaminhará o recurso com sua motivação à autoridade superior, que deverá proferir sua decisão no prazo máximo de 20 (vinte) dias úteis, contado do recebimento dos autos.

10.12 Caberá a apresentação de pedido de reconsideração da aplicação da sanção de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data da intimação, e decidido no prazo máximo de 20 (vinte) dias úteis, contado do seu recebimento.

10.13 O recurso e o pedido de reconsideração terão efeito suspensivo do ato ou da decisão recorrida até que sobrevenha decisão final da autoridade competente.

10.14 A aplicação das sanções previstas neste edital não exclui, em hipótese alguma, a obrigação de reparação integral dos danos causados ao contratante.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

11 DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL E DO PEDIDO DE ESCLARECIMENTO

11.1 Qualquer pessoa é parte legítima para impugnar este Edital por irregularidade na aplicação da Lei n. 14.133, de 2021, devendo protocolar o pedido até 3 (três) dias úteis antes da data da abertura do certame.

11.2 A resposta à impugnação ou ao pedido de esclarecimento será divulgado em sítio eletrônico oficial no prazo de até 3 (três) dias úteis, limitado ao último dia útil anterior à data da abertura do certame.

11.3 A impugnação e o pedido de esclarecimento poderão ser realizados por forma eletrônica, por meio do endereço eletrônico <http://www.portalmedico.org.br>, após o preenchimento do cadastro especificado na página. Informações adicionais poderão ser obtidas junto à Comissão de Licitação pelo e-mail colic@portalmedico.org.br, por correspondência endereçada ao Sra. PREGOEIRO para o endereço — SGAS 616 Conj. D, Lote 115 — L2 SUL / CEP 70.200-760, ou pelo telefone (61) 3445.5900.

11.4 As impugnações e pedidos de esclarecimentos não suspendem os prazos previstos no certame.

11.4.1 A concessão de efeito suspensivo à impugnação é medida excepcional e deverá ser motivada pelo agente de contratação, nos autos do processo de licitação.

11.5 Acolhida a impugnação, será definida e publicada nova data para a realização do certame.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

12 DA ADJUDICAÇÃO, HOMOLOGAÇÃO E ENCERRAMENTO DA LICITAÇÃO

12.1 Encerradas as fases de julgamento e habilitação, e exauridos os recursos administrativos, o processo licitatório será encaminhado à autoridade superior, que poderá:

- I - Determinar o retorno dos autos para saneamento de irregularidades;
- II - Revogar a licitação por motivo de conveniência e oportunidade;
- III - Proceder à anulação da licitação, de ofício ou mediante provocação de terceiros, sempre que presente ilegalidade insanável;

IV - Adjudicar o objeto e homologar a licitação.

12.1.1 Ao pronunciar a nulidade, a autoridade indicará expressamente os atos com vícios insanáveis, tornando sem efeito todos os subsequentes que deles dependam, e dará ensejo à apuração de responsabilidade de quem lhes tenha dado causa.

12.1.2 O motivo determinante para a revogação do processo licitatório deverá ser resultante de fato superveniente devidamente comprovado.

12.1.3 Nos casos de anulação e REVOGAÇÃO, deverá ser assegurada a prévia manifestação dos interessados.

12.1.4 O disposto neste artigo será aplicado, no que couber, à contratação direta e aos procedimentos auxiliares da licitação.

12.2 Da atuação do agente de contratação.

12.2.1 Caberá ao agente de contratação, em especial:

12.2.1.1 Conduzir e coordenar a sessão pública da licitação e



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

promover as seguintes ações:

12.2.2.1.1.1 Encaminhar o processo instruído, após encerradas as fases de julgamento e de habilitação e exauridos os recursos administrativos, à autoridade superior para adjudicação e para homologação.

13 DO INSTRUMENTO EQUIVALENTE E VIGÊNCIA

13.1 Após a homologação da licitação, em sendo realizada a contratação, será firmado Contrato.

13.2. O adjudicatário terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir da data de sua convocação, para assinar o Termo de Contrato, sob pena de decair do direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas neste Edital.

13.2.1. Alternativamente à convocação para comparecer perante o órgão ou entidade para a assinatura do Termo de Contrato ou aceite do instrumento equivalente, a Administração poderá encaminhá-lo para assinatura ou aceite da adjudicatária, mediante correspondência postal com aviso de recebimento (AR) ou meio eletrônico, para que seja assinado ou aceito no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar da data de seu recebimento.

13.2.2. O prazo previsto no subitem anterior poderá ser prorrogado, por igual período, por solicitação justificada do adjudicatário e aceita pela Administração.

13.3. O prazo de vigência do contrato será de 60 (sessenta) meses e poderá ser prorrogado, desde que comprovado o preço vantajoso.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

13.4. Previamente à contratação, a Administração realizará consulta ao SICAF para identificar possível suspensão temporária de participação em licitação, no âmbito do CFM, proibição de contratar com o Poder Público, bem como ocorrências impeditivas indiretas.

13.4.1. Na hipótese de irregularidade do registro no SICAF, o contratada deverá regularizar a sua situação perante o cadastro no prazo de até 5 (cinco) dias úteis, sob pena de aplicação das penalidades previstas no Edital e Anexos.

13.5. Na assinatura do Contrato, será exigida a comprovação das condições de habilitação consignadas no Edital, que deverão ser mantidas pelo licitante durante a vigência do contrato.

13.6. Na hipótese de o vencedor da licitação não comprovar as condições de habilitação consignadas no Edital ou se recusar a assinar o contrato a Administração, sem prejuízo da aplicação das sanções das demais cominações legais cabíveis a esse licitante, poderá convocar outro licitante, respeitada a ordem de classificação, para, após a comprovação dos requisitos para habilitação, analisada a proposta e eventuais documentos complementares e, feita a negociação, assinar o contrato.

14 DA REABERTURA DA SESSÃO PÚBLICA

14.1. A sessão pública poderá ser reaberta:

14.1.1. Nas hipóteses de provimento de recurso que leve à anulação de atos anteriores à realização da sessão pública precedente ou em que seja anulada a própria sessão pública, situação em que serão repetidos os atos anulados e os que dele



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

dependam.

14.1.2. Quando houver erro na aceitação do preço melhor classificado ou quando o licitante declarado vencedor não assinar o contrato, não retirar o instrumento equivalente ou não comprovar a regularização fiscal e trabalhista, nos termos do artigo 43, § 1º da LC n. 123/2006. Nessas hipóteses, serão adotados os procedimentos imediatamente posteriores ao encerramento da etapa de lances.

14.2. Todos os Licitantes remanescentes deverão ser convocados para acompanhar a sessão reaberta.

14.2.1. A convocação se dará por meio do sistema eletrônico (“chat”) e por e-mail, de acordo com a fase do procedimento licitatório.

14.2.2. A convocação feita por e-mail dar-se-á de acordo com os dados contidos no SICAF, sendo responsabilidade do licitante manter seus dados cadastrais atualizados.

15.DO CONTRATO

15.1. Homologado o resultado da licitação, o licitante mais bem classificado terá o prazo de 05 (cinco) dias, contados a partir da data de sua convocação, para assinar o Contrato, cujo prazo de validade encontra-se nela fixado, sob pena de decadência do direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas na Lei n. 14.133, de 2021.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

15.2. O prazo de convocação poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, mediante solicitação do licitante mais bem classificado ou do fornecedor convocado, desde que:

- (a) a solicitação seja devidamente justificada e apresentada dentro do prazo; e
- (b) a justificativa apresentada seja aceita pela Administração.

15.3. O contrato será assinado por meio de assinatura digital e disponibilizada no sistema de registro de preços.

15.4. Na hipótese de o convocado não assinar o contrato no prazo e nas condições estabelecidas, fica facultado à Administração convocar os licitantes remanescentes do cadastro de reserva, na ordem de classificação, para fazê-lo em igual prazo e nas condições propostas pelo primeiro classificado.

16 – DO REAJUSTE

16.1 Os preços inicialmente contratados são fixos e irrevogáveis no prazo de um ano contado da data do orçamento estimado, de 8/1/2026.

17 DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

17.1. Será divulgada ata da sessão pública no sistema eletrônico.

17.2. Não havendo expediente 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 em contrário, pelo Pregoeiro.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

17.3. Todas as referências de tempo no Edital, no aviso e durante a sessão pública observarão o horário de Brasília - DF.

17.4. A homologação do resultado desta licitação não implicará direito à contratação.

17.5. As normas disciplinadoras da licitação serão sempre interpretadas em favor da ampliação da disputa entre os interessados, desde que não comprometam o interesse da Administração, o princípio da isonomia, a finalidade e a segurança da contratação.

17.6. Os licitantes assumem todos os custos de preparação e apresentação de suas propostas e a Administração não será, em nenhum caso, responsável por esses custos, independentemente da condução ou do resultado do processo licitatório.

17.7. Na contagem dos prazos estabelecidos neste Edital e seus Anexos, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento. Só se iniciam e vencem os prazos em dias de expediente na Administração.

17.8. O desatendimento de exigências formais não essenciais não importará o afastamento do licitante, desde que seja possível o aproveitamento do ato, observados os princípios da isonomia e do interesse público.

17.9. Em caso de divergência entre disposições deste Edital e de seus anexos ou demais peças que compõem o processo, prevalecerá as deste Edital.

17.10. O Edital e seus anexos estão disponíveis, na íntegra, no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP) e pelo endereço eletrônico



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

<http://www.portalmedico.org.br>, após o preenchimento do cadastro especificado na página. Informações adicionais poderão ser obtidas junto à Comissão de Licitação pelo e-mail colic@portalmedico.org.br, por correspondência endereçada ao Sr(a). Pregoeiro (a) para o endereço — SGAS 616 Conj. D, Lote 115 — L2 SUL / CEP 70.200-760, ou pelo telefone (61) 34455900.

17.11. Integram este Edital, para todos os fins e efeitos, os seguintes anexos:

ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA;

ANEXO II - DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO E MANUTENÇÃO DE SIGILO PARA CIÊNCIA;

ANEXO II – 01 - PLANILHAS DE CUSTOS E FORMAÇÃO DE PREÇO e 02 - FORMULÁRIO DE DADOS PARA ASSINATURA DE EVENTUAL CONTRATO;

ANEXO IV – MINUTA DE CONTRATO.

17.12. As normas que disciplinam este pregão serão sempre interpretadas em favor da ampliação da disputa entre os interessados, sem comprometimento da segurança do futuro contrato;

17.13. A licitante vencedora assumirá a responsabilidade pelos encargos fiscais resultantes da adjudicação desta Licitação;

17.14. Nas alterações unilaterais a que se refere o inciso I do caput do art. 124 da Lei 14.133/21, o contratado será obrigado a aceitar, nas mesmas condições contratuais, acréscimos ou supressões de até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato que se fizerem nos serviços ou nas compras, e, no caso de reforma de edifício ou de equipamento, o limite para os acréscimos será de 50% (cinquenta por cento).



EDITAL CFM PREGÃO ELETRÔNICO N. 90001/2026

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

17.15. A ação ou omissão, total ou parcial, da fiscalização do CFM, não eximirá a licitante vencedora de total responsabilidade quanto ao cumprimento das obrigações pactuadas entre as partes;

17.16. A Justiça competente para dirimir questões relativas ao presente Edital será a Justiça Federal, e o foro competente será o da Seção Judiciária do Distrito Federal, com exclusão de qualquer outro.

Brasília-DF, de de 2026.

Assinatura eletrônica)

AUTORIDADE COMPETENTE



EDITAL CFM PREGÃO ELETRÔNICO N. 90001/2026

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

TERMO DE REFERÊNCIA

NÚMERO DO PROCESSO SEI N. 25.0.000008511-4

**CONTRATAÇÃO DE OPERADORA OU
SEGURADORA DE PLANO DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVA
EMPRESARIAL, COMPREENDENDO
SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-
HOSPITALAR.**

Brasília-DF, junho de 2026.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

TERMO DE REFERÊNCIA

CONTRATAÇÃO DE OPERADORA OU SEGURADORA DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVA EMPRESARIAL.

INFORMAÇÕES BÁSICAS e IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES

SEI CFM: 8511-4.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) é um Órgão Federal que possui atribuições constitucionais de fiscalização e normatização da prática médica. Criado em 1951, sua competência inicial reduzia-se ao registro profissional do médico e à aplicação de sanções do Código de Ética Médica. Nos últimos 50 anos, o Brasil e a categoria médica mudaram muito, e hoje, as atribuições e o alcance das ações deste órgão estão mais amplos, extrapolando a aplicação do Código de Ética Médica e a normatização da prática profissional.

Nos últimos 50 anos, o Brasil e a categoria médica mudaram muito, e hoje, as atribuições e o alcance das ações deste órgão estão mais amplos, extrapolando a aplicação do Código de Ética Médica e a normatização da prática profissional.

Atualmente, o Conselho Federal de Medicina exerce um papel político muito importante na sociedade, atuando na defesa da saúde da população e dos interesses da classe médica. O órgão traz um belo histórico de luta em prol dos interesses da saúde e do bem-estar do povo brasileiro, sempre voltado para a adoção de políticas de saúde dignas e competentes, que alcancem a sociedade indiscriminadamente.

Da mesma forma, o país assiste o fortalecimento do papel do CFM nas áreas da educação e prevenção, bem como na esfera judicante. Para que medidas com repercussão importante no estímulo à boa prática médica, ao exercício profissional ético, à formação técnica e humanista dos médicos de qualidade e ao fortalecimento da assistência nos setores público e privado.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

A assistência à saúde não constitui liberalidade administrativa, mas sim instrumento estratégico de governança institucional.

A supressão ou descontinuidade do benefício poderia gerar:

- Judicialização massiva;
- Perda de talentos;
- Comprometimento operacional;
- Dano institucional.

Justificativa da Inclusão da Classificação Internacional de Doenças – CID-11 neste Termo de Referência:

- ✓ Considerando a necessidade de atualização contínua dos instrumentos de gestão assistencial no âmbito da contratação de plano de saúde para os empregados do Conselho Federal de Medicina – CFM;
- ✓ Considerando que a Classificação Internacional de Doenças – CID-11, publicada pela Organização Mundial da Saúde, representa o padrão internacional mais recente para categorização de condições de saúde, com ganhos relevantes em precisão diagnóstica, interoperabilidade de dados e gestão epidemiológica;
- ✓ Considerando, contudo, que o mercado nacional de saúde suplementar ainda opera majoritariamente com a CID-11, em razão das diretrizes regulatórias da Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- ✓ Considerando a necessidade de observância aos princípios da competitividade, razoabilidade e isonomia, previstos na Lei n. 14.133/2021, especialmente quanto à vedação de restrições indevidas ao caráter competitivo do certame.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Justifica-se a inclusão da CID-11 no instrumento convocatório como referência técnica evolutiva e não como requisito obrigatório imediato, de modo a:

- I – Incentivar a modernização dos serviços prestados;
- II – Garantir compatibilidade com padrões internacionais de classificação de doenças;
- III – Preservar a ampla participação de operadoras no certame;
- IV – Permitir transição gradual e segura durante a execução contratual.

Portanto, o presente instrumento visa a realização de Análise de viabilidade da contratação, bem como identificar o objetivo, objeto, a descrição detalhada dos serviços a serem executados, a forma de aquisição, o quantitativo necessário para a execução dos serviços, as condições da prestação do serviço, deveres das partes, o custo e o recurso disponível para a contratação e demais especificações.

Este documento visa ainda, estabelecer as condições necessárias para a contratação de empresa para a execução dos serviços, objetivando o atendimento de futuras demandas, conforme especificações, condições e prazos definidos no Termo de Referência.

