TERMO DE REFERÊNCIA

1. DEFINIÇÃO DO OBJETO

1.1. Contratação de Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde, autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para atendimento aos servidores municipais e demais beneficiários elegíveis, mediante plano coletivo empresarial, com segmentação assistencial ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, abrangência estadual e acomodação hospitalar em apartamento semiprivativo, observadas as condições estabelecidas neste Termo de Referência.

1.2. O objeto enquadra-se como serviço comum, por possuir padrões de desempenho e qualidade que podem ser objetivamente definidos por meio de especificações usuais de mercado, nos termos do art. 6º, inciso XIII, da Lei Federal nº 14.133/2021.

1.3. Os serviços possuem natureza continuada, em razão da necessidade permanente de manutenção da assistência aos beneficiários, cuja interrupção poderá comprometer a continuidade dos atendimentos e tratamentos em curso.

1.4. A contratação não envolve dedicação exclusiva ou predominância de mão de obra, sendo a execução caracterizada pela disponibilização e gestão da cobertura assistencial, mediante rede própria, credenciada, cooperada e/ou referenciada da operadora.

1.5. O quantitativo estimado da contratação é de 2.035 (dois mil e trinta e cinco) beneficiários, distribuídos por faixa etária conforme o quadro abaixo, admitidas variações decorrentes de inclusões, exclusões e alterações de faixa etária durante a execução contratual.

FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE ESTIMADA
00 a 18 anos	481
19 a 23 anos	86
24 a 28 anos	94
29 a 33 anos	104
34 a 38 anos	148
39 a 43 anos	239
44 a 48 anos	276
49 a 53 anos	202
54 a 58 anos	183

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 10/11/2026 09:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/peea9a763f7e07

FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE ESTIMADA
A partir de 59 anos	222

1.6. A contratação será realizada de forma integral, sem parcelamento do objeto, com adjudicação a uma única operadora, considerando a necessidade de gestão integrada e de prestação uniforme da cobertura assistencial aos beneficiários.

1.7. O contrato terá prazo de vigência de 12 (doze) meses, contado de 24 de dezembro de 2026, data de início da cobertura assistencial, podendo ser prorrogado sucessivamente, mediante demonstração da vantajosidade e observância das condições previstas no art. 107 da Lei Federal nº 14.133/2021.

2. FUNDAMENTAÇÃO DA CONTRATAÇÃO

2.1. A contratação decorre da necessidade de assegurar a continuidade do Plano de Assistência à Saúde do Servidor Público Municipal (PAS), instituído pela Lei Municipal nº 3.505/2011, cuja finalidade compreende a cobertura de despesas decorrentes de atendimento médico ambulatorial e hospitalar, diagnóstico, tratamento e ações de medicina preventiva e curativa.

2.2. Nos termos da legislação que disciplina o PAS, a assistência é prestada mediante contratação de empresa ou entidade operadora de plano de saúde devidamente regulamentada, com participação financeira do usuário e do Município nas condições estabelecidas para o benefício.

2.3. Atualmente, os serviços são prestados no âmbito do Contrato nº 071/2021, cuja vigência se encerra em 23 de dezembro de 2026, sem possibilidade de nova prorrogação, circunstância que demanda a conclusão de nova contratação em tempo hábil para evitar a interrupção da cobertura assistencial.

2.4. A continuidade da prestação mostra-se especialmente relevante em razão da natureza dos serviços, que envolvem atendimentos assistenciais e tratamentos em curso, exigindo que a substituição da atual operadora seja precedida das providências necessárias à implantação da nova solução e à transição da carteira de beneficiários, de forma a preservar a continuidade do atendimento.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 10/11/2026 09:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/peea9a763f7e07

2.5. A solução adotada decorre das conclusões do Estudo Técnico Preliminar (ETP), no qual foram avaliadas as alternativas disponíveis no mercado e definida como adequada à necessidade da Administração a contratação de operadora de plano privado de assistência à saúde, mediante plano coletivo empresarial.

3. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO

3.1. A solução consiste na contratação de operadora de plano privado de assistência à saúde, autorizada pela ANS, para disponibilização e gestão de plano coletivo empresarial, destinado ao atendimento dos beneficiários elegíveis, nas condições estabelecidas neste Termo de Referência.

3.2. O plano deverá contemplar segmentação assistencial ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, abrangência em todo o Estado do Rio Grande do Sul e acomodação hospitalar em apartamento semiprivativo, compreendendo os atendimentos, procedimentos e demais coberturas obrigatórias aplicáveis ao produto contratado, em conformidade com a regulamentação da ANS.

3.3. A execução compreenderá a disponibilização de rede assistencial compatível com as características e a abrangência do plano, incluindo atendimento ambulatorial, hospitalar, de urgência e emergência, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e demais recursos necessários à cobertura contratada.

