CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

TERMO DE REFERÊNCIA (TR)

Brasília, 23 de maio de 2025

ANEXO I DO PREGÃO ELETRÔNICO Nº 90003/2025

1- CONDIÇÕES GERAIS DA CONTRATAÇÃO

1.1. Contratação de operadoras ou seguradoras especializadas na prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, laboratorial, exames complementares e serviços auxiliares de diagnósticos, terapia e internações, na modalidade coletiva do tipo plano básico em enfermaria, com abrangência regional (Distrito Federal e entorno, conforme rede credenciada/referenciada) e atendimento de urgência e emergência a nível nacional, sem coparticipação, e do tipo plano opcional em apartamento individual com banheiro privativo, também com abrangência regional (Distrito Federal e entorno, conforme rede credenciada/referenciada) e atendimento de urgência e emergência a nível nacional, sem coparticipação, sem exclusão de doenças preexistentes ou crônicas, para os funcionários do CRM-DF e seus dependentes.

Tabela 1:

Item	Descrição dos Serviços	Idade (anos)	QTDE de Vidas	Valor Unitário Estimado	Valor Total Mensal Estimado
1	**Plano básico em ENFERMARIA, com abrangência regional (Distrito Federal e entorno) e atendimento de urgência e emergência a nível nacional, conforme rede credenciada/referenciada, sem coparticipação**	**Até 18 anos**	03	R$ 391,13	R$ 1.173,39
		19 a 23 anos	02	R$ 446,06	R$ 892,12
		24 a 28 anos	00	R$ 479,19	R$ 0,00
		29 a 33 anos	00	R$ 519,27	R$ 0,00
		34 a 38 anos	00	R$ 581,78	R$ 0,00
		39 a 43 anos	02	R$ 681,76	R$ 1.363,52
		44 a 48 anos	00	R$ 913,89	R$ 0,00
		49 a 53 anos	02	R$ 1.156,02	R$ 2.312,04
		54 a 58 anos	00	R$ 1.434,89	R$ 0,00
		A partir de 59 anos	00	R$ 2.189,77	R$ 0,00
		Total Mensal	09	-	**R$ 5.741,07**
	Plano básico em APARTAMENTO, com abrangência regional (Distrito Federal e	**Até 18 anos**	19	R$ 500,74	R$ 9.514,06
		19 a 23 anos	07	R$ 576,77	R$ 4.037,39
		24 a 28 anos	01	R$ 668,26	R$ 668,26
		29 a 33 anos	06	R$ 752,37	R$ 4.514,22
		34 a 38 anos	09	R$ 847,23	R$ 7.625,07
		39 a 43 anos	13	R$ 980,56	R$ 12.747,28

2	**entorno) e atendimento de urgência e emergência a nível nacional, conforme rede credenciada/referenciada, sem coparticipação**	**44 a 48 anos**	09	R$ 1.227,56	R$ 11.048,04
		49 a 53 anos	06	R$ 1.457,01	R$ 8.742,06
		54 a 58 anos	07	R$ 1.829,83	R$ 12.808,81
		A partir de 59 anos	07	R$ 2.785,96	R$ 19.501,72
		Total Mensal	84	-	**R$ 91.206,91**
Valor total mensal da contratação (somatório do item 1 + item 2)				**R$ 96.947,98**	
Valor global do contrato (12 meses) (Valor total mensal multiplicado por 12)				**R$ 1.163.375,76**	

1.2. O valor total estimado da contratação para o período de 12 meses é de **R$ 1.163.375,76 (um milhão, cento e sessenta e três mil, trezentos e setenta e cinco reais e setenta e seis centavos)**. Desse montante, caberá ao CRM-DF o custeio de **R$ 839.712,48 (oitocentos e trinta e nove mil, setecentos e doze reais e quarenta e oito centavos)** e aos empregados o custeio de **R$ 323.663,28 (trezentos e vinte e três mil, seiscentos e sessenta e três reais e vinte e oito centavos)**, conforme previsto no Acordo Coletivo de Trabalho.

1.3. A estimativa da quantidade de vidas considerada no instrumento convocatório baseia-se no quadro atual de empregados ativos (maio/2025), na livre escolha do plano, na possível inclusão de dependentes e nas eventuais alterações no quadro funcional da Autarquia, decorrentes de contratações ou desligamentos.

1.4. O serviço licitado tem padrão de qualidade e desempenho definido objetivamente, trata-se de objeto plenamente disponível no mercado, sendo enquadrado na definição de serviços comum descrita no art. 29 da Lei 14.133/21.

