

## ANEXO I

### TERMO DE REFERÊNCIA

#### 1. DO OBJETO

1.1. O presente processo tem por objeto a contratação de serviços continuados de plano coletivo empresarial de assistência à saúde e odontológico, em âmbito nacional, por intermédio de operadora da saúde coletiva empresarial ou seguradora, em âmbito nacional, para atendimento aos funcionários e diretores do Comitê Brasileiro de Clubes Paralímpicos-CBCP, estruturada em GRUPO ÚNICO, deste Termo de Referência.

1.2. A contratação será composta por um grupo, e composto por 2 (dois) itens: ITEM 1 - Plano Coletivo Empresarial de Assistência Médico-Hospitalar, com segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, sem coparticipação; e ITEM 2 - Plano Coletivo Empresarial de Assistência Odontológica, sem coparticipação. Ambos deverão observar a Lei nº 9.656/1998, a regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e as condições deste Termo de Referência.

1.3. O Procedimento de Contratação será realizado na modalidade Pregão Eletrônico, e a proponente deverá apresentar proposta para os 2 (dois) itens que o compõem. O critério de julgamento será de MENOR VALOR GLOBAL ANUAL DO GRUPO, nos termos dos arts. 3º, I, 7º, I, e 11 do Regulamento de Compras e Contratações do CBCP (RCC), por se tratar de contratação de bem/serviço comum, cujos padrões de desempenho e qualidade estão objetivamente definidos neste Termo de Referência.

#### 2. DA JUSTIFICATIVA

2.1. O CBCP oferece assistência à saúde a seus empregados como componente de sua política de benefícios e em atendimento às disposições aplicáveis do Acordo Coletivo de Trabalho, buscando assegurar proteção assistencial compatível com a natureza continuada das atividades institucionais.

2.2. A contratação abrangerá, no GRUPO 1, assistência médico-hospitalar e assistência odontológica, ambas sem coparticipação e submetidas a uma única adjudicação. A modelagem pretende integrar a administração do benefício, com alinhamento de implantação, movimentação cadastral, faturamento, fiscalização, canais de relacionamento, indicadores e tratamento de ocorrências, sem eliminar a individualização técnica e econômica de cada item.

2.3. A manutenção de cobertura médico-hospitalar adequada reduz o risco de descontinuidade de tratamentos, amplia o acesso a consultas, exames, terapias, internações e atendimentos de urgência e emergência e contribui para a proteção da saúde física e mental dos beneficiários.

2.4. A assistência odontológica complementa a atenção integral à saúde e possui relevante caráter preventivo e resolutivo sobre agravos bucais, com repercussões na qualidade de vida, alimentação, comunicação e bem-estar. Sua inclusão recompõe benefício já previsto em processo anterior do CBCP e evita que a política institucional de assistência permaneça limitada à cobertura médico-hospitalar.

2.5. A opção pelo GRUPO 1 fundamenta-se, especificamente, na busca de: (i) gestão cadastral uniforme de titulares e dependentes; (ii) sincronização da implantação e das movimentações dos benefícios; (iii) redução de duplicidade de rotinas de faturamento, fiscalização, atendimento e tratamento de ocorrências; (iv) maior consistência de prazos, relatórios e indicadores; (v) simplificação da governança contratual; e (vi) possibilidade de ganho de escala e de negociação decorrente da contratação conjunta.

2.6. Não haverá COPARTICIPAÇÃO pelos beneficiários em quaisquer das categorias de planos.

2.7. Desde sua criação, o Comitê Brasileiro de Clubes Paralímpicos-CBCP mantém intenção precípua em oferecer uma assistência à saúde eficiente e digna, seja na atividade funcional, seja na vida privada e reduzir ou minimizar os efeitos danosos das doenças sobre a continuidade e qualidade no desempenho funcional.

2.8. A disponibilização desse benefício constitui importante instrumento de valorização do capital humano,

reconhecendo que os colaboradores representam o principal recurso para o alcance dos objetivos institucionais. A garantia de acesso à assistência médica de qualidade proporciona maior segurança e tranquilidade aos profissionais, permitindo que desempenhem suas atividades com melhores condições físicas e emocionais, refletindo diretamente na produtividade, no comprometimento e na qualidade dos serviços prestados.

2.9. Sob o aspecto da gestão de pessoas, a oferta de assistência à saúde representa um importante diferencial para a atração, retenção e valorização de profissionais qualificados, fortalecendo o ambiente organizacional e demonstrando o compromisso institucional com o bem-estar de seus colaboradores. Organizações que investem em políticas de saúde ocupacional e assistência médica tendem a apresentar maior satisfação entre seus empregados, menor rotatividade e melhores indicadores de desempenho.

2.10. Diante desse cenário, a contratação de plano privado de assistência à saúde mostra-se necessária e alinhada aos princípios da eficiência, da continuidade dos serviços e da valorização das pessoas, constituindo medida capaz de promover melhores condições de trabalho, elevar a qualidade de vida dos colaboradores e contribuir para o alcance dos objetivos institucionais, em consonância com o interesse público e com as boas práticas de gestão de pessoas.

### **3. DO VALOR ESTIMADO E ESPECIFICAÇÃO DO OBJETO**

3.1. O valor estimado total anual para a contratação é de **R\$ 1.082.014,85** (um milhão, oitenta e dois mil, quatorze reais e oitenta e cinco centavos), correspondente ao GRUPO 1, composto pelo ITEM 1 – Plano Coletivo Empresarial de Assistência Médico-Hospitalar e pelo ITEM 2 – Plano Coletivo Empresarial de Assistência Odontológica.

3.2. Para efeito deste Termo de Referência, o Plano Coletivo Empresarial de Assistência Médico-Hospitalar compreenderá a prestação continuada de atendimentos médico-hospitalares, ambulatoriais e laboratoriais, exames complementares, serviços auxiliares de diagnóstico, terapias, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas, inclusive de maior complexidade e em Unidade de Terapia Intensiva, observadas a Lei nº 9.656/1998, a regulamentação vigente da ANS e utilização de leitos especiais, por intermédio de operadora de saúde coletiva empresarial.

3.3. Segmentação assistencial do plano de saúde: ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com abrangência nacional e cobertura mínima obrigatória definida pela ANS, sem prejuízo das coberturas adicionais expressamente mantidas neste Termo.

3.4. Tipo de acomodação do plano de saúde: apartamento privativo, observadas as condições de internação e acompanhante previstas neste Termo e na regulamentação aplicável.

3.5. Abrangência geográfica do plano de saúde: nacional, com garantia de atendimento nos prazos e condições definidos pela regulamentação vigente da ANS.

3.6. A implantação do plano de saúde deverá assegurar a migração/absorção dos beneficiários da carteira vigente, sem interrupção assistencial, preservados os tratamentos em curso e observadas as regras de carência e Cobertura Parcial Temporária - CPT aplicáveis aos planos coletivos empresariais.

3.7. O Plano de Saúde deverá contemplar sistema de livre escolha e reembolso nos termos da proposta contratada, além do reembolso integral nas hipóteses de falha na garantia de atendimento em que a regulamentação da ANS assim determinar.

3.8. Os serviços do Plano de saúde deverão abranger as ações necessárias à prevenção, diagnóstico, tratamento, recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, incluindo consultas, cirurgias, assistência pré-natal, parto e recém-nascido, pronto atendimento, hospitalização, assistência ambulatorial, UTI, serviços auxiliares de diagnóstico e terapias, observadas as coberturas obrigatórias e as coberturas adicionais contratadas.