3.4. A operadora será responsável pela administração da carteira durante toda a execução contratual, contemplando as movimentações cadastrais decorrentes de inclusões, exclusões e alterações de faixa etária, bem como o fornecimento dos meios necessários à identificação e ao acesso dos beneficiários aos serviços cobertos.

3.5. A remuneração da contratada será realizada de acordo com o número de beneficiários efetivamente vinculados ao plano em cada período de competência e os respectivos valores unitários correspondentes às faixas etárias, observadas as regras de coparticipação e de custeio aplicáveis.

3.6. A solução compreenderá a implantação do plano e a migração da carteira de beneficiários, assegurando a continuidade da cobertura assistencial e dos tratamentos em curso, sem interrupção decorrente da substituição da operadora.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 10/11/2026 09:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/peea9a763f7e07

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 10/11/2026 09:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/peea9a763f7e07

4. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

4.1. A contratada deverá ser operadora de plano privado de assistência à saúde regularmente constituída e autorizada a funcionar pela ANS, mantendo, durante toda a execução contratual, as condições necessárias à operação do produto contratado.

4.2. O plano deverá ser disponibilizado na modalidade coletivo empresarial, com segmentação assistencial ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, acomodação hospitalar em apartamento semiprivativo e abrangência em todo o território do Estado do Rio Grande do Sul.

4.3. A cobertura assistencial deverá observar a Lei Federal nº 9.656/1998, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e as demais normas expedidas pela ANS aplicáveis ao produto contratado, inclusive suas atualizações ocorridas durante a vigência contratual.

4.4. Deverão estar compreendidos na cobertura os atendimentos ambulatoriais e hospitalares, consultas, exames, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, internações, atendimentos obstétricos, urgência e emergência e demais procedimentos abrangidos pela segmentação contratada, observadas as coberturas mínimas obrigatórias estabelecidas pela regulamentação da saúde suplementar.

4.5. Deverá ser assegurada cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, bem como sua inscrição como dependente no plano, sem cumprimento de períodos de carência, desde que requerida no prazo de até 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, observadas as condições de elegibilidade e a regulamentação da ANS aplicável.

4.6. Deverá ser assegurada a prestação de assistência domiciliar *(home care)*, mediante indicação do médico assistente e avaliação técnica da contratada, inclusive em substituição à internação hospitalar, quando clinicamente cabível, observados os requisitos assistenciais aplicáveis à modalidade.

4.7. A contratada deverá dispor e manter rede própria, credenciada, cooperada e/ou referenciada, em dimensão compatível com o quantitativo e o perfil dos beneficiários e com a abrangência geográfica do plano, contemplando profissionais, clínicas, laboratórios, serviços de diagnóstico, hospitais e demais estabelecimentos necessários à prestação da cobertura contratada, observadas as normas da ANS relativas à garantia de atendimento.

4.8. A rede assistencial deverá assegurar condições efetivas de atendimento aos beneficiários no Município de Cachoeirinha e na Região Metropolitana de Porto Alegre, contemplando rede hospitalar compatível com a cobertura contratada, inclusive para internações, atendimentos de urgência e emergência, procedimentos cirúrgicos e atendimento obstétrico, sem prejuízo da abrangência estadual do plano.

4.9. A contratada deverá disponibilizar, em rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada, inclusive por intercâmbio, no mínimo 2 (duas) clínicas com atendimento de urgência e emergência pediátrica, com médico pediatra presencial 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, que atendam cumulativamente aos seguintes requisitos:

a) estar localizadas no Município de Cachoeirinha ou em município limítrofe;

b) estar situadas em raio máximo de 18 (dezoito) quilômetros, medidos em linha reta, a partir da sede do Poder Executivo Municipal, localizada na Avenida General Flores da Cunha, nº 2209, Cachoeirinha/RS, considerando as coordenadas aproximadas de latitude -29,9475 e longitude -51,0922, mediante verificação em ferramenta de mapas de acesso público.

4.9.1. As clínicas deverão estar em pleno funcionamento na data da sessão pública e permanecer disponíveis durante toda a vigência contratual.

4.9.2. A eventual substituição de clínica deverá observar o art. 17 da Lei Federal nº 9.656/1998 e a regulamentação da ANS, mediante estabelecimento que atenda integralmente aos requisitos estabelecidos neste Termo de Referência.

4.10. Fora da área de abrangência do plano, a contratada deverá assegurar atendimento de urgência e emergência em todo o território nacional, por meio de rede própria, credenciada ou referenciada, inclusive por intercâmbio com outras operadoras ou, na ausência dessas alternativas, mediante reembolso, observados os limites estabelecidos pela regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Essa obrigação não altera a abrangência estadual do produto contratado.