1 CONDIÇÕES GERAIS DA CONTRATAÇÃO

1.1 Contratação de operadora ou seguradora de plano de assistência à saúde coletiva empresarial, compreendendo serviços de assistência médico-hospitalar e ambulatorial com obstetrícia, por intermédio de rede referenciada/credenciada/conveniada (ou outro instrumento afim), exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, inclusive cobertura para doenças e lesões pré-existentes ou crônicas, internações, em situações eletivas e/ou emergenciais (no que couber), pré-anestésicas e pré-cirúrgicas, conforme previsto na Lei n. 9.656, de 1998, e no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, com acomodação para internação individual, realizada em apartamento, com banheiro privativo, ar-condicionado e



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

direito à acompanhante, com abrangência de cobertura em todo o território nacional, para os empregados ativos do CFM e seus dependentes diretos, sem coparticipação, conforme especificações, quantidades e exigências estabelecidas em Termo de Referência.

1.2 A CONTRATADA deverá adotar, para fins de registro, codificação, auditoria e gestão assistencial dos atendimentos, a Classificação Internacional de Doenças – CID, observando preferencialmente sua versão mais atualizada, incluindo a CID-11, publicada pela Organização Mundial da Saúde.

1.3 Deverá ser assegurada, obrigatoriamente, a compatibilidade com a CID-11, em conformidade com as normas vigentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar, garantindo a continuidade operacional e a interoperabilidade dos sistemas utilizados.

1.4 A eventual adoção plena da CID-11 poderá ocorrer de forma progressiva, durante a execução contratual, sem prejuízo da prestação dos serviços contratados.

Classificação do objeto quanto à heterogeneidade ou complexidade

O serviço objeto desta contratação é caracterizado como comum, conforme justificativa constante do Estudo Técnico Preliminar.

Prazo de vigência

O prazo de vigência da contratação é de **05 (cinco) anos, com previsão de início em 02 de julho de 2026**, prorrogável por até 10 anos, na forma dos artigos 106 e 107 da Lei nº 14.133, de 2021.

2 FUNDAMENTAÇÃO E DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

O CFM é uma entidade autárquica com personalidade jurídica de direito público, atuando como um Serviço Público Federal. Nossa sede está localizada na cidade de Brasília (DF) e possui jurisdição em todo o território nacional. A principal finalidade do



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CFM é atuar como a instância superior na fiscalização do exercício da Medicina pelo sistema Conselhal. Para o cumprimento de suas funções, o CFM organiza-se em unidades organizacionais, responsáveis pelas áreas administrativas, financeiras, jurídicas e técnicas. Estas unidades operam de acordo com normativos específicos, sempre em conformidade com a legislação vigente o CFM tem ainda como um de seus pilares a valorização de seus empregados. Conforme negociação salarial firmada **(IN CFM SEI-nº 10 de 16 de Maio de 2025)**, o CFM compromete-se a fornecer um plano de assistência à saúde. o plano de saúde foi contemplado como "benefício para os empregados do Conselho Federal de Medicina", nos seguintes termos: "Plano de saúde: benefício concedido pelo CFM com a coparticipação do funcionário (que contribui com uma parte do custo). O percentual de contribuição do funcionário é definido de acordo com a faixa salarial a que pertence. O benefício, atualmente, oferece também a possibilidade de inclusão de dependentes: cônjuge e filhos de até 21 anos de idade ou até 24 anos, se comprovarem estar cursando o ensino superior

De acordo com a negociação salarial firmada entre a Diretoria e os empregados do CFM o Conselho compromete-se a fornecer aos seus empregados um Plano de assistência médica. Este benefício, além de valorizar os empregados, representa um investimento em saúde preventiva, com o intuito de minimizar incidências de doenças por meio de programas preventivos, assegurando, assim, a excelência na execução das atividades por parte dos empregados.

A assistência à saúde é fundamental para promover o bem-estar físico, mental e social dos indivíduos, garantindo acesso a tratamentos, prevenções e diagnósticos precoces de doenças. Além disso, contribui para a qualidade de vida, reduzindo absenteísmo no trabalho e aumentando a produtividade. Essencialmente, assegura que todos tenham o suporte necessário para manter ou recuperar sua saúde, vital para uma sociedade funcional e justa.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Ao longo dos últimos anos, tornou-se evidente que a concessão de Plano de saúde constitui um dos fundamentos dos benefícios assistenciais ofertados aos empregados e seus dependentes, com o objetivo primordial de garantir um estado de saúde satisfatório e o acesso a um atendimento eficaz quando necessário.

O objeto da contratação está previsto no Plano de Contratações Anual 2026, conforme consta das informações básicas desse Termo de Referência.

3 DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO CONSIDERADO O CICLO DE VIDA DO OBJETO

A descrição da solução como um todo encontra-se pormenorizada em tópico específico dos Estudo Técnico Preliminar, apêndice deste Termo de Referência.

4 REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

Sustentabilidade

A prestação de serviços de assistência à saúde não gera impactos ambientais diretos significativos. No entanto, como medida mitigadora e prática de sustentabilidade, o contrato direcionará que a operadora utilize meios digitais para comunicação, emissão de guias e autorizações e disponibilização de manuais e da rede credenciada, minimizando o consumo de papel e recursos naturais.

Para a contratação de uma operadora ou seguradora de plano de saúde coletivo empresarial pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), os critérios de sustentabilidade devem incluir:

- **Baixo Consumo de Recursos:** A operadora deve demonstrar eficiência no uso de recursos, como energia e água, em suas instalações e operações. Isso pode ser alcançado através da utilização de tecnologias de baixo consumo e práticas sustentáveis.
- **Logística Reversa:** Implementação de um sistema de logística reversa para o descarte e reciclagem de materiais não utilizáveis ou obsoletos,



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

especialmente em relação a equipamentos eletrônicos e materiais de escritório.

- **Impactos Ambientais e Medidas Mitigadoras:**
- - **Geração de resíduos:** A operadora deve ter políticas claras para a minimização da geração de resíduos e para a gestão adequada dos resíduos gerados, incluindo reciclagem e disposição apropriada.
- - **Emissões de gases:** Deve-se monitorar e minimizar as emissões de gases do efeito estufa provenientes das operações da operadora, utilizando energias renováveis quando possível e promovendo práticas de trabalho remoto para reduzir deslocamentos.
- - **Consumo de água:** Implementação de sistemas de redução de consumo de água, como torneiras eficientes e reuso de água.
- - **Ações de Prevenção e Contingência:**
- - **Auditorias ambientais regulares** para identificar e mitigar riscos ambientais.
- - **Treinamento de empregados** em práticas sustentáveis para garantir a aderência às políticas ambientais da empresa.
- - **Planos de resposta a emergências** para lidar com possíveis vazamentos ou derramamentos que possam impactar o meio ambiente.

5 DO PLANO

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

A categoria do Plano oferecido deverá ser equiparada ao produto superior oferecido pela contratada.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

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

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

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

- a) consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo CFM;**
- b) serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou pelo cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;**
- c) consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro obstétrico e obstetriz, de acordo com o estabelecido nos Anexos da Resolução Normativa ANS n. 465, de 2021 e suas alterações;**
- d) sessões de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido nos Anexos da Resolução Normativa ANS n. 465, de 2021 e suas alterações;**
- e) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos da Resolução Normativa ANS n. 465, de 2021 e suas alterações, que podem ser**



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;

f) ações de planejamento familiar, listadas no Anexo I da Resolução Normativa ANS n. 465, de 2021, e suas alterações;

g) remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

h) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

i) quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos medicamentos para o tratamento do câncer com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde;

j) medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando o disposto nos Anexos da Resolução Normativa ANS n. 465, de 2021 e suas alterações, e, preferencialmente, as seguintes características:

1. Medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional (DCI), conforme definido pela Lei n.º 9.787/1999; e



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

2. Medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente, está atualmente a cargo da ANVISA.

k) procedimentos de radioterapia listados no Anexo I da Resolução Normativa ANS n. 465, de 2021 e suas alterações, para a segmentação ambulatorial;

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

a) hemoterapia ambulatorial;

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

n) internação hospitalar, em todas as suas modalidades, em número ilimitado de dias;

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

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

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

2. os medicamentos utilizados durante a internação;

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

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



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

- 1. que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e**
- 2. que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido pela Resolução Normativa ANS n. 465, de 2021 e suas alterações;**

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

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

u) estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar; e

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

- 1. hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;**
- 2. quimioterapia oncológica ambulatorial;**
- 3. medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, observadas**



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

as DUT previstas no Anexo II da Resolução Normativa ANS n. 465, de 2021 e suas alterações;

4. procedimentos radioterápicos;
5. hemoterapia;
6. nutrição parenteral ou enteral;
7. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
8. radiologia intervencionista;
9. exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos; e
10. procedimentos de reeducação e reabilitação física.

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

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

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

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

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

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

Deverão ser observadas todas as especificações do objeto descrita neste instrumento bem como toda legislação afeta ao objeto, especialmente, mas não exclusivamente, os seguintes normativos:



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

- a) Lei n. 14.133/21;
- b) Resolução Normativa n. 465/2021 - ANS;
- c) Resolução Normativa n. 488/2022 - ANS;
- d) Resolução Normativa n. 557/2022 - ANS;
- e) Resolução Normativa n. 563/2022 - ANS;
- f) Resolução Normativa n. 566/2022 - ANS; e
- g) Medida Provisória n. 2177-44/2021.

6 DA SAÚDE MENTAL

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

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

7 REDE DE ATENDIMENTO REFERENCIAL E HOSPITAIS DE REFERÊNCIA OBRIGATÓRIOS



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

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

Todos os estabelecimentos deverão possuir a infraestrutura mínima de:

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

Os estabelecimentos referenciados no item Rede de Atendimento Referencial deverão pertencer às seguintes redes hospitalares, obrigatoriamente:

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

Além das exigências de rede mínima previstas neste instrumento, a licitante deverá comprovar, no ato da apresentação da proposta, possuir rede hospitalar credenciada, referenciada, conveniada ou própria apta ao atendimento dos beneficiários do Conselho Federal de Medicina – CFM no Distrito Federal, contemplando



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

obrigatoriamente os seguintes hospitais de alta complexidade e referência assistencial:

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

II – HOSPITAL DF STAR – BRASÍLIA/DF.

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

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

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

***ATENÇÃO LICITANTE:**

A exigência dos hospitais mencionados fundamenta-se na necessidade de manutenção de rede hospitalar de elevado padrão técnico-assistencial no Distrito Federal, compatível com a natureza institucional do Conselho Federal de Medicina – CFM, bem como na necessidade de assegurar aos beneficiários acesso contínuo a unidades hospitalares de reconhecida excelência, estrutura



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

de alta complexidade, atendimento multidisciplinar, acreditação hospitalar e disponibilidade de recursos avançados de diagnóstico e terapia.

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

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

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

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

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

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



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

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

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

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

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

- a) Ambulatório com infraestrutura mínima;
- b) Radiologia;
- c) UTI;
- d) Pronto socorro com profissionais nas especialidades de, no mínimo: Clínica Geral, Pediátrica, Cardiologia, Ginecológica e Obstétrica e Ortopedia;
- e) Internações em apartamentos individuais;
- f) Procedimentos Médicos/Serviços Auxiliares para Cirurgias; e



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

g) Procedimentos de cirurgias cardíacas/neurológicas, com UTI neonatal e adulto, banco de sangue e serviço de diálise/hemodiálise.

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

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

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

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

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

8 DO REAJUSTE CONTRATUAL

Os valores contratados serão reajustados anualmente, observado o interregno mínimo



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

de 12 (doze) meses, contado da data da apresentação da proposta ou do último reajuste concedido, exclusivamente pela variação acumulada do **Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA/IBGE**, ou outro índice oficial que vier a substituí-lo.

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

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

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

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

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

9 DA REVISÃO CONTRATUAL EXCEPCIONAL POR SINISTRALIDADE

A sinistralidade contratual não constituirá mecanismo automático de reajuste contratual, podendo ensejar, excepcionalmente, pedido de revisão contratual extraordinária, exclusivamente quando comprovado desequilíbrio econômico-



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

financeiro efetivo, superveniente, imprevisível ou de consequências incalculáveis, nos termos do art. 124, inciso II, alínea “d”, da Lei nº 14.133/2021.

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

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

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

A eventual revisão contratual por sinistralidade:

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

O pedido revisional deverá ser acompanhado, obrigatoriamente, de:

- a) memória de cálculo detalhada;
- b) demonstração analítica da receita e da despesa assistencial do contrato;
- c) relatórios atuariais completos;
- d) planilhas detalhadas de eventos médicos e hospitalares;
- e) relatórios de utilização da massa beneficiária;
- f) demonstrativos individualizados de internações, terapias, exames e procedimentos de alta complexidade;
- g) comprovação da efetiva alteração extraordinária dos custos assistenciais; eh) demais documentos técnicos que permitam a adequada verificação do desequilíbrio alegado.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

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

Não serão admitidos pedidos revisionais fundamentados exclusivamente em:

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

Eventual revisão contratual deferida observará, cumulativamente:

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

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

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



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

10 ESPECIALIDADES MÉDICAS REFERENCIAIS

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

11 EXCLUSÕES DA COBERTURA

Estão excluídos os seguintes procedimentos, dentro das coberturas:

- a) Exames e procedimentos realizados durante o período de carência, exceto para as situações descritas no item que trata a respeito de inclusões e prazos de carência;
- b) Procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

- c) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- d) Despesas extraordinárias, enfermagem particular, ainda que em hospital, e assistência médica domiciliar;**
- e) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;**
- f) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios e materiais sem o registro no órgão competente;**
- g) Aviamento de óculos, lentes de contato e aparelhos de audição (materiais não implantáveis);**
- h) Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;**
- i) Despesas hospitalares extraordinárias referentes a ligações telefônicas, lavagem de roupas particulares, dieta ou produtos não prescritos pelo médico responsável ou outros serviços extraordinários requeridos pelo beneficiário, que excedem ao limite do contrato;**
- j) Tratamentos ou procedimentos relacionados à estimulação conceptiva e fertilização *in vitro*;**
- k) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, não reconhecidos pelo Conselho de Saúde Suplementar;**
- l) Fornecimento de medicamentos e materiais para a saúde não registrados na ANVISA;**
- m) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvadas as situações previstas em regulamentação pela Agência Nacional de Saúde suplementar;**
- n) Serviço de enfermagem em caráter particular;**
- o) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética ou de rejuvenescimento, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;**



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

p) Vacinas; e

q) Plano odontológico previsto na Lei n. 9656/98, salvo a cirurgia buco-maxilo-facial, realizada em ambiente hospitalar com cobertura prevista e regulamentada pela Lei n. 9656/98 e por normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Os procedimentos previstos nas alíneas acima passarão a ser cobertos caso passem a integrar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estipulados pela ANS.

12 DOS BENEFICIÁRIOS

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

Serão considerados beneficiários dependentes:

- a) Cônjuge ou companheiro(a), com quem o(a) empregado(a) mantenha união estável, desde que apresentada a certidão de casamento ou a escritura declaratória de união estável registrada em cartório; e
- b) Filho(a) solteiro(a) natural, por adoção, enteado ou enteada ou qualquer pessoa que o titular detenha a guarda judicial, até 21 anos; ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho; ou, comprovadamente, até 24 (vinte e quatro anos) quando estudante universitário ou de escola técnica, não tendo economia própria.

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

a) Distribuição por tipo de beneficiário:

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

b) Distribuição por faixa etária:

IDADE	QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS
0 a 18 anos	140
19 a 23 anos	21



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

24 a 28 anos	12
29 a 33 anos	36
34 a 38 anos	50
39 a 43 anos	62
44 a 48 anos	48
49 a 53 anos	27
54 a 58 anos	24
59 anos ou mais	51

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

É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário.

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

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

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

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

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

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

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

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



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

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

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

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

13 IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS E CARTEIRA DIGITAL

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

A adoção da carteira digital como instrumento principal de identificação dos



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

beneficiários atende aos princípios da eficiência, economicidade, sustentabilidade e transformação digital da Administração Pública, reduzindo custos de emissão, reemissão e logística de cartões físicos, aumentando a segurança das informações, permitindo atualização em tempo real dos dados cadastrais e proporcionando acesso imediato às funcionalidades assistenciais disponibilizadas pela operadora, em alinhamento às práticas atualmente adotadas pelas principais operadoras de saúde do país. A carteira física passa a possuir caráter subsidiário e excepcional, preservando a acessibilidade dos usuários que eventualmente necessitem desse meio de identificação.