3.9. Os serviços do Plano de saúde serão executados pela rede própria, credenciada ou referenciada da

operadora, sem limitação quantitativa inferior aos parâmetros do Rol vigente e de suas Diretrizes de Utilização, quando aplicáveis.

3.10. Todos os procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, conforme o Rol vigente da ANS e a segmentação contratada, deverão ser garantidos pela CONTRATADA, independentemente de complexidade ou custo, observadas apenas as condições e Diretrizes de Utilização regulamentares.

3.11. O Proponente vencedor deverá ser pessoa jurídica legalmente apta a assumir a responsabilidade contratual pela integralidade do grupo e deverá comprovar, na forma exigida no edital, as autorizações, registros e regularidade perante a ANS necessários à execução dos serviços. Não será admitida a participação por consórcio, nos termos do RCC/CBCP vigente, nem a substituição da responsabilidade assistencial por mera administradora de benefícios, corretora ou intermediária que não detenha as autorizações requeridas para a execução do objeto.

3.12. O Plano Coletivo Empresarial de Assistência Odontológica deverá ser de contratação coletiva empresarial, sem coparticipação, com abrangência nacional e atendimento aos mesmos grupos elegíveis definidos para o benefício, observada a adesão efetivamente autorizada pelo CBCP.

3.13. A cobertura Assistência Odontológica deverá compreender, no mínimo, todos os procedimentos odontológicos de cobertura obrigatória previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente para a segmentação odontológica e suas atualizações, sem limitação inferior aos parâmetros regulatórios.

3.14. A cobertura odontológica mínima deverá incluir, quando previstos no Rol aplicável: consultas e diagnóstico, urgência e emergência, prevenção em saúde bucal, dentística/restaurações, periodontia, endodontia, radiologia odontológica, cirurgia ambulatorial, odontopediatria e demais procedimentos obrigatórios da segmentação odontológica.

3.15. A CONTRATADA deverá disponibilizar rede nacional de cirurgões-dentistas, clínicas e serviços de apoio diagnóstico regularmente habilitados, com capacidade compatível com a distribuição geográfica dos beneficiários e com os prazos máximos de atendimento da ANS.

3.16. Deverá ser assegurado atendimento odontológico de urgência e emergência, inclusive fora do horário comercial quando aplicável, com indicação de canais de acesso e de prestadores aptos ao atendimento.

3.17. Na indisponibilidade de prestador ou impossibilidade de garantia do atendimento no prazo regulamentar, a operadora deverá adotar as alternativas e, quando cabível, realizar o reembolso integral das despesas suportadas pelo beneficiário, na forma da regulamentação vigente da ANS.

3.18. O Plano Coletivo Empresarial de Assistência Odontológica deverá disponibilizar identificação física ou digital do beneficiário e ferramenta eletrônica ou aplicativo para consulta da rede, canais de atendimento, autorizações eventualmente exigíveis e demais serviços de relacionamento com o beneficiário.

3.19. A CONTRATADA do serviço deverá manter seu registro e o registro do produto perante a ANS regulares durante toda a vigência contratual, comunicando imediatamente ao CBCP qualquer medida administrativa que possa afetar a continuidade da cobertura.

3.20. As regras de inclusão, exclusão, carência, proteção de dados, faturamento, fiscalização, sanções e vigência previstas neste Termo aplicam-se aos dois itens do GRUPO 1, observadas as particularidades regulatórias de cada segmentação.

#### **4. DOS TIPOS DE PLANOS**

4.1. Assistência à Saúde, composto obrigatoriamente pelos 2 (dois) itens abaixo, com julgamento e adjudicação pelo menor valor global do grupo:

4.1.1. ITEM 1 - Assistência Médico-Hospitalar: abrangência nacional, segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, acomodação em apartamento privativo, sem coparticipação, com rede credenciada/referenciada compatível, sistema de livre escolha e reembolso na forma contratada, além das coberturas adicionais expressamente exigidas neste Termo.

4.1.2. ITEM 2 - Assistência Odontológica: abrangência nacional, plano coletivo empresarial odontológico, sem coparticipação, com cobertura integral do Rol odontológico vigente da ANS, rede credenciada compatível e preço mensal por beneficiário.

4.2. A proposta deverá obrigatoriamente contemplar os ITENS 1 e 2. Os preços serão identificados separadamente para transparência, aceitabilidade, análise de exequibilidade e gestão contratual, mas o julgamento e a adjudicação serão realizados pelo MENOR VALOR GLOBAL ANUAL DO GRUPO 1, não havendo adjudicação autônoma de item.

## **5. REDE**

5.1. A rede própria, credenciada ou referenciada de cada item deverá ser suficiente para garantir acesso efetivo aos serviços contratados, observada a abrangência nacional, a distribuição dos beneficiários e os prazos máximos de atendimento definidos pela ANS. Na Assistência Odontológica, a rede deverá contemplar cirurgões-dentistas, clínicas odontológicas e serviços de diagnóstico compatíveis com a segmentação.

5.2. A substituição ou descredenciamento de prestadores deverá observar a legislação e a regulamentação vigentes, com comunicação aos beneficiários e ao CBCP nos prazos aplicáveis e adoção de medidas que preservem a continuidade de tratamentos e internações em curso.

5.3. Quando a substituição de prestador ocorrer por infração sanitária, encerramento de atividade ou outra hipótese que comprometa o atendimento, a CONTRATADA deverá garantir alternativa equivalente, continuidade assistencial e, quando necessário, transferência segura, sem ônus adicional ao beneficiário.

5.4. No Plano de Saúde, havendo indisponibilidade de leito na acomodação contratada, a operadora deverá garantir acomodação superior ou solução assistencial equivalente sem ônus adicional, quando assim exigido pela regulamentação aplicável e pelas condições do produto contratado.

5.5. Para ambos os itens, a rede indicada na proposta será objeto de verificação na fase de aceitação e durante a execução contratual. Prestadores nominalmente listados no Anexo I serão considerados referências de padrão e localização, admitindo-se equivalentes ou superiores, salvo quando eventual exigência nominal específica estiver individualmente justificada em estudo técnico e confirmada pela pesquisa de mercado.

## **6. DAS CARÊNCIAS E DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES**

6.1. Ausência absoluta de carências e CPT (Cobertura Parcial Temporária) dos serviços contratados para todo o grupo inicial, incluindo continuidade de cobertura para pacientes internados ou em tratamento.

6.2. Deverão ser isentos de carências todo empregado e seus dependentes legais, incluídos durante a vigência do contrato, no prazo de 30 dias, contados a partir da data da sua admissão, bem como os dependentes legais cujo fato ou ato motivador da dependência venha ocorrer na vigência do contrato e desde que a solicitação para sua inclusão no plano ocorra em até 30 dias, contados a partir do ato ou motivo da dependência.

6.3. Os prazos de carências previstos nas apólices / contratos, respeitados os prazos máximos definidos pela ANS, serão aplicáveis apenas aos empregados, inscritos após 30 dias da admissão, bem como todos os seus dependentes legais assim qualificados nas regras do benefício, se não inscritos em até 30 dias da admissão ou do fato gerador da dependência.

6.4. Garantir a portabilidade sem carências de beneficiários cobertos por outras operadoras ou seguradoras desde que tenham no mínimo um ano de cobertura.