4.11. Os atendimentos de urgência e emergência, inclusive as hipóteses de remoção e de atendimento fora da área de atuação da rede assistencial, deverão ser assegurados na forma e nos limites estabelecidos pela Lei Federal nº 9.656/1998 e pela regulamentação da ANS.

4.12. A inclusão no plano observará as condições de elegibilidade estabelecidas para o Plano de Assistência à Saúde do Servidor Público Municipal (PAS) e as normas aplicáveis aos planos

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 10/11/2026 09:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/peea9a763f7e07

coletivos empresariais, compreendendo os titulares e demais beneficiários que preencham os requisitos estabelecidos para adesão.

4.13. A contratação deverá admitir, durante toda a vigência contratual, inclusões, exclusões e atualizações cadastrais dos beneficiários, bem como as alterações decorrentes da mudança de faixa etária, mediante mecanismos adequados ao intercâmbio das informações necessárias à gestão administrativa e financeira do contrato, sem vinculação a quantitativo fixo de beneficiários.

4.14. Os beneficiários integrantes da carteira atual do PAS deverão ser admitidos no novo plano sem cumprimento de períodos de carência ou de Cobertura Parcial Temporária (CPT), desde que a Administração encaminhe a relação dos beneficiários para fins de implantação, independentemente da data de conclusão do cadastramento pela contratada. Para os novos ingressos, serão observadas as condições de dispensa de carência e CPT previstas na regulamentação da ANS aplicável aos planos coletivos empresariais.

4.15. O plano adotará regime de coparticipação, observados os seguintes limites:

4.15.1. até R$ 45,00 (quarenta e cinco reais) por consulta;

4.15.2. até 40% (quarenta por cento) do valor de exames e procedimentos, limitado a R$ 300,00 (trezentos reais) mensais por beneficiário;

4.15.3. até R$ 400,00 (quatrocentos reais) por evento de internação.

4.16. Os valores decorrentes da coparticipação serão de responsabilidade do respectivo beneficiário e deverão ser apurados e discriminados separadamente das mensalidades, mediante demonstrativo que possibilite a identificação dos atendimentos e procedimentos que deram origem à cobrança.

4.17. A contratada deverá disponibilizar aos beneficiários meios físicos e/ou eletrônicos de identificação e acesso ao plano, bem como canais adequados para consulta à rede assistencial, autorizações, informações sobre cobertura e atendimento ao usuário.

4.18. O tratamento de dados pessoais e de dados pessoais sensíveis relativos à saúde deverá observar a Lei Federal nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), restringindo-se às informações necessárias à execução do contrato e à prestação da assistência aos beneficiários.

4.19. A implantação do plano deverá contemplar os procedimentos necessários à transição da

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 10/11/2026 09:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/peea9a763f7e07

carteira de beneficiários do contrato vigente para a nova contratação, de modo a assegurar a continuidade da cobertura e dos atendimentos e tratamentos em curso, observada a regulamentação aplicável.

5. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

5.1. A contratada deverá concluir a implantação do plano, preferencialmente, até 5 (cinco) dias úteis antes do início da cobertura assistencial, previsto para 24 de dezembro de 2026. Caso a assinatura do contrato ocorra em prazo inferior, a implantação deverá ser concluída até 23 de dezembro de 2026, assegurando-se o início integral da cobertura na data estabelecida.

5.2. A assistência será prestada por meio da rede própria, credenciada, cooperada e/ou referenciada da contratada, observadas a segmentação assistencial, a abrangência geográfica, o padrão de acomodação e as demais condições estabelecidas neste Termo de Referência.

5.3. A contratada deverá promover o cadastramento inicial dos beneficiários e, durante a execução, processar as inclusões, exclusões, alterações cadastrais e demais movimentações encaminhadas pela Administração, observados os prazos e procedimentos definidos para a gestão da carteira.

5.4. As alterações de faixa etária deverão ser processadas automaticamente pela contratada, passando a mensalidade correspondente à nova faixa a ser aplicada na forma prevista para o produto contratado e na regulamentação aplicável.

5.5. A contratada deverá manter atualizada a relação dos beneficiários vinculados ao plano, disponibilizando à Administração as informações necessárias à conferência da carteira e do faturamento mensal.

5.6. O acesso aos serviços assistenciais deverá ocorrer mediante identificação do beneficiário por meio físico e/ou eletrônico disponibilizado pela contratada, sem prejuízo de outros mecanismos admitidos pela regulamentação aplicável.

5.7. A contratada deverá manter atualizado e disponibilizar aos beneficiários guia médico eletrônico, contendo informações relativas à rede assistencial, incluindo profissionais, especialidades, estabelecimentos de saúde, endereços, contatos e serviços disponibilizados.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 10/11/2026 09:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/peea9a763f7e07

5.8. Os procedimentos sujeitos à autorização prévia deverão contar com mecanismos adequados para solicitação e acompanhamento, observados os prazos máximos e demais condições estabelecidas pela ANS para garantia de atendimento.