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

A Carteira Digital deverá conter, no mínimo:

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

A CONTRATADA deverá disponibilizar aplicativo ou plataforma digital compatível, no



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

mínimo, com os sistemas operacionais Android e iOS, permitindo ao beneficiário acesso permanente às seguintes funcionalidades:

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

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

A CONTRATADA deverá assegurar a disponibilidade contínua da Carteira Digital, observando níveis adequados de desempenho, segurança da informação, proteção de dados pessoais e continuidade dos serviços, em conformidade com a legislação aplicável, especialmente a Lei nº 13.709/2018 (LGPD) e as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

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



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

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

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

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

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

14 INCLUSÕES E PRAZOS DE CARÊNCIA

Não haverá carência para a prestação dos serviços:

- a) Aos empregados e seus dependentes, desde que firmem o Termo de Adesão em até 60 (sessenta) dias da data de assinatura do contrato;**
- b) Para empregados recém-admitidos, bem como seus dependentes, e que manifestarem opção pela modalidade do Plano de saúde, mediante Termo de**



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Adesão apropriado, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados do ato do efetivo exercício;

c) Para os dependentes oriundos do casamento ou do nascimento/adoção, cuja comprovação e cadastramento ocorram em até 30 (trinta) dias do respectivo evento. Respeitando-se as disposições estabelecidas no subitem anterior, o período de carência máxima a que ficarão sujeitos os beneficiários (titulares e dependentes) posteriormente incluídos no Plano, para utilização dos serviços contratados, será:

a) Consultas médicas, urgência e emergência médica devidamente comprovadas - sem carência;

b) Exames e tratamentos - 90 (noventa) dias;

c) Internações hospitalares - 180 (cento e oitenta) dias;

d) Partos e suas consequências - 300 (trezentos) dias.

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

a) Consultas médicas, urgência e emergência médica devidamente comprovadas: 24 (vinte e quatro) horas;

b) Exames e tratamentos: 30 (trinta) dias;

c) Internações hospitalares: 180 (cento e oitenta) dias;

d) Partos e suas consequências: 300 (trezentos) dias.

15 REEMBOLSO

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

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

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



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

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

Os beneficiários deverão apresentar à contratada os seguintes documentos:

- a) Conta discriminada das despesas, incluindo relação de materiais, medicamentos utilizados e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as vias originais das notas fiscais ou faturas quando o prestador de serviço for uma pessoa jurídica ou recibos quando o prestador de serviço for uma pessoa física;**
- b) Vias originais dos recibos e comprovantes de pagamento dos honorários médicos, de assistentes e, se for o caso, de auxiliares e anestesistas em que devem constar os números do CRM, do CPF e do ISS e discriminação do serviço realizado;**
- e**
- c) Relatório médico justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital.**

16 AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

A autorização para procedimentos e internações deverá ocorrer nos prazos máximos previstos na Resolução Normativa ANS n. 566, de 2022 e alterações posteriores. Caso os prazos sejam ultrapassados, a contratada deverá apresentar



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

as devidas justificativas aos gestores e fiscais do CFM, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis.

Os casos de urgência/emergência não necessitarão de liberação prévia, mas deverão ser comunicados à contratada em até 24 horas após o início do atendimento.

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

17 DA REMOÇÃO

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

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



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

Quando a rede hospitalar do Estado onde estiver o paciente não dispuser de infraestrutura/especialidade que atenda às necessidades de saúde deste, o mesmo deve ser removido para a região mais próxima, dentro das condições médicas apresentadas, sendo todos os custos arcados pelo contratado.

18 DESCREDENCIAMENTO DE HOSPITAIS

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

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

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

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

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



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

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

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

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

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



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

reconhecidas (como ONA nível 2 ou superior) e que ofereça cobertura e especialidades equivalentes.

Na impossibilidade de substituir toda a rede, a operadora deverá garantir o credenciamento de hospitais individuais (externos a quaisquer uma das quatro redes referenciadas) que atendam aos critérios de excelência definidos neste Termo de Referência, de forma a manter a mesma quantidade e qualidade de serviços previstos.

A escolha dos novos hospitais deverá ser aprovada pelo Contratante e a operadora se compromete a garantir o acesso a atendimento integral aos beneficiários, inclusive em situações de urgência e emergência.

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

19 TRANSIÇÃO DE SERVIÇOS, MIGRAÇÃO DE DADOS E CONTINUIDADE

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

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

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



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

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

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

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

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

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

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

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



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

A contratada deverá estabelecer um canal de comunicação direto com o CFM para tratar de quaisquer questões emergenciais que possam surgir durante a transição e migração de dados, garantindo uma resposta rápida e eficaz.

Subcontratação

Não será admitida a subcontratação do objeto contratual.

Garantia da contratação

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

Vistoria

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

20 MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

Condições de execução

São obrigações da contratada:

- a) Providenciar a correção das deficiências apontadas pelo contratante, no prazo de até 3 (três) dias úteis, sob pena de aplicação de sanções;**
- b) Comunicar ao contratante, por escrito, quando verificar condições inadequadas de execução dos serviços ou a iminência de fatos que possam prejudicar a sua execução;**
- c) Comunicar, por escrito, eventual atraso ou paralisação dos serviços, apresentando razões justificadoras que serão objeto de apreciação pelo contratante;**
- d) Manter sigilo, sob pena de responsabilidade civil, penal e administrativa, sobre todo e qualquer assunto e documento de interesse do contratante, ou de terceiros, de que tomar conhecimento em razão da execução do**



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

- objeto contratual, devendo orientar seus empregados a observar rigorosamente esta determinação;
- e) Não reproduzir, divulgar ou utilizar em benefício próprio, ou de terceiros, quaisquer informações de que tenha tomado conhecimento em razão da execução dos serviços, sem consentimento, por escrito, do contratante;
 - f) Aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato;
 - g) Assegurar aos beneficiários os serviços, de acordo com as condições correspondentes a cada tipo de Plano, conforme estabelecido neste Termo de Referência e na Proposta apresentada;
 - h) Assegurar aos beneficiários a continuidade dos serviços que estejam em andamento no momento da contratação;
 - i) Disponibilizar mecanismos de identificação do beneficiário que não impeçam o atendimento em caso de não apresentação da carteira de identificação digital;
 - j) Providenciar, em caso de extravio ou de dados incorretos, a emissão da segunda via em até 05 (cinco) dias, gratuitamente, da carteira digital de identificação mediante declaração de responsabilidade do beneficiário;
 - k) Fornecer juntamente com as carteiras um guia/manual por meio digital constando nome, telefone e endereço dos médicos, hospitais, clínicas, casas de saúde, laboratórios, institutos e outras entidades da área de saúde e serviços auxiliares credenciados, conforme o domicílio do beneficiário, atualizando-o periodicamente por meio eletrônico;
 - l) Disponibilizar para consulta em todos os canais de atendimento oferecidos pela contratada (Central de Atendimento 24 horas, sítio na internet, aplicativos da operadora etc.), conforme disposições normativas da ANS;
 - m) Avaliar a necessidade de credenciar hospitais, médicos e serviços auxiliares, em outras especialidades indicadas pela ANS, mediante solicitação por escrito, sempre que houver uma necessidade



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

- devidamente fundamentada; bem como cancelar tais credenciamentos, sempre com o objetivo de melhoria da qualidade de atendimento aos beneficiários;
- n) Manter a rede de atendimento credenciada em número igual ou superior ao apresentado na licitação, devidamente comprovada a cada emissão de fatura;
 - o) Comunicar à Contratante a substituição de entidade hospitalar, a qual deverá ser efetuada por outra equivalente, mediante correspondência expedida com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração às normas sanitárias e fiscais em vigor;
 - p) Garantir a continuidade dos serviços prestados na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da operadora durante o período de internação ou tratamento hospitalar do beneficiário;
 - q) Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação do beneficiário, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário;
 - r) Disponibilizar Central de Atendimento, bem como mecanismos de atendimento remoto gratuito (0800 e/ou via internet), para efeito de liberação de senhas, autorização de exames e procedimentos cirúrgicos relacionados com o atendimento, ou informações sobre os serviços contratados;
 - s) Apresentar mensalmente à unidade interna do CFM gestora do contrato documento de cobrança, no mês subsequente ao mês de prestação dos serviços, juntamente com relação dos beneficiários ativos, inclusive as inclusões/exclusões e alterações de Planos feitas no período;



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

- t) Disponibilizar até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente à utilização dos serviços, os seguintes relatórios:**
- ✓ **Relatório Operacional com a movimentação cadastral, emissões de cartões de Identificação, credenciamento e descredenciamento e outros; e**
 - ✓ **Relatório Estatístico de utilização dos serviços discriminados por tipo de evento (consulta, exame, internação etc.).**
- u) Realizar reuniões periódicas de acompanhamento da carteira de sinistralidade;**
- v) Indicar, por ocasião da assinatura do contrato, preposto, com respectivos contatos diretos (telefone, celular e e-mail), com a finalidade de prestar informações e esclarecimentos sobre o contrato, bem como comunicar imediatamente eventuais alterações/substituições;**
- w) Enviar o preposto à sede da Contratante sempre que solicitado, ou conforme a necessidade, para tratar de assuntos referentes à execução do contrato e prestação dos serviços;**
- x) As solicitações feitas ao preposto deverão ser respondidas no máximo em até 48 horas;**
- y) Atender as exigências estabelecidas neste Termo de Referência;**
- z) Manter, durante toda a execução do contrato, as condições de habilitação exigidas para a contratação; e**
- aa) Manter, preferencialmente, sede, filial ou escritório próprio em Brasília - DF com capacidade operacional para receber e solucionar qualquer demanda contratual oriunda dos gestores responsáveis pelo contrato.**

21 LOCAL E HORÁRIO DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

A contratada realizará atendimento tanto no Distrito Federal quanto nas demais localidades do território nacional, no mínimo, em todas as capitais dos Estados, em consultórios, hospitais, clínicas, laboratórios disponibilizados em rede própria, indicada, credenciada, referenciada, conveniada (ou outro instrumento afim), conforme especificações deste Termo de Referência.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Dados Atuais do Contrato

- a) Valor bruto mensal em agosto/2025: R\$ 582.109,01;
- b) Sinistralidade no período de 01/09/2024 a 01/10/2025: 51,83%;
- c) Gestantes: 02;
- d) Total de afastamentos previdenciários em outubro de 2025: 00;
- e) Número de pessoas em Home Care: 01;
- f) Quantidade de beneficiários: 471 (quatrocentos e setenta um);
- g) Quantidade de beneficiários por faixa etária: 0 a 18 anos: 140; 19 a 23 anos: 21; 24 a 28 anos: 12; 29 a 33 anos: 36; 34 a 38 anos: 50; 39 a 43 anos: 62; 44 a 48 anos: 48; 49 a 53 anos: 27; 54 a 58 anos: 24; e 59 anos acima: 51.
- h) Tipos de beneficiários e respectivas quantidades: beneficiário titular, 186 (cento e oitenta e seis); e beneficiário dependente, 285 (duzentos e oitenta e cinco).

22 MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO

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

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

As comunicações entre o CFM ou entidade e o Contratado devem ser realizadas por escrito sempre que o ato exigir tal formalidade, admitindo-se o uso de mensagem eletrônica para esse fim.

O CFM ou entidade poderá convocar o preposto da empresa para adoção de providências que devam ser cumpridas de imediato.

Após a assinatura do contrato ou instrumento equivalente, o CFM ou entidade poderá convocar o representante da empresa contratada para reunião inicial para apresentação do plano de fiscalização, que conterà informações acerca das obrigações contratuais, dos mecanismos de fiscalização, das estratégias para execução do objeto,



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

do plano complementar de execução do Contratado, quando houver, do método de aferição dos resultados e das sanções aplicáveis, dentre outros.

O gerenciamento do contrato será exercido pela unidade interna do CFM responsável pela gestão do contrato, sendo a fiscalização realizada pelos empregados ou seus substitutos especialmente designados pela autoridade competente, em conformidade com o disposto no art. 7º da Lei n. 14.133/2021.

A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada pelo(s) fiscal(is) do contrato, ou pelos respectivos substitutos.

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

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

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

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

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

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

O fiscal administrativo do contrato verificará a manutenção das condições de habilitação do Contratado, acompanhará o empenho, o pagamento, as garantias, as glosas e a formalização de apostilamento e termos aditivos, solicitando quaisquer documentos comprobatórios pertinentes, caso necessário.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Caso ocorram descumprimento das obrigações contratuais, o fiscal administrativo do contrato atuará tempestivamente na solução do problema, reportando ao gestor do contrato para que tome as providências cabíveis, quando ultrapassar a sua competência.

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

O gestor do contrato acompanhará a manutenção das condições de habilitação da contratada, para fins de empenho de despesa e pagamento, e anotará os problemas que obstem o fluxo normal da liquidação e do pagamento da despesa no relatório de riscos eventuais.

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

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

O gestor do contrato tomará providências para a formalização de processo administrativo de responsabilização para fins de aplicação de sanções, a ser conduzido pela comissão de que trata o § 1º do art. 158 da Lei n. 14.133, de 2021.

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



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

O gestor do contrato deverá elaborar relatório final com informações sobre a consecução dos objetivos que tenham justificado a contratação e eventuais condutas a serem adotadas para o aprimoramento das atividades da Administração.

Informar periodicamente à contratada, por escrito, qualquer inclusão/exclusão de beneficiário, bem como alterações de Plano.

Comunicar à contratada, por escrito, os casos em que o beneficiário, por qualquer motivo perca o direito de atendimento nas condições exigidas na forma deste Termo de Referência.

Alterar o número de beneficiários, a qualquer tempo, mantidas as mesmas condições do contrato.

Preposto

O Contratado designará formalmente o preposto da empresa, antes do início da prestação dos serviços, indicando no instrumento os poderes e deveres em relação à execução do objeto Contratado.

O Contratado não necessitará manter preposto da empresa no local da execução do objeto durante o período de vigência do contrato.

O Contratante poderá recusar, desde que justificadamente, a indicação ou a manutenção do preposto da empresa, hipótese em que o Contratado designará outro para o exercício da atividade.

Rotinas de Fiscalização

A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada pelos fiscais do contrato, ou pelos respectivos substitutos.

Fiscalização Técnica

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



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

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

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

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

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

A fiscalização de que trata esta cláusula não exclui nem reduz a responsabilidade do Contratado, inclusive perante terceiros, por qualquer irregularidade, ainda que resultante de imperfeições técnicas, vícios redibitórios, ou emprego de material inadequado ou de qualidade inferior e, na ocorrência desta, não implica corresponsabilidade do Contratante ou de seus agentes, gestores e fiscais, de conformidade.

As disposições previstas neste Termo de Referência não excluem o disposto no Anexo VIII da Instrução Normativa SEGES/MP n. 05, de 2017, aplicável no que for pertinente à contratação, por força da Instrução Normativa Seges/ME n. 98, de 26 de dezembro de 2022.

Fiscalização Administrativa

O fiscal administrativo do contrato verificará a manutenção das condições de habilitação da contratada, acompanhará o empenho, o pagamento, as garantias, as glosas e a formalização de apostilamento e termos aditivos, solicitando quaisquer documentos comprobatórios pertinentes, caso necessário.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Caso ocorra descumprimento das obrigações contratuais, o fiscal administrativo do contrato atuará tempestivamente na solução do problema, reportando ao gestor do contrato para que tome as providências cabíveis, quando ultrapassar a sua competência.