## **7. DA GARANTIA DE REEMBOLSO**

7.1. O Sistema de Livre Escolha com Reembolso em todo o território nacional, das despesas médico-hospitalares, ambulatoriais, laboratoriais, será destinado para a utilização de prestadores não credenciados ou não referenciados (livre escolha total), mesmo quando efetuadas em cidades que possuam rede própria ou credenciada ou referenciada.

- 7.2. O beneficiário poderá optar por rede de livre escolha e a empresa prestadora deverá proceder o ressarcimento dos valores, devidamente comprovados, para a realização dos procedimentos, de acordo com os prazos estabelecidos, contados a partir da protocolização do pedido na operadora.
- 7.3. O reembolso poderá ser solicitado em até 1 (um) ano após o atendimento, ou de acordo com a legislação e a regulamentação vigentes, sem redução de direitos assegurados ao beneficiário.
- 7.4. O prazo para pagamento dos reembolsos de consultas médicas, não poderá ultrapassar 30 (trinta) dias.
- 7.5. A forma de operacionalização da retirada/entrega dos documentos para reembolso, deverá ser apresentada pela CONTRATADA, para divulgação aos beneficiários.
- 7.6. Na hipótese de descumprimento dos prazos de garantia de atendimento da RN 259 da ANS a operadora deverá garantir o reembolso integral no prazo de até 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso, incluindo as despesas com transporte e hospedagem, independente do fato do produto ofertado ser da modalidade livre escolha. A comprovação do descumprimento mencionado no inciso anterior se dará a partir da data do registro formal da solicitação de indicação de rede pelo beneficiário junto ao canal estabelecido pela contratada.
- 7.7. Quando for necessário realizar o reembolso integral, no que tange o disposto da RN 259 da ANS, as despesas serão computadas na apuração da sinistralidade.
- 7.8. Nos casos de tratamento de urgência ou emergência, na recusa em custear o tratamento dentro da cobertura ou não obediência do prazo de atendimentos, o beneficiário arcará com as despesas relativas ao tratamento e terá direito ao reembolso integral.
- 7.9. Nos casos de indicação médica de deslocamento do paciente em estado grave, em qualquer parte do território nacional, quando não for possível a utilização de serviços referenciados e/ou credenciados da rede de atendimento da empresa Contratada, o beneficiário deverá ter direito a reembolso integral.
- 7.10. Os valores dos reembolsos serão acordados entre as partes serão reajustados anualmente com base no VCMH (Variação dos custos médicos hospitalares), mediante negociação entre as partes na renovação do contrato.

## **8. DO REAJUSTE**

- 8.1. O reajuste ordinário do GRUPO 1 somente poderá ocorrer após o interregno mínimo de 12 (doze) meses, contado da data-base definida no contrato, mediante negociação e apresentação de memória de cálculo e elementos técnicos que permitam ao CBCP verificar a razoabilidade do percentual, observadas as regras vigentes da ANS para contratos coletivos. A memória deverá discriminar, quando tecnicamente pertinente, os impactos relativos ao serviço.
- 8.2. Considerando o VCMH (variação dos custos médicos hospitalares) + Sinistro referente a utilização da rede credenciada + Sinistro de reembolso.

### **8.3. DO REEQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO**

- 8.3.1. O contrato poderá ser revisto em função da sinistralidade, na hipótese de ser ultrapassado o percentual máximo previamente definido de 70% (setenta por cento) e que caracteriza os desequilíbrios econômico-financeiros do contrato, nos termos da Lei nº 9.656/1998 e da ANS – Agência Nacional de Saúde.
- 8.3.2. A apuração da sinistralidade dar-se-á anualmente na ocasião da realidade dos últimos 12 meses de execução do contrato. Os sinistros serão apurados atuarialmente, pelo método da contratada.

## **9. DA IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS**

9.1. São beneficiários do Plano Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde e Odontológica:

### **I. Titulares Ativos:**

- a) Membros da Diretoria Executiva
- b) Empregados

### **II. Dependentes legais:**

- a) Cônjuge;
- b) Companheiro(a): Havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- c) Caso exista a ordem judicial para manter de forma concorrente cônjuge e companheiro(a), o custo do benefício de um dos dependentes deverá ser integralmente pago pelo titular
- d) Filhos até 24 anos: Devidamente com comprovação de escolaridade. Filhos inválidos: Considerados aqueles elegíveis para efeito da declaração de Imposto de Renda do Segurado Titular, sem limite de idade;

### **III. Titulares Inativos:**

- a) Terão direito a continuidade do benefício após o desligamento, os Empregados nos termos da Lei Federal nº 9.656/98 e RN 279, ou instrumento que venha atualizá-las ou substituí-las. Sempre que o ex-empregado optar por permanecer no benefício, deverá assumir o custo integral do plano para o titular e respectivo grupo familiar (dependentes).

9.2. A contratação é sob demanda e será realizada considerando o quadro atual de colaboradores do CBCP que pode variar, estimando-se a contratação inicial de: **60 (sessenta) vidas**.

## **10. DA COBERTURA**

10.1. Os procedimentos serão todos aqueles mínimos previstos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para a segmentação ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e odontológica.

10.2. Os serviços contratados serão prestados de forma contínua aos beneficiários mediante apresentação de cartão personalizado físico ou digital, com data de validade e informações úteis à operadora, fornecida por esta, independentemente de comprovação de pagamento ou de prévia autorização, bem como do local onde se encontre o beneficiário, principalmente em casos de urgência e/ou emergência, salvo nos casos de procedimentos mais complexos, quando haverá necessidade de prévia autorização.

10.3. A CONTRATADA deverá apresentar, no ato de assinatura do instrumento contratual, a lista dos procedimentos para os quais será exigida autorização prévia.

10.4. Nos casos de atendimento de urgência e emergência, a unidade hospitalar ou equivalente deverá dispor de equipamentos adequados, remédios específicos e equipe com especialistas devidamente treinados.

## **11. DAS COBERTURAS ADICIONAIS**

11.1. Além das coberturas obrigatórias do Rol vigente para a segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, o plano de saúde deverá contemplar, quando mantidas após validação técnica e mercadológica, as seguintes coberturas adicionais:

- 11.1.1. Tratamento de Psicomotricidade e Ludoterapia, com cobertura mínima de 24 (vinte e quatro) sessões para cada tipo de terapia, por usuário/ano;
- 11.1.2. Reeducação Postural Global – R.P.G., com cobertura mínima de 24 (vinte e quatro) sessões por usuário/ano;
- 11.1.3. Escleroterapia, com cobertura mínima de 12 (doze) sessões por usuário/ano;
- 11.1.4. Fonoaudiologia, com cobertura mínima de 30 (trinta) sessões por usuário/ano;

- 11.1.5. Programa de saúde mental para acompanhamento de beneficiários que apresentam quadro de sofrimento mental e Burnout;
- 11.1.6. Transplantes de órgãos de acordo e cobertos pelo ROL da ANS: coração, pâncreas, rim, pulmão e fígado, incluída as despesas assistenciais com doador vivo; despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos; medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico pós-operatório, imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção.
- 11.1.7. Sessões de quimioterapia e radioterapia, sem limitações quantitativas de sessões ou prazos, em regime ambulatorial, hospitalar ou domiciliar, incluindo medicação e fármacos desde que devidamente autorizados e registrados na ANVISA, e conforme solicitação médica.
- 11.1.8. Hospital-dia para transtornos mentais, para os seguintes diagnósticos: transtornos mentais, esquizofrenia, transtornos esquizotípicos, delirantes, de humor, globais do desenvolvimento e comportamentais, devido ao uso de substância psicoativa.
- 11.1.9. Realização de exame pet scan, conforme solicitação.
- 11.1.10. Remoção inter-hospitalar de pacientes por via terrestre ou aérea em território nacional, quando devidamente indicada e justificada pelo médico assistente, observadas as condições técnicas de segurança e cobertura contratada.
- 11.1.11. O atendimento domiciliar deve seguir a diretriz de utilização da ANS.
- 11.2. A CONTRATADA poderá oferecer coberturas adicionais sem custo, desde que sejam claramente identificadas como cortesia, não componham o preço de referência e não influenciem o julgamento das propostas.