5.9. A contratada deverá disponibilizar canais de atendimento aos beneficiários para orientações, informações sobre cobertura, rede assistencial, autorizações, utilização do plano e demais demandas relacionadas à prestação dos serviços, incluindo atendimento telefônico gratuito disponível 24 (vinte e quatro) horas por dia, observadas as normas da ANS aplicáveis.

5.10. A contratada deverá disponibilizar plataforma digital aos beneficiários, por meio de aplicativo e/ou ambiente eletrônico, que possibilite, no mínimo, acesso às informações do plano, consulta à rede assistencial e acompanhamento das solicitações e autorizações.

5.11. Na hipótese de indisponibilidade ou inexistência de prestador apto a realizar o atendimento coberto no local e nos prazos aplicáveis, a contratada deverá adotar as providências necessárias à garantia do atendimento, inclusive mediante indicação de prestador alternativo ou outra solução admitida pela regulamentação da ANS, sem transferência indevida de ônus ao beneficiário.

5.12. A contratada deverá encaminhar mensalmente à Administração, em formato que permita sua conferência, a relação atualizada dos beneficiários e os respectivos valores de mensalidade, discriminados por titular/dependente e faixa etária, bem como as inclusões, exclusões e demais alterações ocorridas no período.

5.13. Os valores decorrentes de coparticipação deverão ser apresentados separadamente das mensalidades, com identificação do beneficiário e das informações necessárias à conferência da cobrança, observadas as condições estabelecidas neste Termo de Referência.

5.14. O faturamento mensal deverá considerar a quantidade de beneficiários efetivamente vinculados ao plano no respectivo período de competência e o valor unitário correspondente à faixa etária de cada beneficiário, observadas as movimentações cadastrais ocorridas no período.

5.15. Os acertos financeiros decorrentes de inclusões, exclusões, alterações cadastrais e mudanças de faixa etária serão considerados no faturamento subsequente à respectiva movimentação, observada a data de produção de seus efeitos.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 10/11/2026 09:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/peea9a763f7e07

5.16. Durante a transição para a nova contratação, deverão ser adotadas as providências necessárias à continuidade dos atendimentos e tratamentos em curso, especialmente nos casos de internação e de assistência continuada, observadas as regras da ANS e as informações disponibilizadas pela operadora responsável pelo contrato anterior.

5.17. Ao término da contratação, a contratada deverá fornecer à Administração, em prazo compatível com a transição para eventual nova operadora, as informações e os dados necessários à continuidade da assistência, inclusive quanto aos beneficiários em internação ou tratamento continuado, observadas as normas de proteção de dados pessoais e a regulamentação da ANS.

5.18. O encerramento da vigência contratual não prejudicará a continuidade da assistência aos beneficiários que se encontrem internados, devendo ser assegurada a cobertura até a respectiva alta hospitalar, bem como observadas as demais garantias previstas na regulamentação da ANS para procedimentos autorizados durante a vigência do contrato.

6. OBRIGAÇÕES DAS PARTES

6.1. Obrigações da Contratada

6.1.1. Executar os serviços em conformidade com as condições estabelecidas neste Termo de Referência, na proposta apresentada e no contrato, observando a legislação e a regulamentação aplicáveis à saúde suplementar.

6.1.2. Manter, durante toda a vigência contratual, a regularidade de seu registro e de sua autorização de funcionamento perante a ANS, bem como a regularidade do produto disponibilizado para execução do objeto.

6.1.3. Assegurar aos beneficiários as coberturas correspondentes à segmentação assistencial contratada, observados o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, os prazos máximos para atendimento e as demais normas expedidas pela ANS.

6.1.4. Manter rede própria, credenciada, cooperada e/ou referenciada suficiente à prestação dos serviços, adotando as providências necessárias à garantia do atendimento nas hipóteses de indisponibilidade ou inexistência de prestador, na forma da regulamentação aplicável.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 10/11/2026 09:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/peea9a763f7e07

6.1.5. Comunicar previamente à Contratante e aos beneficiários as alterações relevantes na rede assistencial, especialmente substituições e exclusões de prestadores hospitalares, observados os procedimentos, prazos e condições estabelecidos pela ANS.

6.1.6. Processar as inclusões, exclusões, atualizações cadastrais e demais movimentações encaminhadas pela Contratante, mantendo atualizada a carteira de beneficiários durante toda a execução contratual.

6.1.7. Disponibilizar aos beneficiários os meios necessários à identificação e utilização do plano, bem como informações atualizadas sobre a rede assistencial, coberturas, canais de atendimento e procedimentos para solicitação de autorizações.