1.5. O serviço **possui caráter continuado sem fornecimento de mão de obra em regime de dedicação exclusiva**, a ser contratado mediante pregão eletrônico.

1.6. O prazo de vigência da contratação é de 12 (doze) meses, contados da assinatura do contrato, prorrogável para até 10 anos, na forma dos artigos 106 e 107 da Lei n° 14.133, de 2021, conforme justificativa constante do Estudo Técnico Preliminar.

2- DA FUNDAMENTAÇÃO E DA DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE DOS SERVIÇOS

2.1. A fundamentação da Contratação e de seus quantitativos encontra-se pormenorizada em tópico específico dos Estudos Técnicos Preliminares, apêndice deste Termo de Referência.

2.2. A presente contratação está prevista no orçamento/2025.

3- DA DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO

DA ADESÃO

3.1. A adesão ao plano de assistência à saúde é facultativa, não havendo obrigatoriedade de permanência por parte dos beneficiários, tampouco responsabilidade do CRMDF quanto ao número de adesões.

3.2. A adesão dos Beneficiários Titulares será feita mediante a assinatura de um "Termo de Adesão", a ser fornecido pelo CONTRATANTE, no qual deve constar a opção pelo plano oferecido pela CONTRATADA.

3.3. A adesão dos Beneficiários Dependentes será realizada pelo respectivo Beneficiário Titular, mediante assinatura de Termo de Adesão fornecido pelo CONTRATANTE, no qual deverá constar a opção pelo plano escolhido. A inclusão dos dependentes deverá ocorrer no mesmo plano contratado pelo titular.

3.4. A licitante vencedora admitirá a transferência de beneficiário titular de um plano de custo menor – no caso o plano contratado - para outro de custo maior, ficando, contudo, sob a responsabilidade do referido beneficiário o pagamento de 100% (cem por cento) da diferença existente, entre um plano e outro.

DOS BENEFICIÁRIOS

3.5. Os beneficiários dos serviços objeto desta contratação dividem-se em:

3.1.1. Beneficiários Titulares:

a) Os funcionários com vínculo empregatício, com a possibilidade da existência de inativos (desde que assumam, integralmente, o respectivo custeio), conforme Resolução Normativa da ANS 479, de 24 de novembro de 2011;

3.1.2. Beneficiários Dependentes:

a) O cônjuge ou companheiro(a) legalmente comprovado, sem a concorrência com o cônjuge, salvo decisão judicial;

b) O companheiro ou companheira de união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios para o reconhecimento da união estável;

c) A pessoa separada judicialmente ou divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;

d) Os filhos, inclusive enteados (solteiros), de funcionários do CRM-DF, até 21 (vinte e um) anos de idade e os incapacitados para o trabalho, inválidos ou interditados por alienação mental, sem limite de idade, devidamente comprovado por junta médica oficial;

e) Os filhos, inclusive enteados (solteiros), até 24 (vinte e quatro) anos de idade, de funcionário do CRM-DF, quando estudante universitário ou de escola técnica de 2º grau, não tendo economia própria;

f) O menor, sob a guarda ou sob a tutela de funcionário do CRM-DF, por força de decisão judicial, até 21 (vinte e um) anos de idade;

g) Os funcionários sem vínculo efetivo com a Administração Pública, ocupantes de cargo de livre provimento.

3.6. Os beneficiários residem, em sua maioria, no Distrito Federal, havendo também casos de residência em municípios da região do entorno.

3.7. A saída do beneficiário titular, a pedido do mesmo, provocará a saída de todos os dependentes a ele vinculado.

3.8. O beneficiário que solicitou a exclusão poderá retornar ao plano de saúde cumprindo todas as carências previstas no item 10 deste instrumento.

3.9. Esclarecemos que, no perfil de beneficiários do CRM-DF, não existem:

a) Aposentados por invalidez;

b) Beneficiários em regime de atendimento domiciliar (home care);

c) Beneficiários agregados, como pais, mães, tios, tias, irmãos, sogros(as) e semelhantes;

d) Beneficiários atendidos por força de liminar judicial.

DO CUSTEIO E DA RESPONSABILIDADE PELO PAGAMENTO DO PLANO

3.10. O Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal - CRMDF será o responsável pelo pagamento do plano de saúde, sendo a parte que cabe aos funcionários debitada em folha de pagamento, de acordo com os percentuais previstos no Acordo Coletivo de Trabalho 2024/2025, registrado no Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) sob o número DF000591/2024.

3.11. No caso de aposentados e demitidos, sejam eles titulares ou dependentes, a cobrança de mensalidade dar-se-á pela empresa contratada, que terá responsabilidade exclusiva de cobrança e controle de inadimplência, não cabendo nenhum ônus para o CRM-DF.