## **12. DOS DADOS COLETADOS**

- 12.1. Quadro Descritivo dos Colaboradores do CBCP e Dependentes por Faixa Etária.

| <b>QUADRO CBCP</b>        |                |                |               |
|---------------------------|----------------|----------------|---------------|
| <b>Faixa etária</b>       | <b>Titular</b> | <b>Cônjuge</b> | <b>Filhos</b> |
| <b>De 0 a 18 anos</b>     |                |                | <b>4</b>      |
| <b>De 19 a 23 anos</b>    |                |                |               |
| <b>De 24 a 28 anos</b>    | <b>06</b>      |                | <b>1</b>      |
| <b>De 29 a 33 anos</b>    | <b>11</b>      | <b>2</b>       |               |
| <b>De 34 a 38 anos</b>    | <b>09</b>      | <b>1</b>       |               |
| <b>De 39 a 43 anos</b>    | <b>09</b>      |                |               |
| <b>De 44 a 48 anos</b>    | <b>07</b>      |                |               |
| <b>De 49 a 53 anos</b>    | <b>04</b>      | <b>1</b>       |               |
| <b>De 54 a 58 anos</b>    | <b>03</b>      |                |               |
| <b>De 59 anos ou mais</b> | <b>02</b>      |                |               |
| <b>Total de 60 vidas</b>  | <b>51</b>      | <b>04</b>      | <b>05</b>     |

## **13. DA SINISTRALIDADE**

- 13.1. Quadro Descritivo e demonstrativo do “Índice de Sinistralidade”

| Data de Competência   | Receita               | Custo Total           | Sinistralidade | Qtde Benef. Atendidos | Custo per Capita    | Qtde de Vidas |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------|-----------------------|---------------------|---------------|
| <b>Julho/2025</b>     | R\$ 64.090,04         | R\$ 20.044,45         | 31,28%         | 21                    | R\$ 409,07          | 49            |
| <b>Agosto/2025</b>    | R\$ 65.485,88         | R\$ 28.123,77         | 42,95%         | 33                    | R\$ 562,48          | 50            |
| <b>Setembro/2025</b>  | R\$ 63.097,18         | R\$ 52.893,13         | 83,83%         | 30                    | R\$ 1.017,18        | 52            |
| <b>Outubro/2025</b>   | R\$ 76.605,35         | R\$ 48.282,09         | 63,03%         | 30                    | R\$ 928,50          | 52            |
| <b>Novembro/2025</b>  | R\$ 88.128,52         | R\$ 89.076,59         | 101,08%        | 32                    | R\$ 1.680,69        | 53            |
| <b>Dezembro/2025</b>  | R\$ 92.378,98         | R\$ 121.460,32        | 131,48%        | 27                    | R\$ 2.291,70        | 53            |
| <b>Janeiro/2026</b>   | R\$ 89.350,97         | R\$ 34.138,60         | 38,21%         | 27                    | R\$ 644,12          | 53            |
| <b>Fevereiro/2026</b> | R\$ 83.461,64         | R\$ 51.503,31         | 61,71%         | 32                    | R\$ 971,76          | 53            |
| <b>Marco/2026</b>     | R\$ 96.084,58         | R\$ 50.742,01         | 52,81%         | 27                    | R\$ 906,11          | 56            |
| <b>Abril/2026</b>     | R\$ 91.424,75         | R\$ 74.855,91         | 81,88%         | 29                    | R\$ 1.290,62        | 58            |
| <b>Mai/2026</b>       | R\$ 92.627,06         | R\$ 79.749,66         | 86,10%         | 33                    | R\$ 1.399,12        | 57            |
| <b>Junho/2026</b>     | R\$ 90.509,21         | R\$ 92.797,20         | 102,53%        | 33                    | R\$ 1.628,02        | 57            |
| <b>Total</b>          | <b>R\$ 993.244,16</b> | <b>R\$ 743.667,04</b> | <b>74,87%</b>  | <b>30</b>             | <b>R\$ 1.156,56</b> | <b>54</b>     |

#### 14. FORNECIMENTO DADOS

14.1. A CONTRATADA deverá disponibilizar ao CBCP informações gerenciais necessárias à fiscalização e à gestão do benefício, observando a Lei nº 13.709/2018 - LGPD, o sigilo profissional e o princípio da minimização de dados, especialmente por se tratar de dados pessoais sensíveis de saúde.

14.2. Entregar mensalmente até o 5º dia os dados necessários para confecção de relatórios gerenciais, com a identificação de utilização solicitados pela CONTRATANTE ou representante.

14.3. Os dados acessíveis ou fornecidos devem ser capazes de no mínimo identificar as seguintes informações:

- Distribuição de vidas por: faixa etária X gênero e tipo beneficiário;
- Relação dos prestadores, nome do procedimento, tipo de plano e data de utilização;
- Evolução da sinistralidade e dos indicadores de utilização, quando aplicáveis, de forma segregada por ITEM 1 e ITEM 2 e também consolidada para o GRUPO 1, observados os limites de sigilo e proteção de dados;
- Distribuição da sinistralidade entre grupos de titulares ativos e inativos, quando aplicável e em formato agregado;
- Distribuição dos custos de sinistro: por tipo de beneficiário, por plano, rede x reembolso, por faixa etária, gênero.

14.4. CBCP e CONTRATADA serão responsáveis, no âmbito de suas respectivas atribuições, pela segurança, confidencialidade e tratamento lícito dos dados pessoais utilizados na execução contratual, devendo estabelecer controles de acesso, retenção e descarte compatíveis com a LGPD e com o RCC/CBCP vigente.

#### 15. DA IMPLANTAÇÃO

15.1. A implantação do plano coletivo empresarial de assistência à saúde e odontológico deverá ocorrer de forma coordenada, em prazo máximo de 30 (trinta) dias, ou em prazo menor definido na proposta, observando as normas vigentes da ANS sobre garantia de atendimento e relacionamento com beneficiários, com planejamento de transição que evite interrupção de cobertura.

15.2. Estabelecer cronograma de implantação em parceria com o CBCP.

15.3. Treinar os gestores do CBCP quanto aos procedimentos de movimentação cadastral, faturamento, reembolso quando aplicável, autorizações, indicação de rede e utilização dos canais relativos aos serviços.