6.1.8. Manter canais adequados de atendimento aos beneficiários e à Contratante para orientações, esclarecimentos e solução de demandas relacionadas à execução dos serviços.

6.1.9. Fornecer à Contratante as informações, demonstrativos e documentos necessários ao acompanhamento e à fiscalização do contrato, inclusive os relativos à composição da carteira, faturamento e coparticipações.

6.1.10. Apresentar o faturamento de forma discriminada e compatível com a carteira de beneficiários do respectivo período de competência, permitindo a conferência dos valores cobrados por faixa etária e das movimentações ocorridas.

6.1.11. Apresentar separadamente os valores relativos à coparticipação, acompanhados das informações necessárias à identificação do beneficiário e à conferência das cobranças.

6.1.12. Corrigir, sem ônus adicional para a Contratante, inconsistências cadastrais, cobranças indevidas ou outras irregularidades decorrentes da execução dos serviços que lhe sejam imputáveis.

6.1.13. Comunicar imediatamente à fiscalização do contrato qualquer ocorrência que possa comprometer a regularidade, a continuidade ou a qualidade da assistência prestada aos beneficiários.

6.1.14. Prestar os esclarecimentos solicitados pela Contratante e atender às determinações da fiscalização relacionadas ao cumprimento das obrigações contratuais, nos prazos estabelecidos.

6.1.15. Manter, durante toda a vigência do contrato, as condições de habilitação e qualificação exigidas na contratação.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 10/11/2026 09:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/peea9a763f7e07

6.1.16. Responsabilizar-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e demais obrigações decorrentes da execução do objeto, não se estabelecendo qualquer vínculo entre a Contratante e os empregados, prepostos ou prestadores integrantes da estrutura utilizada pela contratada.

6.1.17. Responsabilizar-se pelos danos causados à Contratante ou a terceiros em decorrência da execução do contrato, na medida de sua responsabilidade, sem prejuízo das responsabilidades próprias dos profissionais e estabelecimentos integrantes da rede assistencial, na forma da legislação aplicável.

6.1.18. Observar a legislação relativa à proteção de dados pessoais, adotando medidas técnicas e administrativas adequadas à segurança e à confidencialidade dos dados tratados em razão da execução contratual, especialmente dos dados pessoais sensíveis relativos à saúde.

6.1.19. Assegurar a cooperação necessária à transição da carteira ao término do contrato, fornecendo tempestivamente as informações indispensáveis à continuidade da assistência, especialmente quanto aos beneficiários em internação ou tratamento continuado, observadas as normas aplicáveis e a proteção dos dados pessoais.

6.2. Obrigações da Contratante

6.2.1. Fornecer à contratada as informações e os dados necessários à implantação do plano e à manutenção da carteira de beneficiários, observadas as regras de elegibilidade e de proteção de dados pessoais.

6.2.2. Encaminhar as solicitações de inclusão, exclusão e atualização cadastral, bem como as demais informações necessárias à correta administração da carteira.

6.2.3. Comunicar à contratada os fatos que impliquem alteração da condição dos beneficiários, observados os procedimentos e prazos estabelecidos para a gestão do PAS.

6.2.4. Acompanhar e fiscalizar a execução do contrato, verificando o cumprimento das condições estabelecidas neste Termo de Referência e adotando as providências cabíveis diante de eventuais irregularidades.

6.2.5. Conferir a relação mensal de beneficiários, as respectivas faixas etárias, as movimentações cadastrais, as mensalidades e os valores de coparticipação apresentados pela contratada.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 10/11/2026 09:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/peea9a763f7e07

6.2.6. Notificar a contratada acerca de inconsistências, irregularidades ou falhas verificadas na execução, estabelecendo prazo para esclarecimento, correção ou adoção das providências cabíveis.

6.2.7. Efetuar os pagamentos devidos à contratada após a regular liquidação da despesa, observadas as condições e os prazos estabelecidos neste Termo de Referência.

6.2.8. Adotar as providências administrativas necessárias à cobrança dos valores de responsabilidade dos beneficiários, quando esta ocorrer por intermédio da folha de pagamento ou de outro mecanismo sob responsabilidade da Administração, conforme as regras aplicáveis ao PAS.

6.2.9. Prestar à contratada os esclarecimentos necessários à execução do objeto e assegurar o acesso às informações administrativas indispensáveis à gestão da carteira, respeitados os limites legais de tratamento e compartilhamento de dados pessoais.