Gestor do Contrato

Cabe ao gestor do contrato:

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

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

acompanhar a manutenção das condições de habilitação da contratada, para fins de empenho de despesa e pagamento, e anotar os problemas que obstem o fluxo normal da liquidação e do pagamento da despesa no relatório de riscos eventuais. emitir documento comprobatório da avaliação realizada pelos fiscais técnico, administrativo e setorial quanto ao cumprimento de obrigações assumidas pelo Contratado, com menção ao seu desempenho na execução contratual, baseado nos indicadores objetivamente definidos e aferidos, e a eventuais penalidades aplicadas, devendo constar do cadastro de atesto de cumprimento de obrigações.

tomar providências para a formalização de processo administrativo de responsabilização para fins de aplicação de sanções, a ser conduzido pela comissão de que trata o § 1º do art. 158 da Lei n. 14.133, de 2021.

ou pelo agente ou pelo setor com competência para tal, conforme o caso.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

enviar a documentação pertinente ao setor de contratos para a formalização dos procedimentos de liquidação e pagamento, com a indicação expressa de que o valor da Nota Fiscal emitida pela contratada confere com o valor dimensionado pela fiscalização e gestão no recebimento definitivo do serviço.

receber e dar encaminhamento imediato:

às denúncias de discriminação, violência e assédio no ambiente de trabalho, conforme o art. 2º, inciso III, do Decreto n. 12.174/2024;

à notificação formal de que a empresa contratada está descumprindo suas obrigações trabalhistas, enviada pelo trabalhador, sindicato, Ministério do Trabalho, Ministério Público, Defensoria Pública ou por qualquer outro meio idôneo.

23 CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E PAGAMENTO

A avaliação da execução do objeto utilizará o Instrumento de Medição de Resultado (IMR).

Será indicada a retenção ou glosa no pagamento, proporcional à irregularidade verificada, sem prejuízo das sanções cabíveis, caso se constate que o Contratado:

- 1.1.1 não produziu os resultados acordados,
- 1.1.2 deixou de executar, ou não executou com a qualidade mínima exigida as atividades contratadas; ou
- 1.1.3 deixou de utilizar materiais e recursos humanos exigidos para a execução do serviço, ou os utilizou com qualidade ou quantidade inferior à demandada.

Recebimento

Os serviços serão recebidos provisoriamente, no prazo de 10 (dez) dias, pelos fiscais técnico e administrativo, mediante termos detalhados, quando verificado o cumprimento das exigências de caráter técnico e administrativo.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

O prazo para recebimento provisório será contado do recebimento de comunicação de cobrança oriunda do Contratado com a comprovação da prestação dos serviços a que se referem a parcela a ser paga.

O fiscal técnico do contrato realizará o recebimento provisório do objeto do contrato mediante termo detalhado que comprove o cumprimento das exigências de caráter técnico.

O fiscal administrativo do contrato realizará o recebimento provisório do objeto do contrato mediante termo detalhado que comprove o cumprimento das exigências de caráter administrativo.

O fiscal setorial do contrato, quando houver, realizará o recebimento provisório sob o ponto de vista técnico e administrativo.

Ao final de cada período/evento de faturamento:

o fiscal técnico do contrato deverá apurar o resultado das avaliações da execução do objeto e, se for o caso, a análise do desempenho e qualidade da prestação dos serviços realizados em consonância com os indicadores previstos no ato convocatório, que poderá resultar no redimensionamento de valores a serem pagos à contratada, registrando em relatório a ser encaminhado ao gestor do contrato;

Será considerado como ocorrido o recebimento provisório com a entrega do termo detalhado ou, em havendo mais de um a ser feito, com a entrega do último.

O Contratado fica obrigado a reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, às suas expensas, no todo ou em parte, o objeto em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou materiais empregados, cabendo à fiscalização não atestar a última e/ou única medição de serviços até que sejam sanadas todas as eventuais pendências que possam vir a ser apontadas no recebimento provisório.

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.

O recebimento provisório também ficará sujeito, quando cabível, à conclusão de todos os testes de campo e à entrega dos Manuais e Instruções exigíveis.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Os serviços poderão ser rejeitados, no todo ou em parte, quando em desacordo com as especificações constantes neste Termo de Referência e na proposta, sem prejuízo da aplicação das penalidades.

Quando a fiscalização for exercida por um único servidor, o Termo Detalhado deverá conter o registro, a análise e a conclusão acerca das ocorrências na execução do contrato, em relação à fiscalização técnica e administrativa e demais documentos que julgar necessários, devendo encaminhá-los ao gestor do contrato para recebimento definitivo.

Os serviços serão recebidos definitivamente no prazo de 10 (dez) dias, contados do recebimento provisório, por servidor ou comissão designada pela autoridade competente, após a verificação da qualidade e quantidade do serviço e consequente aceitação mediante termo detalhado, obedecendo os seguintes procedimentos:

Emitir documento comprobatório da avaliação realizada pelos fiscais técnico, administrativo e setorial, quando houver, no cumprimento de obrigações assumidas pelo Contratado, com menção ao seu desempenho na execução contratual, baseado em indicadores objetivamente definidos e aferidos, e a eventuais penalidades aplicadas, devendo constar do cadastro de atesto de cumprimento de obrigações, conforme regulamento.

Realizar a análise dos relatórios e de toda a documentação apresentada pela fiscalização e, caso haja irregularidades que impeçam a liquidação e o pagamento da despesa, indicar as cláusulas contratuais pertinentes, solicitando ao Contratado, por escrito, as respectivas correções;

Emitir Termo Detalhado para efeito de recebimento definitivo dos serviços prestados, com base nos relatórios e documentações apresentadas; e

Comunicar a empresa para que emita a Nota Fiscal ou Fatura, com o valor exato dimensionado pela fiscalização.

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

No caso de controvérsia sobre a execução do objeto, quanto à dimensão, qualidade e quantidade, deverá ser observado o teor do art. 143 da Lei n. 14.133, de 2021,



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

comunicando-se à empresa para emissão de Nota Fiscal quanto à parcela incontroversa da execução do objeto, para efeito de liquidação e pagamento.

Nenhum prazo de recebimento ocorrerá enquanto pendente a solução, pelo Contratado, de inconsistências verificadas na execução do objeto ou no instrumento de cobrança.

O recebimento provisório ou definitivo não excluirá a responsabilidade civil pela solidez e pela segurança do serviço nem a responsabilidade ético-profissional pela perfeita execução do contrato.

Liquidação

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

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

- o prazo de validade;**
- a data da emissão;**
- os dados do contrato e do órgão contratante;**
- a origem e o objeto do que se deve pagar**
- o período respectivo de execução do contrato;**
- o valor exato a pagar;**
- eventual destaque do valor de retenções tributárias cabíveis; e**
- a quem se deve pagar a importância, para extinguir a obrigação.**

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

A Nota Fiscal ou Fatura deverá ser obrigatoriamente acompanhada da comprovação da regularidade fiscal, constatada por meio de consulta on-line ao SICAF ou, na



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

impossibilidade de acesso ao referido Sistema, mediante consulta aos sítios eletrônicos oficiais ou à documentação mencionada no art. 68 da Lei n. 14.133/2021.

A Administração deverá realizar consulta ao SICAF para:

verificar a manutenção das condições de habilitação exigidas;
identificar possível razão que impeça a participação em licitação/contratação no âmbito do órgão ou entidade, tais como a proibição de contratar com a Administração ou com o Poder Público, bem como ocorrências impeditivas indiretas.

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

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

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

Havendo a efetiva execução do objeto, os pagamentos serão realizados normalmente, até que se decida pela rescisão do contrato, caso o Contratado não regularize sua situação perante ao SICAF.

Prazo de pagamento

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



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

Forma de pagamento

O pagamento será realizado por meio de ordem bancária, para crédito em banco, agência e conta corrente indicados pelo Contratado.

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

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

Independentemente do percentual de tributo inserido na planilha, quando houver, serão retidos na fonte, quando da realização do pagamento, os percentuais estabelecidos na legislação vigente.

O Contratado regularmente optante pelo Simples Nacional, nos termos da Lei Complementar n. 123, de 2006, não sofrerá a retenção tributária quanto aos impostos e contribuições abrangidos por aquele regime. No entanto, o pagamento ficará condicionado à apresentação de comprovação, por meio de documento oficial, de que faz jus ao tratamento tributário favorecido previsto na referida Lei Complementar.

Reajuste

Os preços inicialmente contratados são fixos e irrevogáveis no prazo de um ano contado da data do orçamento estimado, em 8/1/2026.

Após o interregno de um ano, a pedido do Contratado, os preços iniciais poderão ser reajustados, mediante a aplicação, pelo Contratante, do índice IPCA/IBGE, exclusivamente para as obrigações iniciadas e concluídas após a ocorrência da anualidade.

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

No caso de atraso ou não divulgação do(s) índice (s) de reajustamento, o Contratante pagará ao Contratado a importância calculada pela última variação conhecida,



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

liquidando a diferença correspondente tão logo seja(m) divulgado(s) o(s) índice(s) definitivo(s).

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

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

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

O reajuste será realizado por apostilamento.

INFRAÇÕES E SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

A contratada será responsabilizada administrativamente pelas seguintes infrações:

- I - dar causa à inexecução parcial do contrato;
- II - dar causa à inexecução parcial do contrato que cause grave dano à Administração, ao funcionamento dos serviços públicos ou ao interesse coletivo;
- III - dar causa à inexecução total do contrato;
- IV - deixar de entregar a documentação exigida para o certame;
- V - não manter a proposta, salvo em decorrência de fato superveniente devidamente justificado;
- VI - não celebrar o contrato ou não entregar a documentação exigida para a contratação, quando convocado dentro do prazo de validade de sua proposta;
- VII - ensejar o retardamento da execução ou da entrega do objeto da licitação sem motivo justificado;
- VIII - apresentar declaração ou documentação falsa exigida para o certame ou prestar declaração falsa durante a licitação ou a execução do contrato;
- IX - fraudar a licitação ou praticar ato fraudulento na execução do contrato;
- X - comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude de qualquer natureza;
- XI - praticar atos ilícitos com vistas a frustrar os objetivos da licitação;
- XII - praticar ato lesivo previsto no art. 5º da Lei n. 12.846, de 1º de agosto de 2013.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

7.2. Serão aplicadas ao responsável pelas infrações administrativas previstas nesta Lei as seguintes sanções:

I - advertência;

II - multa;

III - impedimento de licitar e contratar;

IV - declaração de inidoneidade para licitar ou contratar.

7.2.1. Na aplicação das sanções serão considerados:

- a natureza e a gravidade da infração cometida;
- as peculiaridades do caso concreto;
- as circunstâncias agravantes ou atenuantes;
- os danos que dela provierem para a Administração Pública;
- a implantação ou o aperfeiçoamento de programa de integridade, conforme normas e orientações dos órgãos de controle.

7.2.2 A sanção prevista no inciso I do Item 7.2 será aplicada exclusivamente pela infração administrativa prevista no inciso I do caput do art. 155 da Lei 14.133/2021, quando não se justificar a imposição de penalidade mais grave.

7.2.3. A sanção prevista no inciso II do Item 7.2 será calculada na forma do edital ou do contrato, não poderá ser inferior a 0,5% (cinco décimos por cento) nem superior a 30% (trinta por cento) do valor do contrato licitado ou celebrado com contratação direta e será aplicada ao responsável por qualquer das infrações administrativas previstas no art. 155 da Lei 14.133/2021.

7.2.4. A sanção prevista no inciso III do Item 7.2 será aplicada ao responsável pelas infrações administrativas previstas nos incisos II, III, IV, V, VI e VII do caput do art. 155 da Lei 14.133/2021, quando não se justificar a imposição de penalidade mais grave, e impedirá o responsável de licitar ou contratar no âmbito da Administração Pública direta e indireta do ente federativo que tiver aplicado a sanção, pelo prazo máximo de 3 (três) anos.

7.2.5. A sanção prevista no inciso IV do Item 7.2 será aplicada ao responsável pelas infrações administrativas previstas nos incisos VIII, IX, X, XI e XII do caput do art. 155 da



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Lei n. 14.133/2021, bem como pelas infrações administrativas previstas nos incisos II, III, IV, V, VI e VII do referido dispositivo legal que justifiquem a imposição de penalidade mais grave que a sanção referida no inciso III do Item 7.2, e impedirá o responsável de licitar ou contratar no âmbito da Administração Pública direta e indireta de todos os entes federativos, pelo prazo mínimo de 3 (três) anos e máximo de 6 (seis) anos.

7.2.6. A sanção estabelecida no inciso IV do Item 7.2 será precedida de análise jurídica e será de competência exclusiva da autoridade máxima do CFM.

7.2.7. As sanções previstas nos incisos I, III e IV do caput poderão ser aplicadas cumulativamente com a prevista no inciso II do caput.

7.2.8. Se a multa aplicada e as indenizações cabíveis forem superiores ao valor de pagamento eventualmente devido pelo CFM ao contratado, além da perda desse valor, a diferença será cobrada judicialmente.

7.2.9. A aplicação das sanções previstas não exclui, em hipótese alguma, a obrigação de reparação integral do dano causado à Administração Pública.

Na aplicação da sanção prevista no inciso II do art. 156 da Lei 14.133/2021, será facultada a defesa do interessado no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data de sua intimação.

A aplicação das sanções previstas nos incisos III e IV do art. 156 da Lei 14.133/2021 requererá a instauração de processo de responsabilização, a ser conduzido por comissão composta de 2 (dois) ou mais empregados públicos pertencentes aos quadros permanentes do CFM, preferencialmente com, no mínimo, 3 (três) anos de tempo de serviço, que avaliará fatos e circunstâncias conhecidos e intimará o licitante ou o contratado para, no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data de intimação, apresentar defesa escrita e especificar as provas que pretenda produzir.

Na hipótese de deferimento de pedido de produção de novas provas ou de juntada de provas julgadas indispensáveis pela comissão, a contratada poderá apresentar alegações finais no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data da intimação.

Serão indeferidas pela comissão, mediante decisão fundamentada, provas ilícitas, impertinentes, desnecessárias, protelatórias ou intempestivas.

7.3. A prescrição ocorrerá em 5 (cinco) anos, contados da ciência da infração pela Administração, e será:



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

I - interrompida pela instauração do processo de responsabilização a que se refere o Item 7.4;

II - suspensão pela celebração de acordo de leniência previsto na Lei n. 12.846, de 1º de agosto de 2013;

III - suspensão por decisão judicial que inviabilize a conclusão da apuração administrativa.

7.4. Os atos previstos como infrações administrativas nesta Lei ou em outras leis de licitações e contratos da Administração Pública que também sejam tipificados como atos lesivos na Lei n. 12.846, de 1º de agosto de 2013, serão apurados e julgados conjuntamente, nos mesmos autos, observados o rito procedimental e a autoridade competente definidos na referida Lei.

24 FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR E REGIME DE EXECUÇÃO

Forma de seleção e critério de julgamento da proposta

O fornecedor será selecionado por meio da realização de procedimento de LICITAÇÃO, na modalidade PREGÃO, sob a forma ELETRÔNICA, com adoção do critério de julgamento pelo MENOR PREÇO.

Regime de Execução

O regime de execução do objeto será de fornecimento e prestação de serviço associado.

Exigências de habilitação

Para fins de habilitação, deverá o interessado comprovar os seguintes requisitos:

Habilitação jurídica

Pessoa física: cédula de identidade (RG) ou documento equivalente que, por força de lei, tenha validade para fins de identificação em todo o território nacional;

Empresário individual: inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede;



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Microempreendedor Individual - MEI: Certificado da Condição de Microempreendedor Individual - CCMEI, cuja aceitação ficará condicionada à verificação da autenticidade no sítio <https://www.gov.br/empresas-e-negocios/pt-br/empreendedor>;

Sociedade empresária, sociedade limitada unipessoal – SLU ou sociedade identificada como empresa individual de responsabilidade limitada - EIRELI: inscrição do ato constitutivo, estatuto ou contrato social no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores;

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

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

Filial, sucursal ou agência de sociedade simples ou empresária: inscrição do ato constitutivo da filial, sucursal ou agência da sociedade simples ou empresária, respectivamente, no Registro Civil das Pessoas Jurídicas ou no Registro Público de Empresas Mercantis onde opera, com averbação no Registro onde tem sede a matriz;

Sociedade cooperativa: ata de fundação e estatuto social, com a ata da assembleia que o aprovou, devidamente arquivado na Junta Comercial ou inscrito no Registro Civil das Pessoas Jurídicas da respectiva sede, além do registro de que trata o art. 107 da Lei n. 5.764, de 16 de dezembro 1971.