- Movimentação cadastral;
- Emissão de faturas;
- Solicitação de reembolso;
- Solicitação de senhas de autorização;

e) Indicação de rede.

f) Disponibilizar aplicativo ou ferramenta eletrônica gratuita, acessível e de fácil utilização, com consulta às redes dos planos de assistência à saúde e odontológico, canais de atendimento, acompanhamento de autorizações/solicitações e demais serviços pertinentes à execução

15.4. Disponibilizar aos beneficiários carteiras de identificação físicas ou digitais e manual/canal eletrônico com relação atualizada da rede credenciada, contendo nome, endereço, telefone, especialidade e demais informações úteis ao acesso aos serviços;

15.5. Realizar palestras de implantação, com plantões de atendimento para dirimir as dúvidas dos colaboradores;

15.6. Possibilitar a movimentação cadastral, por meio eletrônico via internet para inclusão, exclusão e alteração, bem como para obtenção de autorizações que tenham sido solicitadas em Central de atendimento 24 horas por telefone e/ou e-mail.

15.7. A contratada obrigará-se a aceitar a transferência todos os beneficiários titulares e seus dependentes, inclusive genitores, que façam parte de outra Operadora contratada pelo Comitê Paralímpico Brasileiro (CBCP), desde que não haja interrupção entre a exclusão e o ingresso de um plano para o outro.

## **16. DA GESTÃO DE SAÚDE**

16.1. Disponibilizar programa de gestão e acompanhamento de casos crônicos, fornecendo apoio para maior resolubilidade e otimização de recursos:

16.2. Apresentar relatórios dos casos em acompanhamento e resultados do programa.

16.3. Apoiar ações de qualidade de vida e promoção da saúde que venham a ser desenvolvidas pelo CBCP.

16.4. Disponibilizando dados do perfil epidemiológico da população:

I. Disponibilizando profissional de saúde para apresentações e palestras;

II. Disponibilizar informações e indicadores pertinentes à gestão de saúde, como por exemplo, nos temas:

a) Hábitos Alimentares;

b) Prática de exercício regular;

c) Utilização consciente dos planos médico-hospitalar e odontológico.

## **17. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

17.1. Executar os serviços de acordo com o especificado no Termo de Referência.

17.2. Garantir atendimento médico-hospitalar, ambulatorial, laboratorial, obstetrício, em âmbito nacional, de livre escolha do beneficiário;

17.3. Garantir cobertura de quaisquer exames e procedimentos médicos indicados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

17.4. Disponibilizar aos titulares e dependentes consulta a Rede Referenciada/Credenciada, constando relação atualizada dos profissionais, serviços de hospitais, incluindo seus respectivos endereços, telefones e especialidades;

17.5. Enviar, bimestralmente, relatório de sinistralidade em relação à utilização do plano privado de assistência à saúde por beneficiário;

17.6. Assegurar o padrão de qualidade que obedeça às normas éticas no tocante ao relacionamento com o paciente e seus familiares, com respeito a sua integridade física e moral e acatamento aos seus direitos de modo geral;

17.7. No momento da assinatura do contrato, a CONTRATADA deverá indicar, por escrito, preposto para representá-la perante a CONTRATANTE, durante a vigência do contrato;

17.8. Fornecer as carteiras físicas ou digitais de identificação dos beneficiários do GRUPO 1, sem ônus, em prazo compatível com o início da cobertura, assegurando alternativa eletrônica imediata quando a emissão

física não estiver concluída.

17.9. Responder pelos encargos fiscais e comerciais resultantes da execução do Contrato;

17.10. Responsabilizar-se por todas as despesas diretas ou indiretas, tais como: salários, transportes, encargos sociais, fiscais, trabalhistas, previdenciários, e de órgão de classe, indenizações e quaisquer outras que forem devidas aos seus empregados no desempenho dos serviços objeto do contrato, ficando a CONTRATANTE isenta de qualquer vínculo empregatício com os mesmos;

17.11. Encaminhar mensalmente as faturas para pagamento, acompanhadas do relatório mensal dos titulares com seus respectivos dependentes em ordem alfabética e certidões negativas;

17.12. Facultar aos beneficiários, nos atos cirúrgicos que necessitem da utilização de material protético, a opção por prótese importada ou com qualidade superior a oferecida pelo plano, ainda que nacional, devendo a diferença decorrente ser exigida diretamente dos mesmos, observando-se sempre os valores constantes da tabela adotada pela ANS ou dos preços praticados pelo respectivo produto, prevalecendo, neste caso, a mais vantajosa para o beneficiário;

17.13. Trabalhar sempre objetivando rede referenciada e credenciada de qualidade, bem como substituir o profissional e/ou estabelecimento, eventualmente descredenciado por outro com qualidade igual ou superior àquele, sendo necessária a comunicação à Contratante com antecedência mínima de 30 (trinta) dias;

17.14. Garantir a permanência dos beneficiários ao Plano Privado de Saúde até o final do mês em que ocorrer a desvinculação do beneficiário titular com o Comitê Brasileiro de Clubes Paralímpicos (CBCP);

17.15. Prestar os serviços de forma contínua, não sendo admitida interrupção indevida de cobertura ou de tratamento por motivo imputável à CONTRATADA.

17.16. Prestar as informações e os esclarecimentos solicitados pelos gestores do CBCP, atender tempestivamente às reclamações e manter sigilo sobre dados e informações obtidos em razão da execução contratual, observadas a LGPD e as normas setoriais.

17.17. Emitir 2ª via da carteirinha sem ônus para os beneficiários ou para o CBCP, em casos de perda, roubo, retificação ou desmagnetização do cartão do beneficiário;

17.18. Garantir o atendimento integral aos beneficiários das coberturas definidas no Rol de Procedimentos e eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução Normativa – RN – Nº 259, de 17 de julho de 2011 e alterações posteriores, na área geográfica de abrangência nacional;

17.19. Garantir o atendimento integral aos beneficiários dos procedimentos adicionais constantes deste Termo.

## **18. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

18.1. Conferir e atestar as Notas Fiscais/ Faturas Mensais;

18.2. Efetuar o pagamento no prazo estabelecido neste Termo de Referência, nas condições e preços pactuados;

18.3. Prestar as informações e os esclarecimentos necessários à execução dos serviços e fornecer à CONTRATADA, de forma segura e limitada ao necessário, os dados cadastrais dos beneficiários que participarão do plano contratado;

18.4. Notificar a Contratada, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades constatadas na execução dos serviços para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias;

18.5. Informar tempestivamente as alterações cadastrais;

18.6. Enviar à CONTRATADA movimentação cadastral até o dia 20 (vinte) de cada mês, com vigência prevista para o 1º dia do mês subsequente, as eventuais inclusões, exclusões, mudança de plano, retificação de dados cadastrais, ou quaisquer pedidos dos beneficiários, que se fizerem necessários;

18.7. Atender os pedidos de inclusão dos recém-nascidos ou de exclusão nos casos de falecimento dos usuários, ou perda do vínculo funcional dos funcionários com a Instituição ocorrida a partir do dia 16 até o final

do mês, devendo ser acatados pela CONTRATADA, desde que sejam comunicados até o último dia do mês em curso.

## 19. DA VIGÊNCIA

19.1. O presente contrato vigorará por **12 (doze) meses**, contados a partir da data de sua assinatura, podendo a contratação ser prorrogada, mediante a celebração de termo aditivo, limitado o somatório do tempo das prorrogações ao máximo de 60 (sessenta) meses, contados da data da celebração do contrato, conforme disposto no art. 36 § Único, RCC do CBCP;

19.2. O contrato irá vigorar a partir da assinatura, com início da cobertura decorridos em no máximo de 30 (trinta) dias da implantação

## 20. PAGAMENTO

20.1. A cobrança somente será devida a partir do início efetivo da cobertura dos serviços, que deverão ser implantados na data definida pelo CBCP, ressalvada impossibilidade regulatória devidamente demonstrada e previamente aceita.