6.2.10. Aplicar as medidas administrativas e sanções cabíveis em caso de descumprimento das obrigações assumidas pela contratada, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

7. MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO

7.1. A gestão e a fiscalização da execução contratual serão exercidas pelos servidores abaixo indicados, em conformidade com o art. 117 da Lei Federal nº 14.133/2021 e com o Decreto Municipal nº 7.685/2023:

7.1.1. Gestor do Contrato: Julian Bielemann Gravina, matrícula nº 14083;

7.1.2. Fiscal do Contrato: Karine Scoti, matrícula nº 15094-1.

7.2. Compete ao gestor do contrato coordenar as atividades relacionadas à gestão contratual, acompanhar a manutenção das condições necessárias à regular execução, promover as providências administrativas decorrentes de ocorrências verificadas e articular-se com os fiscais e demais unidades envolvidas.

7.3. Compete ao fiscal do contrato acompanhar a execução dos serviços, verificar o cumprimento das condições estabelecidas neste Termo de Referência e no contrato, registrar as ocorrências verificadas e comunicar ao gestor as situações que demandem providências além de sua competência.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 10/11/2026 09:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/peea9a763f7e07

7.4. O acompanhamento da execução compreenderá, entre outros aspectos, a verificação da regularidade da cobertura assistencial, da manutenção da rede disponibilizada, do atendimento aos beneficiários, das movimentações cadastrais e da conformidade das informações apresentadas para fins de faturamento.

7.5. As ocorrências relacionadas à execução contratual deverão ser registradas pela fiscalização, com indicação das providências necessárias à sua regularização, sendo a contratada notificada para prestar esclarecimentos ou promover as correções cabíveis quando constatadas falhas ou irregularidades.

7.6. A contratada deverá indicar preposto para representá-la durante a execução do contrato, com poderes para receber comunicações, prestar esclarecimentos e adotar as providências necessárias ao cumprimento das obrigações contratuais.

7.7. As comunicações entre a Administração e a contratada relacionadas à execução do contrato deverão ocorrer por meio formal, admitida a utilização de meios eletrônicos que permitam o registro e a comprovação das informações transmitidas.

7.8. A fiscalização pela Administração não exclui nem reduz a responsabilidade da contratada pela adequada execução do objeto, inclusive perante terceiros, nos limites estabelecidos pela legislação aplicável.

7.9. O descumprimento das obrigações contratuais ou a ocorrência de irregularidades não sanadas deverá ser comunicado pelo fiscal ao gestor do contrato para adoção das providências cabíveis, inclusive, quando for o caso, encaminhamento para apuração de responsabilidade e aplicação das sanções previstas na contratação.

8. CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E DE PAGAMENTO

8.1. A medição dos serviços será realizada mensalmente, com base na quantidade de beneficiários efetivamente vinculados ao plano no período de competência, consideradas as respectivas faixas etárias e as movimentações cadastrais com efeitos financeiros no período.

8.2. O valor mensal devido à contratada corresponderá ao somatório das mensalidades dos beneficiários vinculados ao plano, calculadas mediante aplicação dos valores unitários contratados para cada faixa etária, observadas as inclusões, exclusões e alterações de faixa etária ocorridas no período.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 10/11/2026 09:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/peea9a7637e07

8.3. A contratada deverá apresentar mensalmente à Contratante o faturamento correspondente ao período de competência, acompanhado de demonstrativo contendo, no mínimo, a relação dos beneficiários considerados, as respectivas faixas etárias, os valores unitários das mensalidades e as movimentações cadastrais que tenham produzido efeitos financeiros no período.

8.4. Os valores relativos à coparticipação deverão ser apresentados separadamente das mensalidades, mediante demonstrativo que permita a identificação do beneficiário, do atendimento ou procedimento realizado, da data de realização e do respectivo valor, contendo as informações necessárias à conferência da cobrança.

8.5. O faturamento e os respectivos demonstrativos serão conferidos pela fiscalização do contrato, que verificará sua conformidade com a relação de beneficiários e com os valores e demais condições estabelecidos na contratação, procedendo ao ateste para fins de liquidação da despesa.

8.6. Constatada divergência no faturamento ou na documentação apresentada, a contratada será comunicada para promover a correção ou prestar os esclarecimentos necessários. Caso a documentação necessária à liquidação seja apresentada com inconsistências ou em desconformidade com as condições estabelecidas, o pagamento da parcela correspondente ficará condicionado à sua regularização, sem prejuízo do processamento dos valores incontroversos, quando possível.

8.7. O pagamento das mensalidades correspondentes à cobertura do plano será efetuado até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao da respectiva competência, após a apresentação do faturamento, sua regular conferência, ateste e liquidação, em conformidade com o art. 10 da Lei Municipal nº 3.505/2011.