Consórcio de empresas: contrato de consórcio devidamente arquivado no Registro Civil das Pessoas Jurídicas ou no Registro Público de Empresas Mercantis (art. 279 da Lei n. 6.404, de 15 de dezembro de 1976) ou compromisso público ou particular de constituição, subscrito pelos consorciados, com a indicação da empresa líder, responsável por sua representação perante a Administração (art. 15, caput, I e II, da Lei n. 14.133, de 2021).



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Os documentos apresentados deverão estar acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva.

Habilitação fiscal, social e trabalhista

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

Prova de regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional, mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados, inclusive aqueles relativos à Seguridade Social, nos termos da Portaria Conjunta n. 1.751, de 02 de outubro de 2014, do Secretário da Receita Federal do Brasil e da Procuradora-Geral da Fazenda Nacional.

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

Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei n. 5.452, de 1º de maio de 1943;

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

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

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

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



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Qualificação Econômico-Financeira

Certidão negativa de insolvência civil expedida pelo distribuidor do domicílio ou sede do interessado, caso se trate de pessoa física, desde que admitida a sua participação na licitação/contratação, ou de sociedade simples;

Certidão negativa de falência expedida pelo distribuidor da sede do fornecedor;

Balanço patrimonial, demonstração de resultado de exercício e demais demonstrações contábeis dos dois últimos exercícios sociais, já exigíveis e apresentados na forma da lei, comprovando, índices de Liquidez Geral (LG), Liquidez Corrente (LC), e Solvência Geral (SG) superiores a 1 (um), obtidos por meio da aplicação das seguintes fórmulas:

$$LG = \frac{\text{Ativo Circulante} + \text{Realizável a Longo Prazo}}{\text{Passivo Circulante} + \text{Passivo Não Circulante}}$$

$$SG = \frac{\text{Ativo Total}}{\text{Passivo Circulante} + \text{Passivo Não Circulante}}$$

$$LC = \frac{\text{Ativo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}}$$

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

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

O atendimento dos índices econômicos previstos neste termo de referência deverá ser atestado mediante declaração assinada por profissional habilitado da área contábil, apresentada pelo fornecedor.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

As empresas criadas no exercício financeiro da licitação/contratação deverão atender a todas as exigências da habilitação e poderão substituir os demonstrativos contábeis pelo balanço de abertura.

Qualificação Técnica

Autorização para operar Plano/seguro de assistência à saúde, bem como o nome comercial e o registro do Plano ofertado, emitida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Atestado(s) ou declaração(ões) de capacidade técnica, expedido(s) por pessoa(s) jurídica(s) de direito público ou privado, que comprove(m) o fornecimento de Plano/seguro assistência à saúde para, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) do quantitativo de beneficiários previsto no Termo de Referência;

Será admitido o somatório de atestados quando se referirem à execução de serviços compatíveis com o objeto a ser contratado, desde que prestado simultaneamente;

A licitante disponibilizará todas as informações necessárias à comprovação da legitimidade dos atestados, apresentando, quando solicitado pelo CFM, cópia do contrato que deu suporte à contratação, endereço atual do contratante e local em que foram prestados os serviços, entre outros documentos.

Prova de registro na ANS do(s) Plano(s)/seguro(s) ofertado(s), necessariamente de abrangência geográfica nacional, bem como da segmentação assistencial oferecida nos termos da RN n. 465, de 2021, mediante declaração expedida pela citada autarquia ou indicação do número de registro.

Relação nominal dos Hospitais Gerais, Clínicas, laboratórios e estabelecimentos referenciados/credenciados/conveniados, com os respectivos endereços, que atuem como hospital geral, com atendimento 24 horas/dia; atendendo, no mínimo, nas especialidades de clínica médica, ginecologia-obstetrícia, ortopedia, pediatria e cirurgia geral, conforme rede de atendimento referencial prevista no item 5 deste instrumento.

Relação das especialidades médicas nos atendimentos emergenciais (pronto socorro) dos hospitais gerais, para comprovação de atendimento das exigências contidas neste termo de referência.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Os hospitais gerais deverão oferecer atendimentos emergenciais (pronto socorro) nas especialidades Clínica Geral, Pediátrica, Cardiologia, Ginecológica e Obstétrica e Ortopedia, estrutura laboratorial e hemodinâmica 24 horas; salvo se não tiver nenhum hospital que atenda completamente todas as especialidades exigidas naquela região.

Qualificação Técnico-Operacional

Comprovação de aptidão para execução de serviço similar, de complexidade tecnológica e operacional equivalente ou superior à do objeto desta contratação, ou do item pertinente, por meio da apresentação de certidões ou atestados emitidos por pessoas jurídicas de direito público ou privado, ou pelo conselho profissional competente, quando for o caso.

Para fins da comprovação de que trata este subitem, os atestados deverão dizer respeito a contrato(s) executado(s) com as seguintes características mínimas:

Contrato(s) que comprove(m) a experiência mínima de 02 (dois) anos do fornecedor na prestação dos serviços, em períodos sucessivos ou não, sendo aceito o somatório de atestados de períodos diferentes;

Serão admitidos, para fins de comprovação de quantitativo mínimo de serviço, a apresentação e o somatório de diferentes atestados de serviços executados de forma concomitante, pois essa situação equivale, para fins de comprovação de capacidade técnico-operacional, a uma única contratação.

Os atestados de capacidade técnica poderão ser apresentados em nome da matriz ou da filial do fornecedor.

O fornecedor disponibilizará todas as informações necessárias à comprovação da legitimidade dos atestados, apresentando, quando solicitado pela Administração, cópia do contrato que deu suporte à contratação, endereço atual do Contratante e local em que foram prestados os serviços, entre outros documentos.

Os atestados deverão referir-se a serviços prestados no âmbito de sua atividade econômica principal ou secundária especificadas no contrato social vigente.

Serão aceitos atestados ou outros documentos hábeis emitidos por entidades estrangeiras quando acompanhados de tradução para o português, salvo se comprovada a inidoneidade da entidade emissora.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

A apresentação, pelo fornecedor, de certidões ou atestados de desempenho anterior emitido em favor de consórcio do qual tenha feito parte será admitida, desde que atendidos os requisitos do art. 67, §§ 10 e 11, da Lei n. 14.133/2021 e regulamentos sobre o tema.

Disposições gerais sobre habilitação

Quando permitida a participação na licitação/contratação de empresas estrangeiras que não funcionem no País, as exigências de habilitação serão atendidas mediante documentos equivalentes, inicialmente apresentados em tradução livre.

Na hipótese de o fornecedor ser empresa estrangeira que não funcione no País, para assinatura do contrato ou da ata de registro de preços ou do aceite do instrumento equivalente, os documentos exigidos para a habilitação serão traduzidos por tradutor juramentado no País e apostilados nos termos do disposto no Decreto n. 8.660, de 29 de janeiro de 2016, ou de outro que venha a substituí-lo, ou consularizados pelos respectivos consulados ou embaixadas.

Não serão aceitos documentos de habilitação com indicação de CNPJ/CPF diferentes, salvo aqueles legalmente permitidos.

Se o fornecedor for a matriz, todos os documentos deverão estar em nome da matriz, e se o fornecedor for a filial, todos os documentos deverão estar em nome da filial, exceto para atestados de capacidade técnica, e no caso daqueles documentos que, pela própria natureza, comprovadamente, forem emitidos somente em nome da matriz. Serão aceitos registros de CNPJ de fornecedor matriz e filial com diferenças de números de documentos pertinentes ao CND e ao CRF/FGTS, quando for comprovada a centralização do recolhimento dessas contribuições.

Documentação complementar para cooperativas

Caso admitida a participação de cooperativas, será exigida a seguinte documentação complementar:

A relação dos cooperados que atendem aos requisitos técnicos exigidos para a contratação e que executarão o contrato, com as respectivas atas de inscrição e a comprovação de que estão domiciliados na localidade da sede da cooperativa,



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

respeitado o disposto nos arts. 4º, inciso XI, 21, inciso I e 42, §§2º a 6º da Lei n. 5.764, de 1971;

A declaração de regularidade de situação do contribuinte individual – DRSCI, para cada um dos cooperados indicados;

A comprovação do capital social proporcional ao número de cooperados necessários à prestação do serviço;

O registro previsto na Lei n. 5.764, de 1971, art. 107;

A comprovação de integração das respectivas quotas-partes por parte dos cooperados que executarão o contrato;

Os seguintes documentos para a comprovação da regularidade jurídica da cooperativa:

Ata de fundação;

Estatuto social com a ata da assembleia que o aprovou;

Regimento dos fundos instituídos pelos cooperados, com a ata da assembleia;

Editais de convocação das três últimas assembleias gerais extraordinárias;

Três registros de presença dos cooperados que executarão o contrato em assembleias gerais ou nas reuniões seccionais;

Ata da sessão que os cooperados autorizaram a cooperativa a contratar o objeto da contratação; e

Última auditoria contábil-financeira da cooperativa, conforme dispõe o art. 112 da Lei n. 5.764, de 1971, ou uma declaração, sob as penas da lei, de que tal auditoria não foi exigida pelo órgão fiscalizador.

25 ESTIMATIVAS DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

O custo estimado da contratação, o valor máximo estabelecido em decorrência da identificação dos elementos que compõem o preço pode ser definido da seguinte forma:

Por meio de fundamentada pesquisa dos preços praticados no mercado em contratações similares; ou ainda por meio da adoção de valores constantes de indicadores setoriais, tabelas de fabricantes, valores oficiais de referência, tarifas



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

públicas ou outros equivalentes, se for o caso;

Neste caso os custos foram levantados em pesquisa de preço no mercado e o valor médio por quadrimestre apurado na pesquisa está apresentado na tabela abaixo, que será considerado como referencial a ser pago pela a execução do objeto deste termo de referência:

EMPRESAS	VALORES MENSAIS
EMPRESA A	R\$ 601.499,97
EMPRESA B	R\$ 3.749.084,64
EMPRESA C	R\$ 4.328.320,44
CONTRATOS SIMILARES A	R\$ 1.561.755,93
CONTRATOS SIMILARES A	R\$ 2.310.294,56
VALOR MÉDIO	R\$ 2.510.191,10

26 ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

A contratação será atendida pela seguinte dotação: 6.2.2.1.1.33.90.39.028 - PLANO DE SAÚDE - MÉDICO E ODONTOLÓGICO.

27 MAPA DE RISCOS

Objeto: CONTRATAÇÃO DE OPERADORA OU SEGURADORA DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVA EMPRESARIAL

Tabela de classificação de nível de risco:

		PROBABILIDADE				
		1 - MUITO BAIXA	2 - BAIXA	3 - MÉDIA	4 - ALTA	5 - MUITO ALTA
IMPACTO	5 - MUITO ALTO	5	10	15	20	25
	4 - ALTO	4	8	12	16	20
	3 - MÉDIO	3	6	9	12	15
	2 - BAIXO	2	4	6	8	10
	1 - MUITO BAIXO	1	2	3	4	5

Matriz de cálculo de Risco, sendo extremo: >15 a 20; Alto: >8 a 12; Médio: >3 a 6; Baixo: > 1 a 2.

Legenda nível de risco: **Extremo Alto Médio Baixo.**

Riscos



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Risco n. 1: Redução ou alteração da rede credenciada durante a vigência contratual	
Causa:	<ul style="list-style-type: none">Decisões unilaterais da operadoraDificuldades financeiras
Consequência:	Prejuízo ao atendimento dos beneficiários, insatisfação e judicialização
Probabilidade:	<input type="checkbox"/> Muito baixo <input type="checkbox"/> Baixo <input checked="" type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Muito Alto
Impacto:	<input type="checkbox"/> Muito baixo <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input checked="" type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Muito Alto
Nível de Risco	<input type="checkbox"/> Muito baixo <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input checked="" type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Muito Alto
Ação Preventiva:	Exigir manutenção mínima da rede credenciada
Ação Corretiva:	Aplicar penalidades e exigir substituição equivalente

Risco n. 2: Aplicação de reajustes superiores aos índices permitidos	
Causa:	<ul style="list-style-type: none">Falta de controle contratualInterpretação indevida das normas da ANS
Consequência:	Aumento excessivo de custos para a Administração
Probabilidade:	<input type="checkbox"/> Muito baixo <input type="checkbox"/> Baixo <input checked="" type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Muito Alto
Impacto:	<input type="checkbox"/> Muito baixo <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input checked="" type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Muito Alto
Nível de Risco	<input type="checkbox"/> Muito baixo <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input checked="" type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Muito Alto
Ação Preventiva:	Definir critérios claros de reajuste contratual
Ação Corretiva:	Glosar cobranças indevidas

Risco n. 3: Recusa de procedimentos previstos em contrato (negativa de cobertura)	
Causa:	<ul style="list-style-type: none">Falhas na regulação da operadoraCláusulas ambíguas
Consequência:	Danos aos beneficiários e passivos judiciais
Probabilidade:	<input type="checkbox"/> Muito baixo <input type="checkbox"/> Baixo <input checked="" type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Muito Alto
Impacto:	<input type="checkbox"/> Muito baixo <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input checked="" type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Muito Alto
Nível de Risco	<input type="checkbox"/> Muito baixo <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input checked="" type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Muito Alto
Ação Preventiva:	Cláusulas contratuais objetivas sobre cobertura
Ação Corretiva:	Acionamento administrativo e jurídico

Risco n. 4: Demora ou deficiência na prestação dos serviços médicos	
Causa:	<ul style="list-style-type: none">Rede insuficiente ou sobrecarregada



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Consequência:	Insatisfação dos usuários e reclamações administrativas
Probabilidade:	<input type="checkbox"/> Muito baixo <input type="checkbox"/> Baixo <input checked="" type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Muito Alto
Impacto:	<input type="checkbox"/> Muito baixo <input type="checkbox"/> Baixo <input checked="" type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Muito Alto
Nível de Risco	<input type="checkbox"/> Muito baixo <input type="checkbox"/> Baixo <input checked="" type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Muito Alto
Ação Preventiva:	Exigir indicadores de qualidade e SLA
Ação Corretiva:	Notificação e aplicação de sanções

Risco n. 5: Incapacidade financeira da operadora em manter o contrato

Causa:	<ul style="list-style-type: none">▪ Má gestão▪ Crise econômica
Consequência:	Interrupção do serviço e necessidade de contratação emergencial
Probabilidade:	<input type="checkbox"/> Muito baixo <input checked="" type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Muito Alto
Impacto:	<input type="checkbox"/> Muito baixo <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input checked="" type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Muito Alto
Nível de Risco	<input type="checkbox"/> Muito baixo <input type="checkbox"/> Baixo <input checked="" type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Muito Alto
Ação Preventiva:	Exigir comprovação de saúde financeira
Ação Corretiva:	Rescisão contratual e contratação emergencial

Risco n. 6: Descumprimento de prazos de atendimento (não observância dos prazos máximos da ANS)

Causa:	<ul style="list-style-type: none">▪ Rede insuficiente▪ Má organização interna
Consequência:	Penalidades contratuais e insatisfação dos beneficiários
Probabilidade:	<input type="checkbox"/> Muito baixo <input type="checkbox"/> Baixo <input checked="" type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Muito Alto
Impacto:	<input type="checkbox"/> Muito baixo <input type="checkbox"/> Baixo <input checked="" type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Muito Alto
Nível de Risco	<input type="checkbox"/> Muito baixo <input type="checkbox"/> Baixo <input checked="" type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Muito Alto
Ação Preventiva:	Prever prazos conforme normas da ANS
Ação Corretiva:	Aplicar multas contratuais

28 DISPOSIÇÕES FINAIS

As informações contidas neste Termo de Referência não são classificadas como sigilosas.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

29 DO FORO E DOS CASOS OMISSOS

Fica eleita a Seção Judiciária do Distrito Federal, da Justiça Federal da 1ª Região, como sendo o foro competente para dirimir quaisquer dúvidas ou ações oriundas do presente contrato, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

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

Brasília-DF, de de 2026.