20.2. O pagamento mensal corresponderá à soma dos valores devidos pelos serviços contratados, calculados a partir do quantitativo de beneficiários ativos no mês de referência e dos preços unitários contratados. A fatura deverá demonstrar separadamente cada item e apresentar o total consolidado.

20.3. Até o dia 05 (cinco) de cada mês, a CONTRATADA deverá encaminhar ao Comitê Brasileiro de Clubes Paralímpicos a Fatura, Boletim/ Nota Fiscal, bem como o relatório mensal dos titulares com seus respectivos dependentes, em ordem alfabética;

20.4. A cobrança dos ex-funcionários ou ex-diretores, optantes pela permanência no plano, deverá ser feita diretamente com os beneficiários, não cabendo ao Comitê Brasileiro de Clubes Paralímpicos nenhuma responsabilidade.

20.5. O Comitê Brasileiro de Clubes Paralímpicos poderá solicitar alteração dos padrões de plano, conforme política de elegibilidade interna de cargos e salários. O CBCP contratará os benefícios aos funcionários que optarem pela adesão e descontará a contribuição dos beneficiários em folha, conforme política interna de benefícios.

## 21. DO PROCEDIMENTO DE CONTRATAÇÃO

21.1. O presente Procedimento de Contratação rege-se integralmente pelo Regulamento de Compras e Contratações do Comitê Brasileiro de Clubes Paralímpicos - CBCP (RCC), aprovado pela Instrução Normativa CBCP nº 002/2026, observados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência, isonomia e do julgamento objetivo, nos termos do art. 34, parágrafo único, da Lei nº 14.597/2023 (Lei Geral do Esporte) e do art. 217, I, da Constituição Federal, que asseguram ao CBCP autonomia normativa e regulamentar própria, não se aplicando a Lei nº 14.133/2021 e demais normas de licitações e contratos da Administração Pública, ressalvada sua utilização como referência subsidiária e de boas práticas, quando expressamente indicado neste Termo de Referência.

21.2. Solicitar qualificação técnica das proponentes, mediante apresentação dos seguintes documentos:

I. Apresentar atestado (s) de qualificação técnica, fornecido (s) por pessoa (s) jurídica (s) de direito público ou privado, comprovando que a proponente tenha executado serviços de Plano Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde, com documentos comprobatórios de aptidão para desempenho de atividade pertinente e compatível em características, quantidades e prazos com o objeto da contratação.

II. A exigência de apresentação de atestado de capacidade técnica que comprovem a prestação de serviços de assistência à saúde, como operadora de planos privados de assistência à saúde na modalidade coletivo empresarial, com preço pré-estabelecido, abrangendo ao menos **60 (sessenta)** beneficiários, está em

conformidade com o disposto no art. 26, II, “b”, do RCC.

21.3. A comprovação de aptidão técnica deverá demonstrar que a PROPONENTE executou serviços de Plano Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde que englobe os segmentos ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, na modalidade livre escolha, com abrangência geográfica nacional, por meio de plano coletivo empresarial ou seguro saúde, contemplando **no mínimo 60 (sessenta) beneficiários**.

21.4. A exigência prevista no item anterior fundamenta-se prioritariamente no art. 26, II, “b”, do Regulamento de Compras e Contratações do CBCP – RCC/CBCP, que admite a exigência de documentos comprobatórios de aptidão compatível em características, quantidades e prazos com o objeto da contratação.

21.5. O quantitativo mínimo de 60 (sessenta) beneficiários corresponde ao quantitativo estimado para a presente contratação e tem por finalidade demonstrar experiência operacional compatível com o porte e com as características dos serviços a serem executados.

21.6. A exigência considera a natureza continuada dos serviços, a abrangência nacional da cobertura, a necessidade de manutenção de rede assistencial compatível, a gestão cadastral dos beneficiários e a necessidade de continuidade dos atendimentos.

21.7. A exigência busca assegurar que a futura CONTRATADA possua experiência operacional compatível com a complexidade e a estrutura necessárias ao atendimento das necessidades do CBCP, observados os princípios da proporcionalidade, eficiência, isonomia, competitividade e seleção da proposta mais vantajosa.

21.8. A PROPONENTE deverá, ainda, comprovar a regularidade de seu registro perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dos registros necessários à prestação dos serviços objeto deste Termo de Referência, nos termos da Lei nº 9.656/1998 e demais normas aplicáveis.

## **22. DA PROPOSTA**

22.1. A proposta deverá ser apresentada para o GRUPO 1 e discriminar obrigatoriamente: a) ITEM 1 - valores mensais por faixa etária/padrão de plano, respectivos subtotais mensal e anual; b) ITEM 2 - preço mensal per capita, subtotal mensal e anual; e c) VALOR GLOBAL ANUAL DO GRUPO 1, correspondente à soma dos subtotais anuais dos 2 (dois) itens.

22.2. Os preços deverão contemplar todos os custos diretos e indiretos necessários à prestação integral dos ITENS 1 e 2, incluindo tributos, encargos, administração, sistemas, emissão de cartões, manutenção das redes e demais despesas inerentes ao GRUPO 1, não sendo admitida cobrança adicional não prevista.

22.3. A proposta deverá apresentar as condições gerais dos produtos correspondentes aos ITENS 1 e 2, números de registro na ANS, abrangência, redes, regras de autorização, reembolso quando aplicável, carências nas hipóteses permitidas e relação objetiva de exclusões legalmente admissíveis.

22.4. Coberturas adicionais ofertadas sem custo deverão ser identificadas como cortesia e não poderão influenciar a formação do preço de referência nem o julgamento das propostas.

## **23. JULGAMENTO DAS PROPOSTAS:**

23.1. O julgamento será realizado pelo MENOR VALOR GLOBAL ANUAL DO GRUPO, observadas as quantidades estimadas, os preços unitários e subtotais de cada item, os preços máximos aceitáveis fixados no instrumento convocatório e a metodologia de formação de preço prevista neste Termo de Referência.

23.2. O VALOR GLOBAL ANUAL DO GRUPO será obtido pela soma: (A) subtotal anual estimado do ITEM 1, calculado pela aplicação dos preços ofertados às faixas etárias/padrões de plano e quantitativos estimados; mais (B) subtotal anual estimado do ITEM 2, calculado pelo preço mensal per capita multiplicado pelo quantitativo estimado e por 12 (doze) meses.

23.3. Será declarada vencedora a proponente que apresentar o menor VALOR GLOBAL ANUAL DO GRUPO e atender integralmente às especificações, aos limites de preços aceitáveis e às condições de habilitação dos ITENS 1 e 2. A ausência de cotação, a desclassificação, a inexecuibilidade ou o não atendimento de requisito

obrigatório de qualquer item implicará a desclassificação da proposta do grupo.

23.4. Após a etapa de lances e eventual negociação, a proponente provisoriamente vencedora deverá reapresentar a planilha com os preços dos ITENS 1 e 2 ajustados ao valor global final, preservando coerência econômica entre os itens. Não será admitido que a redução global seja obtida mediante preço excessivo em um item compensado artificialmente por preço irrisório ou inexecutável no outro.