8.7.1. A participação financeira do servidor optante corresponderá a 50% (cinquenta por cento) do valor de sua mensalidade, mediante retenção em folha de pagamento, cabendo ao Município o custeio da parcela restante, nos termos da legislação aplicável ao PAS. As mensalidades dos dependentes serão integralmente custeadas pelo servidor titular, igualmente mediante retenção em folha de pagamento, sem participação financeira do Município.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 10/11/2026 09:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/peea9a763f7e07

9. FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR

9.1. Modalidade e critério de julgamento

9.1.1. A contratação será realizada por meio de licitação, na modalidade Pregão, na forma eletrônica, com critério de julgamento pelo menor preço, nos termos dos arts. 6º, inciso XLI, 17, § 2º, 28, inciso I, e 34 da Lei Federal nº 14.133/2021.

9.1.2. Poderão participar da licitação as empresas que exerçam atividade compatível com o objeto da contratação e atendam às condições de participação e aos requisitos de habilitação estabelecidos neste Termo de Referência, no edital e na legislação aplicável.

9.2. Julgamento das propostas

9.2.1. O julgamento das propostas observará o critério de menor preço global, correspondente ao valor estimado da contratação para o período de 12 (doze) meses, calculado a partir dos quantitativos estimados de beneficiários por faixa etária.

9.2.2. A proposta deverá apresentar os valores unitários mensais por beneficiário para cada faixa etária, bem como o valor mensal e o valor global para 12 (doze) meses, calculados mediante aplicação dos respectivos valores unitários aos quantitativos estimados estabelecidos neste Termo de Referência.

9.2.3. Os quantitativos utilizados para o cálculo do valor global destinam-se ao julgamento das propostas e à estimativa da contratação, não constituindo garantia de quantidade mínima de beneficiários durante a execução contratual.

9.2.4. Os valores unitários mensais por faixa etária constantes da proposta vencedora constituirão os preços contratuais aplicáveis aos beneficiários efetivamente vinculados ao plano durante a execução.

9.2.5. A proposta deverá contemplar todos os custos necessários à execução do objeto, inclusive despesas administrativas, operacionais, tributos, encargos e demais custos diretos e indiretos incidentes sobre a prestação dos serviços, ressalvados os valores de coparticipação, que observarão as condições específicas estabelecidas neste Termo de Referência.

9.2.6. A Administração poderá realizar diligências para aferir a exequibilidade e a consistência da proposta, inclusive mediante solicitação de memória de cálculo, documentos e esclarecimentos complementares.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 10/11/2026 09:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/peea9a763f7e07

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 10/11/2026 09:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/peea9a7637e07

9.3. Habilitação Jurídica

9.3.1. Será exigida a documentação necessária à demonstração da capacidade de o licitante exercer direitos e assumir obrigações, nos termos do art. 66 da Lei Federal nº 14.133/2021.

9.4. Habilitação Fiscal, Social e Trabalhista

9.4.1. Será exigida a documentação prevista no art. 68 da Lei Federal nº 14.133/2021.

9.5. Habilitação Econômico-Financeira

9.5.1. A habilitação econômico-financeira será exigida de forma compatível com a natureza e o porte da contratação, com a finalidade de demonstrar a aptidão econômica do licitante para o cumprimento das obrigações decorrentes do futuro contrato, nos termos do art. 69 da Lei Federal nº 14.133/2021.

9.5.2. Para fins de comprovação da qualificação econômico-financeira, serão exigidos:

a) balanço patrimonial, demonstração de resultado de exercício e demais demonstrações contábeis dos 2 (dois) últimos exercícios sociais, observadas as disposições do art. 69, inciso I e § 6º, da Lei Federal nº 14.133/2021;

b) certidão negativa de feitos sobre falência expedida pelo distribuidor da sede do licitante, nos termos do art. 69, inciso II, da Lei Federal nº 14.133/2021.

9.5.3. As exigências de qualificação econômico-financeira foram definidas considerando o porte, a natureza continuada e a relevância assistencial da contratação, que envolve a gestão de carteira estimada em 2.035 beneficiários e demanda capacidade econômico-financeira compatível com a manutenção regular dos serviços durante toda a vigência contratual.

9.6. Qualificação Técnica

9.6.1. Para fins de qualificação técnica, nos termos do art. 67 da Lei Federal nº 14.133/2021, será exigida a apresentação dos seguintes documentos:

a) comprovação de que a licitante se encontra regularmente registrada e autorizada a funcionar como operadora de plano privado de assistência à saúde perante a ANS;

b) comprovação da regularidade perante a ANS do produto ofertado, compatível com o tipo de contratação coletivo empresarial, a segmentação assistencial e a abrangência geográfica exigidas neste Termo de Referência;

c) atestado(s) de capacidade técnica, emitido(s) por pessoa jurídica de direito público ou privado, comprovando a execução satisfatória de serviços de assistência à saúde suplementar mediante plano coletivo, envolvendo quantitativo mínimo de 509 (quinhentos e nove) beneficiários, correspondente a aproximadamente 25% do quantitativo estimado para a contratação.