Equipe de Gestores



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO E MANUTENÇÃO DE SIGILO PARA CIÊNCIA – INCLUSÃO NO CONTRATO

Este Termo de Compromisso (“Termo”) é celebrado entre:

CONTRATANTE Conselho Federal de Medicina - CFM, Endereço: SGAS 915, Lote 72, Asa Sul, CEP 70390-150, Brasília – DF. Inscrita no CNPJ/MF 33.583.550/0001-30, neste ato representada pelo Gestor do Contrato xx/xxxx, e

CONTRATADA xxxxxxxx, Endereço xxxxxxxx, inscrita no CNPJ/MF xxxxxx, personificação xxxxxx, neste ato representada por seus respectivos procuradores abaixo assinados, na forma de seus respectivos Contratos Sociais.

O CFM e a CONTRATADA podem ser referidas individualmente como Parte e coletivamente como Partes, onde o contexto assim o exigir.

CONSIDERANDO QUE as Partes estabeleceram ou estão considerando estabelecer uma relação de negócio que inclui o XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX;

CONSIDERANDO QUE as Partes podem divulgar entre si Informações Confidenciais, conforme definido abaixo neste instrumento, sobre aspectos de seus respectivos negócios, e em consideração da divulgação destas Informações Confidenciais;

CONSIDERANDO QUE as Partes desejam ajustar as condições de revelação das Informações Confidenciais, bem como definir as regras relativas ao seu uso e proteção;

RESOLVEM as Partes celebrar o presente Termo de Compromisso de Manutenção de Sigilo, o qual se regerá pelas considerações acima, bem como pelas cláusulas e condições a seguir:

- Para a finalidade deste Termo “Informações Confidenciais” significarão todas e quaisquer informações divulgadas por uma Parte (de acordo com este instrumento, a



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

“Parte Divulgadora”) à outra Parte (de acordo com este instrumento, a “Parte Recebedora”), em forma escrita ou verbal, tangível ou intangível, patenteada ou não, de natureza técnica, operacional, comercial, jurídica, a qual esteja claramente marcada como CONFIDENCIAL, incluindo, entre outras, mas não se limitando a, segredos comerciais, *know-how*, patentes, pesquisas, planos de negócio, informações de marketing, informações de usuários, situação financeira, métodos de contabilidade, técnicas e experiências acumuladas, e qualquer outra informação técnica, comercial e/ou financeira, seja expressa em notas, cartas, fax, memorandos, acordos, termos, análises, relatórios, atas, documentos, manuais, compilações, código de *software*, e-mail, estudos, especificações, desenhos, cópias, diagramas, modelos, amostras, fluxogramas, programas de computador, discos, disquetes, fitas, pareceres e pesquisas, ou divulgadas verbalmente e identificadas como confidenciais por ocasião da divulgação.

- **ATENÇÃO:** Os empregados e prepostos da licitante contratada deverá declarar ter ciência e conhecer a declaração de manutenção de sigilo e das normas de segurança vigentes no CFM.
- Não serão incluídas nas Informações Confidenciais quaisquer informações que: (i) sejam geralmente conhecidas, ou subsequentemente se tornem disponíveis ao comércio ou ao público; (ii) estejam na posse legal da Parte Recebedora antes da divulgação pela Parte Divulgadora; ou (iii) sejam legalmente recebidas pela Parte Recebedora de um terceiro, desde que essas informações não tenham chegado ao conhecimento da Parte Recebedora através do referido terceiro, direta ou indiretamente, a partir da Parte Divulgadora numa base confidencial.
- Quando a divulgação de Informações Confidenciais for necessária para estrito atendimento de ordem judicial ou agência governamental, o mesmo se procederá da seguinte maneira: (i) a Parte Recebedora fica obrigada a comunicar o teor da determinação judicial à Parte Divulgadora no prazo de 2 (dois) dias úteis a contar do recebimento da ordem, no caso de se tratar de determinação para cumprimento em prazo máximo de 5 (cinco) dias; ou no prazo de uma hora a contar do recebimento, no caso de se tratar de ordem judicial para cumprimento no prazo máxima de até 48 (quarenta e oito) horas; e (ii) fica a Parte Recebedora obrigada também a enviar à



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Parte Divulgadora cópia da resposta dada à determinação judicial ou administrativa concomitantemente ao atendimento da mesma. A Parte Receptora cooperará com a Parte Divulgadora para possibilitar que a Parte Divulgadora procure uma liminar ou outra medida de proteção para impedir ou limitar a divulgação dessas Informações Confidenciais.

- A Parte Receptora não divulgará nenhuma Informação Confidencial da Parte Divulgadora a nenhum terceiro, exceto para a finalidade do cumprimento deste Termo e com o consentimento prévio por escrito da Parte Divulgadora. Além disso:
 - A Parte Receptora, (i) não usará as Informações Confidenciais para interferir, direta ou indiretamente, com nenhum negócio real ou potencial da Parte Divulgadora, e (ii) não usará as Informações Confidenciais para nenhuma finalidade, exceto avaliar uma possível relação estratégica entre as Partes.
 - As Partes deverão proteger as Informações Confidenciais que lhe forem divulgadas, usando o mesmo grau de cuidado utilizado para proteger suas próprias Informações Confidenciais.
 - A Parte Receptora não revelará, divulgará, transferirá, cederá, licenciará ou concederá acesso a essas Informações Confidenciais, direta ou indiretamente, a nenhum terceiro, sem o prévio consentimento por escrito da Parte Divulgadora, estando este terceiro, condicionado à assinatura de um Termo de Compromisso de Manutenção de Sigilo prevendo as mesmas condições e obrigações estipuladas neste Termo.
 - A Parte Receptora informará imediatamente à Parte Divulgadora de qualquer divulgação ou uso não autorizado das Informações Confidenciais da Parte Divulgadora por qualquer pessoa, e tomará todas as medidas necessárias e apropriadas para aplicar o cumprimento das obrigações com a não divulgação e uso limitado das obrigações das empreiteiras e agentes da Parte Receptora.
 - A Parte Receptora deverá manter procedimentos administrativos adequados à prevenção de extravio ou perda de quaisquer documentos ou Informações Confidenciais, devendo comunicar à Parte Divulgadora, imediatamente, a ocorrência de incidentes desta natureza, o que não excluirá sua responsabilidade.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

- A Parte Recebedora obrigará seu pessoal que possa ter acesso às Informações Confidenciais que cumpram tais obrigações de sigilo, assinando o Termo de Ciência.
- As Partes se comprometem e se obrigam a tomar todas as medidas necessárias à proteção da informação confidencial da outra Parte, bem como para evitar e prevenir revelação a terceiros, exceto se devidamente autorizado por escrito pela Parte Divulgadora. De qualquer forma, a revelação é permitida para empresas coligadas, assim consideradas as empresas que direta ou indiretamente controlem ou sejam controladas pela Parte neste Termo. Além disso, cada Parte terá direito de revelar a informação a seus empregados que precisem conhecê-la, para os fins deste Termo; tais empregados deverão estar devidamente avisados acerca da natureza confidencial de tal informação, e estarão vinculados aos termos e condições do presente Termo de Compromisso de Manutenção de Sigilo independentemente de terem sido avisados do caráter confidencial da informação, ficando a Parte Recebedora responsável perante a Parte Divulgadora por eventual descumprimento do Termo.
- O intercâmbio de informações nos termos deste instrumento não será interpretado de maneira a constituir uma obrigação de uma das Partes para celebrar qualquer Termo ou acordo de negócio, nem obrigará a comprar quaisquer produtos ou serviços da outra ou oferecer para a venda quaisquer produtos ou serviços usando ou incorporando as Informações Confidenciais.
- Cada Parte reconhece que em nenhuma hipótese este Termo será interpretado como forma de transferência de propriedade ou qualquer tipo de direito subsistido nas Informações Confidenciais da parte Divulgadora para a parte Recebedora, exceto o direito limitado para utilizar as Informações Confidenciais conforme estipulado neste Termo.
- Este Termo entrará em vigor por ocasião da assinatura pelas Partes. Os compromissos deste instrumento também serão obrigatórios às coligadas, subsidiárias ou sucessoras das Partes e continuará a ser obrigatório a elas até a ocasião em que a substância das Informações Confidenciais tenha caído no domínio público sem nenhum descumprimento ou negligência por parte da Parte Recebedora,



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

ou até que a permissão para liberar essas Informações seja especificamente concedida por escrito pela Parte Divulgadora.

- A omissão ou atraso em aplicar qualquer disposição deste Termo não constituirá uma renúncia de qualquer aplicação futura dessa disposição ou de quaisquer de seus termos. Se qualquer disposição deste Termo, ou sua aplicação, por qualquer razão e em qualquer medida for considerada inválida ou inexecutável, o restante deste Termo e a aplicação de tal disposição a outras pessoas e/ou circunstâncias serão interpretados da melhor maneira possível para atingir a intenção das Partes signatárias.
- As Partes concordam que a violação do presente Termo, pelo uso de qualquer Informação Confidencial pertencente à Parte Divulgadora, sem sua devida autorização, causar-lhe-á danos e prejuízos irreparáveis, para os quais não existe remédio na lei. Desta forma, a Parte Divulgadora poderá, imediatamente, tomar todas as medidas extrajudiciais e judiciais, inclusive de caráter cautelar, como antecipação de tutela jurisdicional, que julgar cabíveis à defesa de seus direitos.
- A Parte Recebedora deverá devolver, íntegros e integralmente, todos os documentos a ela fornecidos, inclusive as cópias porventura necessárias, na data estipulada pela Parte Reveladora para entrega, ou quando não mais for necessária a manutenção das Informações Confidenciais, comprometendo-se a não reter quaisquer reproduções (incluindo reproduções magnéticas), cópias ou segundas vias, sob pena de incorrer nas penalidades previstas neste Termo.
- A Parte Recebedora deverá destruir quaisquer documentos por ela produzidos que contenham Informações Confidenciais da Parte Divulgadora, quando não mais for necessária a manutenção dessas Informações Confidenciais, comprometendo-se a não reter quaisquer reproduções (incluindo reproduções magnéticas), cópias ou segundas vias, sob pena de incorrer nas penalidades previstas neste Termo.
- A inobservância de quaisquer das disposições de confidencialidade estabelecidas neste Termo sujeitará a Parte infratora, como também o agente causador ou facilitador, por ação ou omissão ou qualquer daqueles relacionados neste Termo, ao pagamento, recomposição, de todas as perdas e danos, comprovadamente



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

suportados ou demonstrados pela outra Parte, bem como as de responsabilidade civil e criminal respectivas, as quais serão apuradas em regular processo.

- As obrigações de confidencialidade decorrentes do presente Termo, tanto quanto as responsabilidades e obrigações outras derivadas do presente Termo, vigorarão durante o período de 5 (cinco) anos após a divulgação de cada Informação Confidencial à Parte Receptora.
- O não exercício por qualquer uma das Partes de direitos assegurados neste instrumento não importará em renúncia aos mesmos, sendo tal ato considerado como mera tolerância para todos os efeitos de direito.
- Alterações do número, natureza e quantidade das Informações Confidenciais disponibilizadas para a Parte Receptora não descaracterizarão ou reduzirão o compromisso ou as obrigações pactuadas neste Termo de Compromisso de Manutenção de Sigilo, que permanecerá válido e com todos os efeitos legais em qualquer das situações especificadas neste Termo.
- O acréscimo, complementação, substituição ou esclarecimento de qualquer das Informações Confidenciais disponibilizadas para a Parte Receptora, em razão do presente objeto, serão incorporadas a este Termo, passando a fazer dele parte integrante, para todos os fins e efeitos, recebendo também a mesma proteção descrita para as informações iniciais disponibilizadas, não sendo necessário, nessas hipóteses, assinatura ou formalização de Termo Aditivo.
- Este instrumento não deve ser interpretado como criação ou envolvimento das Partes, ou suas Afiliadas, nem em obrigação de divulgar informações confidenciais para a outra Parte.
- O fornecimento de Informações Confidenciais pela Parte Divulgadora ou por uma de suas Afiliadas não implica em renúncia, cessão a qualquer título, autorização de uso, alienação ou transferência de nenhum direito, já obtido ou potencial, associado a tais informações, que permanecem como propriedade da Parte Divulgadora ou de suas Afiliadas, para os fins que lhe aprouver.
- Nenhum direito, licença, direito de exploração de marcas, invenções, direitos autorais, patentes ou direito de propriedade intelectual estão aqui implícitos, incluídos



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

ou concedidos por meio do presente Termo, ou ainda, pela transmissão de Informações Confidenciais entre as Partes.

- A Contratada declara conhecer todas as Normas, Políticas e Procedimentos de Segurança estabelecidos pela Contratante para execução do Contrato, tanto nas dependências da Contratante como externamente.
- A Contratada responsabilizar-se-á integralmente e solidariamente, pelos atos de seus empregados praticados nas dependências da Contratante, ou mesmo fora dele, que venham a causar danos ou colocar em risco o patrimônio da Contratante.
- Este Termo contém o acordo integral de confidencialidade entre as Partes com relação ao seu objeto. Quaisquer outros acordos, declarações, garantias anteriores ou contemporâneos com relação à proteção das Informações Confidenciais, verbais ou por escrito, serão substituídos por este Termo. Este Termo será aditado somente firmado pelos representantes autorizados de ambas as Partes.

Local, dd/mm/aaaa

De Acordo

CONTRATANTE

CONTRATADA

TESTEMUNHAS



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

ANEXO III

1 - PLANILHA DE PREÇOS

CONTRATAÇÃO DE OPERADORA OU SEGURADORA DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVA EMPRESARIAL	VALOR UNITÁRIO R\$	X	QUANTIDADE DE VIDAS	X	MENSAL	=	PREÇO TOTAL GERAL 12 MESES R\$
VALOR MENSAL R\$ XXXXXXXXX (XXXXXXXXXXXXX)							

1 - Nos preços indicados na planilha de preços acima estão incluídos todos os custos, benefícios, encargos, tributos e demais contribuições pertinentes.

2 - Declaro conhecer a legislação de regência desta licitação e que os objetos serão fornecidos de acordo com as condições estabelecidas neste Termo de Referência, que conhecemos e aceitamos em todos os seus termos.

3 – Declaro, também, que nenhum direito a indenização ou a reembolso de quaisquer despesas nos será devido, caso a nossa proposta não seja aceita pela contratante, seja qual for o motivo.

4 - Declaro que examinei, minuciosamente, o pertinente Termo de Referência e que estudei, comparei e os encontrei corretos, aceitando e submetendo-me, integralmente, às suas condições, e que obtive do Setor de contratos/Administração do Contratante,



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

satisfatoriamente, todas as informações e esclarecimentos solicitados, não havendo dúvidas acerca dos serviços a executar.

5 - Declaramos, para fins de participação em epígrafe, que não possuímos em nossos quadros funcionais, empregados que sejam cônjuges, companheiros ou parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, de ocupantes de cargos de direção e de assessoramento, de membros ou juízes vinculados a esse Conselho, conforme determinação contida em lei.

OBS.: OS VALORES ACIMA DEVERÃO ESTAR COMPREENDIDOS, ALÉM DO LUCRO, ENCARGOS SOCIAIS, TODAS E QUAISQUER DESPESAS DE RESPONSABILIDADE DA PROPONENTE QUE DIRETA OU INDIRETAMENTE, DECORRAM DO OBJETO LICITADO.

SERÁ VENCEDORA A LICITANTE QUE APRESENTAR O MENOR VALOR MENSAL.

Brasília - DF, de de 2026.