23.5. Para fins de aceitabilidade, deverão ser verificados o VALOR GLOBAL ANUAL DO GRUPO 1 e os preços unitários/subtotais de cada item. A proposta será desclassificada se qualquer item superar o respectivo preço máximo aceitável, ainda que o valor global do grupo permaneça abaixo do limite global, ou se houver indícios não sanados de inexecutabilidade ou de distribuição artificial de custos.

## **24. DAS SANÇÕES**

24.1. A proponente ou o contratado será responsabilizado administrativamente pelas seguintes infrações:

24.1.1. O atraso ou recusa injustificada na execução do contrato, o não cumprimento das condições técnicas, comerciais e jurídicas, estabelecidas nos instrumentos convocatório e contratual, bem como quaisquer descumprimentos das regras previstas neste Regulamento, caracterizará o descumprimento das obrigações assumidas e poderá acarretar as seguintes penalidades:

I. Advertência;

II. Multa;

III. Suspensão temporária para participar dos Procedimentos de Contratação previstos neste Regulamento e de contratar com o CBCP, pelo prazo mínimo de 06 (seis) meses e máximo de 24 (vinte e quatro) meses, nas condições estabelecidas no instrumento convocatório.

IV. Declaração de inidoneidade para contratar com o CBCP e com as Entidades de Administração do Paradesporto, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, reservada às hipóteses de fraude, conluio, corrupção ou falsidade documental comprovadas em processo administrativo próprio, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

§ 1º A escolha da penalidade e sua gradação, dentro dos limites deste artigo, observarão, cumulativamente:

I. A gravidade da infração e o prejuízo dela decorrente para o CBCP ou para o evento/atividade a que se destinava a contratação;

II. A reincidência do contratado em infração de mesma natureza nos últimos 24 (vinte e quatro) meses;

III. A existência de boa-fé na conduta do contratado, inclusive eventual tentativa de mitigação do dano.

§ 2º As penas previstas neste artigo poderão ser aplicadas independentemente ou cumulativamente, sem prejuízo da rescisão do ajuste por ato unilateral do CBCP.

24.2. No caso de recusa justificada do material ou do serviço, por parte do CBCP ou da entidade filiada beneficiária, a contratada deverá, dentro do prazo contratado, reparar, corrigir, remover, reconstruir, às suas custas, no todo ou em parte, o objeto com defeitos ou incorreções na execução, sob pena de restar caracterizada a inexecução total ou parcial do objeto contratado, com a consequente aplicação das sanções previstas no artigo anterior.

24.3. Independentemente da aplicação das sanções estabelecidas neste Regulamento, a contratada poderá vir a se sujeitar, ainda, à recomposição das perdas e danos causados ao CBCP e decorrentes de sua inadimplência, bem como a arcar com a correspondente diferença de preços verificada em uma nova contratação realizada no mercado, hipótese em que serão descontados os valores correspondentes às multas já aplicadas e efetivamente pagas.

24.4. A sanção de multa observará a seguinte gradação:

I. Multa moratória, de até 0,3% (três décimos por cento) do valor da obrigação inadimplida por dia de atraso injustificado, limitada a 10% (dez por cento) desse valor, aplicável nos casos de mora na execução;

II. Multa compensatória, de até 20% (vinte por cento) sobre o valor total do ajuste atualizado, aplicável nos casos de inexecução parcial;

III. Multa compensatória, de até 50% (cinquenta por cento) sobre o valor total do ajuste atualizado, aplicável nos casos de inexecução total do objeto.

§ 1º Para contratações de grande vulto ou com repercussões significativas, a graduação da multa poderá ser diversa da prevista nos incisos deste artigo, desde que expressamente prevista e justificada no instrumento

convocatório e no respectivo contrato.

§ 2º No caso de ser o valor da multa superior ao da garantia prestada, além da perda desta, responderá o contratado pela diferença apurada.

24.5. A notificação para aplicação das penalidades previstas neste Capítulo será efetuada por escrito à contratada, assegurados o contraditório e a ampla defesa, observados os seguintes prazos:

I. 05 (cinco) dias úteis, para as penalidades de advertência e multa;

II. 10 (dez) dias úteis, para a penalidade de suspensão temporária;

III. 15 (quinze) dias úteis, para a penalidade de declaração de inidoneidade.

§ 1º Da decisão que aplicar penalidade caberá recurso, no prazo de 05 (cinco) dias úteis contados de sua notificação, dirigido à autoridade máxima do CBCP, aplicando-se, no que couber, o rito processual previsto nos arts. 30 e 31 do RCC.

§ 2º O recurso interposto contra a aplicação de multa ou suspensão não terá efeito suspensivo, salvo decisão fundamentada em contrário da autoridade máxima; o recurso interposto contra a declaração de inidoneidade terá sempre efeito suspensivo.

24.6. A aplicação das penalidades previstas no RCC realizar-se-á por meio de correspondência devidamente formalizada à contratada, não sendo necessária sua publicação, ressalvada a declaração de inidoneidade, cuja publicação no sítio eletrônico do CBCP é obrigatória para conhecimento de terceiros.

## **25. DISPOSIÇÕES FINAIS**

25.1. O preço total proposto para o GRUPO 1 deverá considerar todos os custos diretos e indiretos necessários à prestação integral dos ITENS 1 e 2, inclusive tributos, sistemas, administração, emissão de documentos de identificação, atendimento aos beneficiários e manutenção das redes, sem cobranças adicionais não previstas.

25.2. Antes de apresentar a proposta, a proponente deverá realizar os levantamentos necessários ao correto dimensionamento do GRUPO 1 e de seus 2 (dois) itens, não podendo alegar posteriormente omissões previsíveis para justificar acréscimos de preço ou redução das condições de cobertura e atendimento.

25.3. Os casos omissos serão solucionados de acordo com o RCC/CBCP vigente, a regulamentação aplicável da ANS, a Lei nº 9.656/1998, o instrumento convocatório e o contrato, observados os princípios da legalidade, isonomia, transparência, julgamento objetivo, eficiência e seleção da proposta mais vantajosa.

25.4. A proposta vencedora não poderá, em nenhuma hipótese, apresentar condições de cobertura, rede credenciada, carências, reembolso ou benefícios inferiores aos atualmente vigentes no contrato de plano de saúde em execução pelo CBCP, sob pena de desclassificação da proposta, sendo a manutenção do padrão de cobertura atual condição mínima e não negociável desta contratação.

25.5. Integram este Termo de Referência, para todos os fins e efeitos, o seguinte anexo:

- a) Anexo A - REDE HOSPITALAR E LABORATORIAL MÍNIMA.

Niterói-RJ, 11 de setembro de 2026.

Documento assinado digitalmente  
 ANA MARIA DE OLIVEIRA CARDOZO  
Data: 11/09/2026 14:08:36-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**Ana Maria de Oliveira Cardozo**  
Coordenadora de Recursos Humanos do CBCP

## ANEXO A DO TERMO DE REFERÊNCIA

### REDE HOSPITALAR E LABORATORIAL MÍNIMA

#### JUSTIFICATIVA TÉCNICA:

A exigência de rede não se baseou exclusivamente no número de beneficiários. Isso porque, não houve determinação de proporção direta e fixa entre número de beneficiários e número de unidades hospitalares ou laboratoriais.