d) comprovação da disponibilidade de, no mínimo, 2 (duas) clínicas de urgência e emergência pediátrica que atendam aos requisitos estabelecidos no item 4.9 deste Termo de Referência, mediante apresentação dos seguintes documentos:

I – identificação do nome e endereço de cada clínica;

II – contrato, termo de credenciamento ou referenciamento, ou documento equivalente que comprove o vínculo com a operadora;

III – declaração do estabelecimento que comprove o funcionamento e a disponibilidade de médico pediatra presencial 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana;

IV – ficha do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

9.6.1.1. O agente de contratação poderá promover diligências para confirmar as condições de funcionamento dos estabelecimentos indicados, observado o art. 64 da Lei Federal nº 14.133/2021.

9.6.2. Para atendimento ao quantitativo mínimo estabelecido na alínea “c”, será admitido o somatório de atestados, desde que os serviços neles comprovados tenham sido executados de forma concomitante, de modo a demonstrar capacidade operacional compatível com a gestão simultânea do quantitativo exigido.

9.6.3. A exigência de comprovação de experiência anterior justifica-se pela natureza continuada e pela relevância assistencial dos serviços, que envolvem a administração de carteira estimada em 2.035 beneficiários, com necessidade de manutenção regular da cobertura, gestão das movimentações cadastrais e garantia de acesso à rede assistencial durante toda a execução contratual.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 10/11/2026 09:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/peea9a7763f7e07

10. ESTIMATIVA DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

10.1. O valor mensal estimado da contratação é de R$ 916.683,41 (novecentos e dezesseis mil, seiscentos e oitenta e três reais e quarenta e um centavos), apurado mediante pesquisa de preços realizada em conformidade com o art. 23 da Lei Federal nº 14.133/2021 e com a Instrução Normativa SEGES/ME nº 65/2021. Para o período inicial de 12 (doze) meses, o valor estimado corresponde a R$ 11.000.200,92 (onze milhões, duzentos reais e noventa e dois centavos).

10.2. Para a composição do valor mensal estimado da contratação, os valores unitários mensais estimados por faixa etária foram aplicados aos respectivos quantitativos estimados de beneficiários, conforme quadro abaixo:

FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE ESTIMADA	VALOR UNITÁRIO MENSAL ESTIMADO	VALOR MENSAL ESTIMADO
00 a 18 anos	481	R$ 176,49	R$ 84.891,69
19 a 23 anos	86	R$ 209,35	R$ 18.004,10
24 a 28 anos	94	R$ 252,34	R$ 23.719,96
29 a 33 anos	104	R$ 280,71	R$ 29.193,84
34 a 38 anos	148	R$ 327,92	R$ 48.532,16
39 a 43 anos	239	R$ 379,59	R$ 90.722,01
44 a 48 anos	276	R$ 503,09	R$ 138.852,84
49 a 53 anos	202	R$ 561,93	R$ 113.509,86
54 a 58 anos	183	R$ 787,59	R$ 144.128,97
A partir de 59 anos	222	R$ 1.014,09	R$ 225.127,98
Total	**2.035**	—	**R$ 916.683,41**

10.3. Os valores estimados referem-se exclusivamente às mensalidades do plano de saúde, calculadas por beneficiário e por faixa etária, não estando incluídos os valores decorrentes da coparticipação, os quais serão apurados de acordo com a efetiva utilização dos serviços pelos beneficiários e cobrados separadamente, nas condições estabelecidas neste Termo de Referência.

10.4. Os quantitativos de beneficiários possuem caráter estimativo e poderão variar durante a execução contratual em decorrência de inclusões, exclusões e mudanças de faixa etária, de modo que o valor mensal efetivamente devido será apurado de acordo com a quantidade de

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 10/11/2026 09:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/peea9a7637e07

beneficiários vinculados ao plano e as respectivas faixas etárias em cada período de competência.

11. ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

11.1. As despesas decorrentes da contratação correrão à conta de dotação orçamentária da Secretaria Municipal da Administração (SMAD), conforme indicação constante na Requisição de Compras nº 452/2026, vinculada ao Processo Digital nº 62.656/2026.

Cachoeirinha/RS, 10 de novembro de 2026.

Assinado eletronicamente por:
TATIANA AUST DA SILVA
10/11/2026 09:02:43
Assinatura digital avançada.

TATIANA AUST DA SILVA
Assist. Administrativo
Mat. nº 15075

Assinado eletronicamente por:
MAICO PEDROSO DA SILVA
10/11/2026 09:04:50
Assinatura digital avançada.

MAICO PEDROSO DA SILVA
Secretário Municipal de Administração
Portaria nº 43/2026

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 10/11/2026 09:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/peea9a7637e07