(Assinatura do Representante legal da empresa)

2 Formulário de Dados para Assinatura do Contrato. *(Preenchimento obrigatório)*

Passamos a informar abaixo, os dados para elaboração de eventual ata de registro de preços, com esta Empresa:



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

DA EMPRESA:

Nome Completo	
Endereço	
Filial em Brasília ou Representante	
CNPJ (Número)	
Inscrição Estadual (Número)	
Telefone (Número)	
E-Mail	

DO RESPONSÁVEL PELA ASSINATURA DA ATA:

Nome	
Nacionalidade	
Naturalidade	
Estado Civil	
Profissão	
Residência e Domicílio	
Telefone(s) para Contato	
Carteira de Identidade (N., Órgão Expedidor, Data)	
CPF	



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

ANEXO IV

MINUTA DO CONTRATO

PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI 25.0.000008511-4

CONTRATO CFM N. 90001/2026 – PREGÃO ELETRÔNICO.

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

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, Autarquia Federal de Fiscalização da Profissão Médica, instituída pela Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957, e regulamentada pelo Decreto n. 44.045, de 19 de julho de 1958, com sede no SGAS 616 Conj. D, Lote 115 – L2 SUL Brasília - DF, CNPJ/MF n. 33.583.550/0001-30, CF/DF n. 33583550000130, neste ato apresentado por seu Presidente, **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, **XXXXXXXXXXXX**, **XXXXXXXXXX**, médico inscrito no CRM-RO sob o n. **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, doravante denominado **CONTRATANTE** e do outro lado a empresa **XXXXXXXXXXXX**, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o n. **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, estabelecida à **XXXXXXXXXXXX**, representada neste ato pelo Sr. **XXXXXX**, **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, **XXXXXXXXXXXXXXXX**, RG n. **XXXXXXXXXXXX**, residente e domiciliado à **XXXXXXXXXXXX**, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista o que consta no Processo SEI n. 25.0.000008511-4 e em observância às disposições da Lei n. 14.133, de 1º de abril de 2021, e demais legislação aplicável, resolvem celebrar o presente Termo de Contrato, decorrente do Pregão Eletrônico n. 90001/2026, mediante as cláusulas e condições a seguir enunciadas.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

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

1.2. Vinculam esta contratação, independentemente de transcrição:

- 1.2.1 O Termo de Referência;
- 1.2.2 O Edital da Licitação;
- 1.2.3 A Proposta do contratada;
- 1.2.4 Eventuais anexos dos documentos supracitados.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA E PRORROGAÇÃO

2.1 O prazo de vigência da contratação é de **5 (cinco) anos, com previsão de início em 2 de julho de 2026**, prorrogável por até 10 anos, na forma dos artigos 106 e 107 da Lei nº 14.133, de 2021.

2.2 A prorrogação é condicionada ao ateste, pela autoridade competente, de que as condições e os preços permanecem vantajosos para a Administração, permitida a



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

negociação com a contratada, atentando, ainda, para o cumprimento dos seguintes requisitos:

- a. Estar formalmente demonstrado no processo que a forma de prestação dos serviços tem natureza continuada;
- b. Seja juntado relatório que discorra sobre a execução do contrato, com informações de que os serviços tenham sido prestados regularmente;
- c. Seja juntada justificativa e motivo, por escrito, de que a Administração mantém interesse na realização do serviço;
- d. Haja manifestação expressa da contratada informando o interesse na prorrogação;
- e. Seja comprovado que a contratada mantém as condições iniciais de habilitação.

2.3 A contratada não tem direito subjetivo à prorrogação contratual.

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

2.5 Nas eventuais prorrogações contratuais, os custos não renováveis já pagos ou amortizados ao longo do primeiro período de vigência da contratação deverão ser reduzidos ou eliminados como condição para a renovação.

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



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CLÁUSULA TERCEIRA – DESCRIÇÃO DO OBJETO E ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

DESCRIÇÃO DO OBJETO

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

condicionado e direito à acompanhante, com abrangência de cobertura em todo o território nacional, sem coparticipação.

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

3.2. DO PLANO

Deverá ser ofertado um Plano que contemple todo o Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS previsto para cobertura médico-hospitalar e ambulatorial com obstetrícia, com acomodação para internação individual, realizada em apartamento, com banheiro privativo, ar condicionado e direito à acompanhante, bem como disponibilizar, no mínimo, a rede



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

credenciada prevista neste instrumento. A categoria do Plano oferecido deverá ser equiparada ao produto superior oferecido pela contratada.

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

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

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

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

- a) consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo CFM;
- b) serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou pelo cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
- c) consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro obstétrico e obstetriz, de acordo com o estabelecido nos Anexos da Resolução Normativa ANS n. 465, de 2021;
- d) sessões de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido nos Anexos da Resolução Normativa ANS n. 465, de



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

2021;

e) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos da Resolução Normativa ANS n. 465, de 2021, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;

f) ações de planejamento familiar, listadas no Anexo I da Resolução Normativa ANS n. 465, de 2021;

g) remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

h) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

i) quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos medicamentos para o tratamento do câncer com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde;

j) medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando o disposto nos Anexos da Resolução Normativa ANS n. 465, de 2021, e, preferencialmente, as seguintes características:



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

1. Medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional (DCI), conforme definido pela Lei n.º 9.787/1999; e
 2. Medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente, está atualmente a cargo da ANVISA.
- k) procedimentos de radioterapia listados no Anexo I da Resolução Normativa ANS n. 465, de 2021, para a segmentação ambulatorial;
- l) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a doze horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Anexo I da Resolução Normativa ANS n. 465, de 2021;
- m) hemoterapia ambulatorial;
- n) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas nos Anexos da Resolução Normativa ANS n. 465, de 2021;
- o) internação hospitalar, em todas as suas modalidades, em número ilimitado de dias;
- p) atendimento em hospital-dia para o tratamento de transtornos mentais, de acordo com o disposto nos Anexos da Resolução Normativa ANS n. 465, de 2021;
- q) transplantes listados nos Anexos da Resolução Normativa ANS n. 465, de 2021, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

1. as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora do beneficiário receptor;
 2. os medicamentos utilizados durante a internação;
 3. o acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras vinte e quatro horas da realização da cirurgia) e mediato (entre vinte e quatro horas e quarenta e oito horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de quarenta e oito horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção; e
 4. as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor.
- r) consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico, obedecidos os seguintes critérios:
1. que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e
 2. no caso de ser necessária à realização de procedimentos, que esses constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido pela Resolução Normativa ANS n. 465, de 2021.
- s) órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados nos Anexos da Resolução Normativa ANS n. 465, de 2021;
- t) procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados nos Anexos da Resolução Normativa ANS n. 465, de 2021, para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar

u) estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar; e

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

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

Para os fins do disposto na alínea item letra "u", os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e Plano-referência.

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

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

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

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

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

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

- a) Lei n. 14.133/21;
- b) Resolução Normativa n. 465/2021 - ANS;
- c) Resolução Normativa n. 488/2022 - ANS;
- d) Resolução Normativa n. 557/2022 - ANS;
- e) Resolução Normativa n. 563/2022 - ANS;
- f) Resolução Normativa n. 566/2022 - ANS; e
- g) Medida Provisória n. 2177-44/2021.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

3.3. DA SAÚDE MENTAL

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

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

3.4. REDE DE ATENDIMENTO REFERENCIAL E HOSPITAIS DE REFERÊNCIA OBRIGATÓRIOS

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



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

Todos os estabelecimentos deverão possuir a infraestrutura mínima de:

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

Os estabelecimentos referenciados no item Rede de Atendimento Referencial deverão pertencer às seguintes redes hospitalares, obrigatoriamente:

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

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



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

II – HOSPITAL DF STAR – BRASÍLIA/DF.

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

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

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

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



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

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

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

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

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

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



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

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

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

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

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

- a) Ambulatório com infraestrutura mínima;
- b) Radiologia;
- c) UTI;
- d) Pronto socorro com profissionais nas especialidades de, no mínimo:



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Clínica Geral, Pediátrica, Cardiologia, Ginecológica e Obstétrica e Ortopedia;
e) Internações em apartamentos individuais;
f) Procedimentos Médicos/Serviços Auxiliares para Cirurgias; e
g) Procedimentos de cirurgias cardíacas/neurológicas, com UTI neonatal e adulto, banco de sangue e serviço de diálise/hemodiálise.

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

Possuir uma clínica para cada especialidade, nos termos mínimos exigidos pela ANS.

Quando não houver a rede requerida, conforme descrito nos parágrafos anteriores, a contratada deverá garantir a imediata remoção do paciente e do acompanhante, caso necessário, para o Estado mais próximo, de maneira a prestar o atendimento necessário.

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

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

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



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

3.5. ESPECIALIDADE MÉDICAS REFERENCIAIS

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

3.6. EXCLUSÕES DA COBERTURA

Estão excluídos os seguintes procedimentos, dentro das coberturas:

- a) Exames e procedimentos realizados durante o período de carência, exceto para as situações descritas no item que trata a respeito de inclusões e prazos de carência;
- b) Procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam a restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- c) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

competentes;

- d) Despesas extraordinárias, enfermagem particular, ainda que em hospital, e assistência médica domiciliar;
- e) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico;
- f) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios e materiais sem o registro no órgão competente;
- g) Aviação de óculos, lentes de contato e aparelhos de audição (materiais não implantáveis);
- h) Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- i) Despesas hospitalares extraordinárias referentes a ligações telefônicas, lavagem de roupas particulares, dieta ou produtos não prescritos pelo médico responsável ou outros serviços extraordinários requeridos pelo beneficiário, que excedem ao limite do contrato;
- j) Tratamentos ou procedimentos relacionados à estimulação conceitual e fertilização in vitro;
- k) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, não reconhecidos pelo Conselho de Saúde Suplementar;
- l) Fornecimento de medicamentos e materiais para a saúde não registrados na ANVISA;
- m) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvadas as situações previstas em regulamentação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS;
- n) Serviço de enfermagem em caráter particular;
- o) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética ou de rejuvenescimento, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

- p) Vacinas; e
- q) Plano odontológico, previsto na Lei n. 9;656/98, salvo a cirurgia buco-maxilo-facial, realizada em ambiente hospitalar com cobertura prevista e regulamentada pela Lei n. 9;656/98 e por normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS. Os procedimentos previstos nas alíneas acima passarão a ser cobertos caso passem a integrar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estipulados pela ANS.

3.7. DOS BENEFICIÁRIOS

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

Serão considerados beneficiários dependentes:

- a) Cônjuge ou companheiro(a), com quem o(a) empregado(a) mantenha união estável, desde que apresentada a certidão de casamento ou a escritura declaratória de união estável registrada em cartório; e
- b) Filho(a), solteiro(a), natural, por adoção, enteado ou enteada ou qualquer pessoa que o titular detenha a guarda judicial, até 21 anos; ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho; ou, comprovadamente, até 24 (vinte e quatro anos) quando estudante universitário ou de escola técnica, não tendo economia própria.

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

- a) Distribuição por tipo de beneficiário:
 - Beneficiários Titulares: 186 (cento e oitenta e seis) vidas.
 - Beneficiários Dependentes: 285 (duzentas e oitenta e cinco) vidas.
- b) Distribuição por faixa etária:



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

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

É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário.

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

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

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

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

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

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



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

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

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

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

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

Ao beneficiário aposentado, que permaneceu trabalhando e depois pediu demissão ou aquele que solicitou seu desligamento



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

quando da concessão da aposentadoria, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade, nos termos do artigo 31 da Lei n. 9.656, de 1998 e da Resolução Normativa n. 488, de 2022.

3.8. IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS E CARTEIRA DIGITAL

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

A adoção da carteira digital como instrumento principal de identificação dos beneficiários atende aos princípios da eficiência, economicidade, sustentabilidade e transformação digital da Administração Pública, reduzindo custos de emissão, reemissão e logística de cartões físicos, aumentando a segurança das informações, permitindo atualização em tempo real dos dados cadastrais e proporcionando acesso imediato às funcionalidades assistenciais disponibilizadas pela operadora, em alinhamento às práticas atualmente adotadas pelas principais operadoras de saúde do país. A carteira física passa a possuir caráter subsidiário e excepcional, preservando a acessibilidade dos usuários que eventualmente necessitem desse meio de identificação.

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



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

e/ou plataforma eletrônica acessível via internet.

A Carteira Digital deverá conter, no mínimo:

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

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

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



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

j) recebimento de notificações e comunicados relacionados ao plano.

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

A CONTRATADA deverá assegurar a disponibilidade contínua da Carteira Digital, observando níveis adequados de desempenho, segurança da informação, proteção de dados pessoais e continuidade dos serviços, em conformidade com a legislação aplicável, especialmente a Lei nº 13.709/2018 (LGPD) e as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

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

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

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

Em caso de perda, roubo, furto, extravio, comprometimento de acesso ou



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

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

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

3.9. INCLUSÕES E PRAZOS DE CARÊNCIA

Não haverá carência para a prestação dos serviços:

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



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

disposições estabelecidas no subitem anterior, o período de carência máxima a que ficarão sujeitos os beneficiários (titulares e dependentes) posteriormente incluídos no Plano, para utilização dos serviços contratados, será:

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

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

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

3.10. REEMBOLSO

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

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

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

Respeitadas as determinações da ANS, caberá aos beneficiários



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

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

Os beneficiários deverão apresentar à contratada os seguintes documentos:

- a) Conta discriminada das despesas, incluindo relação de materiais, medicamentos utilizados e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as vias originais das notas fiscais ou faturas quando o prestador de serviço for uma pessoa jurídica ou recibos quando o prestador de serviço for uma pessoa física;
- b) Vias originais dos recibos e comprovantes de pagamento dos honorários médicos, de assistentes e, se for o caso, de auxiliares e anestesistas em que devem constar os números do CRM, do CPF e do ISS e discriminação do serviço realizado; e
- c) Relatório médico justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

3.11. AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

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

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

3.12. DA REMOÇÃO

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

- a) Solicitada pelo médico assistente, através de relatório, descrevendo a impossibilidade de locomoção do beneficiário;
- b) Por via terrestre, de um estabelecimento médico-hospitalar para outro com condições técnicas de prestar o atendimento necessário;
- c) Caso haja necessidade de ambulância UTI e/ou de acompanhamento médico, o relatório de solicitação deverá conter tal especificação;
- d) Sejam observados a abrangência e critérios contratuais;



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

- e) Seja destinada ao atendimento do beneficiário durante evento coberto, desde que cumprida à respectiva carência contratual;
- f) Para realização de procedimentos essenciais ao acompanhamento da patologia que gerou a internação, ou de evento essencial à manutenção da saúde do beneficiário;
- g) O beneficiário impossibilitado de se locomover, com prescrição médica para tratamento ou reabilitação de saúde, deverá ser removido adequadamente do estabelecimento onde estiver às expensas da contratada.

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

Quando a rede hospitalar do Estado onde estiver o paciente não dispuser de infraestrutura/especialidade que atenda às necessidades de saúde deste, o mesmo deve ser removido para a região mais próxima, dentro das condições médicas apresentadas, sendo todos os custos arcados pelo contratado.

3.13. DESCREDENCIAMENTO DE HOSPITAIS

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

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



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

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

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

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

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

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

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



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

g) Procedimentos de cirurgias cardíacas e neurológicas, com UTI neonatal e adulto, banco de sangue e serviço de diálise/hemodiálise.

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

Na impossibilidade de substituir toda a rede, a operadora deverá garantir o credenciamento de hospitais individuais (externos a quaisquer uma das quatro redes referenciadas) que atendam aos critérios de excelência definidos neste Termo de Referência, de forma a manter a mesma quantidade e qualidade de serviços previstos. A escolha dos novos hospitais deverá ser aprovada pelo Contratante e a operadora se compromete a garantir o acesso a atendimento integral aos beneficiários, inclusive em situações de urgência e emergência.

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

3.14. TRANSIÇÃO DE SERVIÇOS, MIGRAÇÃO DE DADOS E CONTINUIDADE

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



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

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

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

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

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

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

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

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



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

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

A contratada deverá estabelecer um canal de comunicação direto com o CFM para tratar de quaisquer questões emergenciais que possam surgir durante a transição e migração de dados, garantindo uma resposta rápida e eficaz.