A definição dos quantitativos mínimos exigidos foi fruto de análise técnica detalhada da equipe de planejamento, com base em múltiplos critérios, entre os quais:

- histórico de utilização da rede anterior contratada;
- distribuição geográfica dos beneficiários e suas rotinas de deslocamento;
- garantia de acesso regional e imediato no atendimento (em especial nas urgências e emergências);
- análise dos feedbacks dos usuários em contratações anteriores;
- manutenção da qualidade e da universalidade da assistência, independentemente do local onde os colaboradores estejam lotados.

A exigência não impõe o credenciamento de toda a rede referenciada apresentada. O edital não exige que a totalidade dos hospitais e laboratórios listados no Termo de Referência esteja credenciada.

Pelo contrário, estabelece um número mínimo de unidades a serem indicadas a partir da lista referencial — o que garante isonomia e transparência, bem como confere flexibilidade ao proponente para escolher, dentro daquela base, os estabelecimentos que melhor atendam sua estratégia e capacidade negocial.

A referência à competitividade é descabida. A estrutura exigida no edital reflete a complexidade do objeto e os riscos envolvidos em sua execução. A busca pela proposta mais vantajosa ao Comitê Brasileiro de Clubes Paralímpicos não pode se sobrepor à garantia da adequada prestação dos serviços de saúde aos beneficiários. Ademais, a jurisprudência do TCU corrobora a legalidade da modelagem adotada. Ainda sobre a questão da exigência, trazemos o Acórdão TCU 2535/2013 – Plenário, que além de entender que a definição de uma rede mínima de estabelecimentos credenciados não constitui uma irregularidade, ainda reconhece que permitir que as empresas constituam sua lista com hospitais que elas entendam como equivalentes traria um grau de subjetividade muito grande, além de incumbir ao pregoeiro a definição dessa equivalência no momento da aceitabilidade da proposta, o que extrapola suas funções.

E para complementar o Acórdão anterior apresentado, junta-se a decisão do também Acórdão TCU, de nº 542/2003:

*“Primeira Câmara, referente a uma licitação de mesmo objeto: “5. Com efeito, o requisito de que as prestadoras de serviços de saúde participantes da licitação disponham de rede credenciada de atendimento não constitui restrição ao caráter competitivo do certame. Trata-se, como visto, de dispositivo destinado a assegurar que a assistência a ser prestada aos servidores da autarquia se faça em consonância com as peculiaridades destes, evitando que se vejam submetidos a procedimentos onerosos e desnecessários. Dessa forma, entendo que a opção feita insere-se no poder discricionário do gestor, não havendo necessidade de alterações quanto a esse ponto.”*

Assim, não vislumbramos eventual desproporcionalidade ou excesso quanto a exigência, mas sim adequação técnica à natureza do serviço, ao perfil dos beneficiários e à obrigação constitucional de garantir o acesso integral à saúde.

Desse modo, os Hospitais no quadro abaixo correspondente deverão constar obrigatoriamente na rede credenciada do plano de saúde, não podendo ser substituídos por Hospitais e Laboratórios da Rede da Operadora, tendo em vista a recorrente e comprovada utilização desses prestadores pelos colaboradores e seus dependentes, configurando-se como unidades estratégicas para garantir a continuidade, a qualidade e a

adequação da assistência à saúde ofertada.

Quanto a obrigatoriedade da apresentação da rede mínima de hospitais:

A empresa vencedora deverá apresentar, obrigatoriamente, no momento da habilitação, a relação de rede credencia mínima descrita abaixo:

| Principais Localidades e Redes Credenciadas |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LOCALIDADES                                 | UNIDADES HOSPITALARES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | UNIDADES LABORATÓRIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Brasília</b>                             | Rede D'or;<br>Hospital Brasília;<br>Santa Lúcia;<br>Santa Helena;<br>Santa Luzia;<br>Sírio Libanês;<br>Hospital Home;<br>Hospital Anchieta;<br>DF Star;<br>Hospital Daher;<br>Hospital Alvorada;<br>Hospital São Mateus.                                                                                                                                                                    | Sabin<br>Exame<br>Exato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Belo Horizonte</b>                       | Hospital Life center<br>Hospital Unimed                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Cedus<br>Hermes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>RJ / Niterói e São Gonçalo</b>           | CHN Complexo Hospitalar de Niterói<br>Clínica Infantil Dr. Antônio Aziz<br>Hospital de Olhos Santa Beatriz<br>Hospital de Clínicas da Alameda<br>Hospital de Olhos Centro<br>Hospital Icaraí<br>Hospital Itaipu<br>Hospital Niterói DOR<br>Hospital São Lucas<br>Maternidade São Francisco<br>Clínica São Gonçalo<br>Notre Dame Intermédica Saúde<br>Samcordis Serv. Assist. M. Cardiologia | Clínica Rad. Luiz Felipe Mattoso<br>Bronstein Medicina Diagnostica<br>Serv. de Ultrassom Alcantara<br>Hospital de Olhos Santa Beatriz<br>Gastro Copy<br>Clínico Lachtermacher Ltda<br>Laboratório Sergio Franco<br>Labs A+ Niterói<br>Lasb A+ São Gonçalo<br>Lafe Serviços Diagnósticos<br>Life Imagem<br>Pro Echo<br>Laboratório Bittar Ltda |
| <b>São Paulo</b>                            | Rede D'or São Luiz<br>Hospital Beneficência Portuguesa<br>Hospital Oswaldo Cruz<br>Hospital Nove de Julho<br>Hospital Santa Catarina                                                                                                                                                                                                                                                        | Delboni<br>CDB<br>Salomão Volpi<br>Hermes Pardini                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

DISPONIBILIDADE E ÁREA DE ABRANGÊNCIA: Nacional, com ênfase nas cidades Rio de Janeiro/RJ Niterói/RJ, São Gonçalo/RJ, Baixada Santista/SP, Jundiaí/SP, São Paulo/SP, Brasília/DF, Recife/PE, Belo Horizonte/MG.

#### **REDE HOSPITALAR MÍNIMA OBRIGATÓRIA - PROPOSTA DE ATUALIZAÇÃO:**

**Brasília/DF:** Hospital Sírio-Libanês Brasília (Asa Sul) DF Star; [manter demais hospitais da rede mínima atual - conferir tabela acima].

**São Paulo/SP:** Hospital Sírio-Libanês (unidades Bela Vista, Itaim Bibi e Jardins); Hospital Israelita Albert Einstein; [manter demais hospitais já constantes da rede mínima atual - conferir tabela acima].

**Rio de Janeiro/RJ:** Hospital Copa Star; Hospital Copa D'Or; Hospital Quinta D'Or; Hospital Pró-Cardíaco; Hospital

Samaritano (Botafogo e/ou Barra) - o Hospital Sírio-Libanês e o Hospital Albert Einstein não possuem unidade própria no Rio de Janeiro, motivo pelo qual se sugere a relação acima como padrão equivalente de excelência para a praça carioca; [manter demais hospitais da rede mínima atual - conferir tabela original].

**Niterói/RJ:** Hospital Niterói D'Or (Rua Mariz e Barros, 550, Icaraí); CHN - Complexo Hospitalar de Niterói - não há unidade própria do Sírio-Libanês, do Albert Einstein, do Copa Star, do Copa D'Or ou do Samaritano em Niterói, sendo o Niterói D'Or a referência de padrão elevado na cidade; [manter demais hospitais da rede mínima atual - conferir tabela acima].