Garantia da contratação

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

Vistoria

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

CLÁUSULA QUARTA – DA SUBCONTRATAÇÃO

4.1 Não será admitida a subcontratação do objeto contratual.

CLÁUSULA QUINTA – DO PREÇO

5.1 APRESENTAR TABELA COM A DESCRIÇÃO COMPLETA DOS VALORES.

5.2 No valor acima estão incluídas todas as despesas



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

ordinárias diretas e indiretas decorrentes da execução do objeto, inclusive tributos e/ou impostos, encargos sociais, trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais incidentes, taxa de administração, frete, seguro e outros necessários ao cumprimento integral do objeto da contratação.

CLÁUSULA SEXTA – DO PAGAMENTO

6.1 CRONOGRAMA FÍSICO FINANCEIRO

Da retenção dos Impostos

TRIBUTOS FEDERAIS (IRPJ, PIS, COFINS E CSLL)

- ✓ Lei n. 9.430 27/12/1996, ARTIGO 64
- ✓ Lei n. 10.833 29/12/2003, ARTIGO 33, 34 E 35
- ✓ Instrução Normativa Receita Federal do Brasil n. 1.234 de 11/01/2012.

TRIBUTOS PREVIDENCIÁRIOS (INSS)

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

TRIBUTOS DISTRITAIS (ISS DISTRITO FEDERAL)

- ✓ DECRETO 25.508 DE 19/01/2005 (ISS)
- ✓ DECRETO 43.982 DE 5/12/2022 (Institui o Sistema de Gestão, Fiscalização e Arrecadação do Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS)

Liquidação

6.2 Recebida a Nota Fiscal ou documento de cobrança equivalente, correrá o prazo de dez dias úteis para fins de liquidação, na forma desta seção, prorrogáveis por igual período, nos termos do art. 7º, §3º da Instrução Normativa



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

SEGES/ME n 77/2022.

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

- 6.3.1 O prazo de validade;
- 6.3.2 A data da emissão;
- 6.3.3 Os dados do contrato e do órgão contratante;
- 6.3.4 A origem e o objeto do que se deve pagar;
- 6.3.5 O período respectivo de execução do contrato;
- 6.3.6 O valor exato a pagar;
- 6.3.7 Eventual destaque do valor de retenções tributárias cabíveis; e
- 6.3.8 A quem se deve pagar a importância, para extinguir a obrigação.

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

6.5 A Nota Fiscal ou Fatura deverá ser obrigatoriamente acompanhada da comprovação da regularidade fiscal, constatada por meio de consulta *on-line* ao

SICAF ou, na impossibilidade de acesso ao referido Sistema, mediante consulta aos sítios eletrônicos oficiais ou à documentação mencionada no art. 68 da Lei n. 14.133/2021.

6.6 A Administração deverá realizar consulta ao SICAF para: a) verificar a manutenção das condições de habilitação



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

exigidas no edital; b) identificar possível razão que impeça a participação em licitação, no âmbito do órgão ou entidade, proibição de contratar com o Poder Público, bem como ocorrências impeditivas indiretas (INSTRUÇÃO NORMATIVA N. 3, DE 26 DE ABRIL DE 2018).

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

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

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

6.10 Havendo a efetiva execução do objeto, os pagamentos serão realizados normalmente, até que se decida pela rescisão do contrato, caso o contratado não

regularize sua situação junto no SICAF.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Prazo de pagamento

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

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

Forma de pagamento

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

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

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

6.16 Independentemente do percentual de tributo inserido na planilha, quando houver, serão retidos na fonte, quando da realização do pagamento, os percentuais estabelecidos na legislação vigente.

6.17 O contratado regularmente optante pelo Simples Nacional, nos termos da Lei Complementar n. 123, de 2006,



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

não sofrerá a retenção tributária quanto aos

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

CLÁUSULA SÉTIMA – DO REAJUSTE

7.1 Os preços inicialmente contratadas são fixos e irreajustáveis no prazo de um ano contado da data do orçamento estimado, em 8/1/2026.

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

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

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

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

d. Caso o(s) índice(s) estabelecido(s) para reajustamento venha(m) a ser extinto(s) ou de qualquer forma não possa(m)



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

mais ser utilizado(s), será(ão) adotado(s), em substituição, o(s) que vier(em) a ser determinado(s) pela legislação então em vigor.

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

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

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

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

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



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

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

7.3 DA REVISÃO CONTRATUAL EXCEPCIONAL POR SINISTRALIDADE

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

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

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

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

A eventual revisão contratual por sinistralidade:

- a) dependerá de solicitação formal da Contratada;
- b) não ocorrerá de forma automática;



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

- c) ficará condicionada à demonstração analítica e detalhada do alegado desequilíbrio econômico-financeiro;
- d) dependerá de prévia análise técnica e aprovação expressa do Contratante.

O pedido revisional deverá ser acompanhado, obrigatoriamente, de:

- a) memória de cálculo detalhada;
- b) demonstração analítica da receita e da despesa assistencial do contrato;
- c) relatórios atuariais completos;
- d) planilhas detalhadas de eventos médicos e hospitalares;
- e) relatórios de utilização da massa beneficiária;
- f) demonstrativos individualizados de internações, terapias, exames e procedimentos de alta complexidade;
- g) comprovação da efetiva alteração extraordinária dos custos assistenciais; eh) demais documentos técnicos que permitam a adequada verificação do desequilíbrio alegado.

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

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

Não serão admitidos pedidos revisionais fundamentados exclusivamente em:

- a) aumento ordinário de utilização do plano;



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

Eventual revisão contratual deferida observará, cumulativamente:

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

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

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

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



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

8 – CLÁUSULA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

8.1 São obrigações do CONTRATANTE:

- a) Fornecer todos os dados que o CONTRATADO entenda necessários à execução dos serviços;
- b) Rejeitar, no todo ou em parte, serviço ou fornecimento executado em desacordo com o objeto contratado;
- c) Acompanhar e fiscalizar a execução do Contrato;
- d) Notificar imediatamente o CONTRATADO sobre qualquer irregularidade encontrada na execução dos serviços;
- e) Efetuar os pagamentos devidos por cada tarefa realizada pelo CONTRATADO nas condições contratualmente estabelecidas.

9 – CLÁUSULA NONA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

9.1 São obrigações da CONTRATADA:

- a) Providenciar a correção das deficiências apontadas pelo contratante, no prazo de até 3 (três) dias úteis, sob pena de aplicação de sanções;
- b) Comunicar ao contratante, por escrito, quando verificar condições inadequadas de execução dos serviços ou a iminência de fatos que possam prejudicar a sua execução;
- c) Comunicar, por escrito, eventual atraso ou paralisação dos serviços, apresentando razões justificadoras que serão objeto de apreciação pelo contratante;
- d) Manter sigilo, sob pena de responsabilidade civil, penal e administrativa, sobre todo e qualquer assunto e documento de



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

interesse do contratante, ou de terceiros, de que tomar conhecimento em razão da execução do objeto contratual, devendo orientar seus empregados a observar rigorosamente esta determinação;

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

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

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

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

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

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

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



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

qualidade de atendimento aos beneficiários;

- l) Manter a rede de atendimento credenciada em número igual ou superior ao apresentado na licitação, devidamente comprovada a cada emissão de fatura;
- m) Comunicar a Contratante a substituição de entidade hospitalar, a qual deverá ser efetuada por outra equivalente, mediante correspondência expedida com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração às normas sanitárias e fiscais em vigor;
- n) Garantir a continuidade dos serviços prestados na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da operadora durante o período de internação ou tratamento hospitalar do beneficiário a contratada;
- o) Excetuam-se os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a

operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário;

- p) Disponibilizar Central de Atendimento, bem como mecanismos de atendimento remoto gratuito (0800 e/ou via internet), para efeito de liberação de senhas, autorização de exames e procedimentos cirúrgicos relacionados com o atendimento, ou informações sobre os serviços contratados;
- q) Apresentar mensalmente à unidade interna do CFM gestora do contrato documento de cobrança, no mês subsequente ao mês de prestação dos serviços, juntamente com relação dos beneficiários ativos, inclusive as inclusões/exclusões e alterações



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

de Planos feitas no período;

- r) Disponibilizar até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente à utilização dos serviços, os seguintes relatórios:
- s) Relatório Operacional com a movimentação cadastral, emissões de cartões de Identificação, credenciamento e descredenciamento e outros; e
- t) Relatório Estatístico de utilização dos serviços discriminados por tipo de evento (consulta, exame, internação etc.).
- u) Realizar reuniões periódicas de acompanhamento da carteira de sinistralidade;
- v) Indicar, por ocasião da assinatura do contrato, preposto, com respectivos contatos diretos (telefone, celular e e-mail), com a finalidade de prestar informações e esclarecimentos sobre o contrato, bem como comunicar imediatamente eventuais alterações/substituições;
- w) Atender as exigências estabelecidas neste Contrato;
- x) Manter, durante toda a execução do contrato, as condições de habilitação exigidas para a contratação;
- y) Cumprir as exigências de reserva de cargos prevista em lei, bem como em outras normas específicas, para pessoa com deficiência, para reabilitado da Previdência Social e aprendiz; e
- z) Manter, preferencialmente, sede, filial ou escritório próprio em Brasília - DF com capacidade operacional para receber e solucionar qualquer demanda contratual oriunda dos gestores responsáveis pelo contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS OBRIGAÇÕES PERTINENTES À LGPD

10.1 As partes deverão cumprir a Lei n. 13.709, de 14 de agosto de 2018 (LGPD), quanto a todos os dados pessoais a que tenham acesso em razão do certame ou do contrato administrativo que eventualmente venha a ser firmado, a partir da apresentação da



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

proposta no procedimento de contratação, independentemente de declaração ou de aceitação expressa.

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

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

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

10.5 Terminado o tratamento dos dados nos termos do art. 15 da LGPD, é dever da contratada eliminá-los, com exceção das hipóteses do art. 16 da LGPD, incluindo aquelas em que houver necessidade de guarda de documentação para fins de

comprovação do cumprimento de obrigações legais ou contratuais e somente enquanto não prescritas essas obrigações.

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

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



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

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

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

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

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



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS INFRAÇÕES E SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

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

- I - dar causa à inexecução parcial do contrato;
- II - dar causa à inexecução parcial do contrato que cause grave dano à Administração, ao funcionamento dos serviços públicos ou ao interesse coletivo;
- III - dar causa à inexecução total do contrato;
- IV - deixar de entregar a documentação exigida para o certame;
- V - não manter a proposta, salvo em decorrência de fato superveniente devidamente justificado;
- VI - não celebrar o contrato ou não entregar a documentação exigida para a contratação, quando convocado dentro do prazo de validade de sua proposta;
- VII - ensejar o retardamento da execução ou da entrega do objeto da licitação sem motivo justificado;
- VIII - apresentar declaração ou documentação falsa exigida para o certame ou prestar declaração falsa durante a licitação ou a execução do contrato;
- IX - fraudar a licitação ou praticar ato fraudulento na execução do contrato;
- X - comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude de qualquer natureza.
- XI praticar atos ilícitos com vistas a frustrar os objetivos da licitação;
- XII - praticar ato lesivo previsto no art. 5º da Lei n. 12.846, de 1º de agosto de 2013.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

I - advertência;

II - multa;

III - impedimento de licitar e contratar;

IV - declaração de inidoneidade para licitar ou contratar.

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

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

11.2.3 Multa:

11.2.3.1 Moratória de 1% (um por cento) por dia de atraso injustificado sobre o valor da parcela inadimplida, até o limite de 30 (trinta) dias. Atraso superior a 25 dias autoriza o Contratante a promover a extinção do contrato por descumprimento ou cumprimento irregular de suas cláusulas, conforme dispõe o inciso I do art. 137 da Lei n. 14.133, de 2021).

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

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

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

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

11.2.4 Antes da aplicação da multa será facultada a defesa



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

do interessado no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data de sua intimação.

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

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

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

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

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

11.2.10 Na aplicação das sanções serão considerados:

- a. A natureza e a gravidade da infração cometida;
- b. As peculiaridades do caso concreto;
- c. As circunstâncias agravantes ou atenuantes;



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

- d. Os danos que dela provierem para o Contratante; e
- e. A implantação ou o aperfeiçoamento de programa de integridade, conforme normas e orientações dos órgãos de controle.

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

11.2.12 A personalidade jurídica do Contratado poderá ser desconsiderada sempre que utilizada com abuso do direito para facilitar, encobrir ou dissimular a prática dos atos ilícitos previstos neste Termo de Referência ou para provocar confusão patrimonial, e, nesse caso, todos os efeitos das sanções aplicadas à pessoa jurídica serão estendidos aos seus administradores e sócios com poderes de administração, à pessoa jurídica sucessora ou à empresa do mesmo ramo com relação de coligação ou controle, de fato ou de direito, com o Contratado, observados, em todos os casos, o contraditório, a ampla defesa e a obrigatoriedade de análise jurídica prévia.

11.2.13 O Contratante deverá, no prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data de aplicação da sanção, informar e manter atualizados os dados relativos às sanções por ela aplicadas, para fins de publicidade no Cadastro

Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas (CEIS) e no Cadastro Nacional de Empresas Punidas (CNEP), instituídos no âmbito do Poder Executivo Federal.

11.2.14 As penalidades serão obrigatoriamente registradas no SICAF.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

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

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

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

13.3 As comunicações entre a contratante e a contratada devem



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

ser realizadas por escrito sempre que o ato exigir tal formalidade, admitindo-se o uso de mensagem eletrônica para esse fim.

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

13.5 Após a assinatura do contrato a CONTRATANTE poderá convocar o representante da empresa contratada para reunião inicial para apresentação do plano de fiscalização, que conterà informações acerca das obrigações contratuais, dos mecanismos de fiscalização, das estratégias para execução do objeto, do plano complementar de execução da contratada, quando houver, do método de aferição dos resultados e das sanções aplicáveis, dentre outros.

Fiscalização

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

Fiscalização Técnica

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

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

13.9. Identificada qualquer inexatidão ou irregularidade, o fiscal



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

técnico do contrato emitirá notificações para a correção da execução do contrato, determinando prazo para a correção.

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

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

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

Fiscalização Administrativa

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

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

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



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

Gestores do Contrato

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

13.17. Cabe ao gestor do contrato:

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

13.17.2. Acompanhar os registros realizados pelos fiscais do contrato, de todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato e as medidas adotadas, informando, se for o caso, à



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

autoridade superior àquelas que ultrapassarem a sua competência.

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

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS ALTERAÇÕES

14.1 Eventuais alterações contratuais rege-se-ão pela disciplina dos arts. 124 e seguintes da Lei n. 14.133, de 2021.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA PUBLICAÇÃO

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DA EXTINÇÃO CONTRATUAL

16.1 O contrato poderá ser extinto antes de cumpridas as obrigações nele estipuladas, ou antes do prazo nele fixado, por



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

algum dos motivos previstos no artigo 137 da Lei n. 14.133/21, bem como amigavelmente, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

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

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

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

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

16.5.1 Balanço dos eventos contratuais já cumpridos ou parcialmente cumpridos;

16.5.2 Relação dos pagamentos já efetuados e ainda devidos;

16.5.3 Indenizações e multas.

16.6 A extinção do contrato não configura óbice para o reconhecimento do desequilíbrio econômico-financeiro, hipótese em que será concedida indenização por meio de termo indenizatório (art. 131, caput, da Lei n.º 14.133, de 2021).

16.7 O contrato poderá ser extinto caso se constate que a contratada mantém vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com dirigente do órgão ou entidade contratante ou com agente público que tenha



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

desempenhado função na licitação ou atue na fiscalização ou na gestão do contrato, ou que deles seja cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau (art. 14, inciso IV, da Lei n.º 14.133, de 2021).

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DO FORO E DOS CASOS OMISSOS

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

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

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

Brasília-DF, de

de 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONTRATANTE

XXXXXXXXXXXXXX
CONTRATADA