DA COBERTURA ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

3.12. O plano contratado deverá garantir a cobertura assistencial mínima conforme o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estabelecido pela Agência de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época da prestação do serviço, inclusive suas atualizações, com destaque para os serviços discriminados neste Termo de Referência.

3.13. A cobertura deverá abranger atendimentos no âmbito do Distrito Federal, com acesso a número ilimitado de clínicas especializadas e estabelecimentos reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), sem carência, limites de utilização ou coparticipação, conforme os termos e condições contratuais.

3.14. A cobertura assistencial mínima do plano incluirá, sem limitação de valor, prazo ou quantidade, os seguintes serviços e condições:

a) Consultas médicas em todas as especialidades reconhecidas, inclusive obstétricas para pré-natal, em número ilimitado;

b) Internações hospitalares em hospitais, centros médicos, casas de saúde e clínicas básicas e especializadas, com acomodação em quarto individual com banheiro privativo, incluindo diárias hospitalares, alimentação, nutrição, enfermagem, serviços gerais e materiais utilizados;

c) Internações em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), UTI Neonatal, Unidade Coronariana e Unidade Respiratória, com cobertura de todos os insumos e serviços utilizados durante a internação;

d) Cirurgias de qualquer natureza, inclusive oftalmológicas, plásticas reparadoras e eletivas, conforme indicação médica;

e) Exames médicos, complementares e de imagem, bem como procedimentos diagnósticos e terapêuticos em ambiente ambulatorial ou hospitalar, inclusive os solicitados para controle da evolução da doença;

f) Serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, como análises clínicas, radiologia, endoscopias, eletrocardiograma, ecocardiograma, entre outros previstos no Rol da ANS;

g) Saúde mental e transtornos psiquiátricos:

· Atendimento ilimitado com médico psiquiatra para tratamento ambulatorial;

· Atendimento a emergências psiquiátricas, inclusive em casos de risco à vida, suicídio, autoagressão e transtornos graves;

· Psicoterapia de crise, com início imediato após emergência, por até 12 sessões anuais;

· Internações psiquiátricas em hospital especializado ou enfermaria psiquiátrica;

· Cobertura mínima de 180 dias por ano para diagnósticos dos grupos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 (CID-10);

h) Atendimento a doenças crônicas, doenças pré-existentes, doenças congênitas, doenças infectocontagiosas e endêmicas de notificação compulsória, inclusive HIV/AIDS;

i) Atendimento a doenças relacionadas à senilidade, conforme classificação CID-10 vigente;

j) Material de osteossíntese (placas, pinos, parafusos, hastes, fios, enxertos vasculares e telas cirúrgicas), sem limitação de quantidade ou valor;

k) Atendimento integral em casos de acidente de trabalho;

l) Remoção do paciente, inclusive com UTI móvel e acompanhamento médico, entre unidades hospitalares, nos casos de urgência ou emergência, mediante justificativa do médico assistente;

m) Atendimento médico-hospitalar ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção;

n) Acomodação de 01 (um) acompanhante em caso de internação de paciente menor de 18 anos, maior de 65 anos ou pessoa com deficiência, com cobertura das diárias da acomodação;

o) Cobertura de todos os serviços assistenciais em todo o território do Distrito Federal, conforme rede própria ou credenciada/referenciada da CONTRATADA, e nos termos das normas vigentes da ANS.

3.15. Em caso de remoção inter-hospitalar, deverá ser garantido transporte adequado e cobertura integral das despesas, desde que justificada por relatório médico, nos limites territoriais do Distrito Federal.

3.16. As despesas decorrentes dos serviços listados neste item deverão ser integralmente cobertas ou reembolsadas pela CONTRATADA, observados os limites e condições do plano

contratado, mesmo quando prestados por terceiros reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina.

3.17. Observações complementares sobre a abrangência da cobertura assistencial:

3.17.1. As coberturas descritas neste item devem observar, em sua prestação, as diretrizes estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, o contrato celebrado e os normativos vigentes. A execução dos serviços deverá ocorrer nos termos previstos neste Termo de Referência, que trata do atendimento, estrutura da rede assistencial, procedimentos operacionais, autorizações e demais condições práticas de uso do plano de saúde pelos beneficiários.

DAS CONDIÇÕES MÍNIMAS DE INFRAESTRUTURA

3.18. As condições mínimas de infraestrutura para atendimento do Plano de Assistência à Saúde são:

a) No mínimo 6 (seis) hospitais gerais, distribuídos entre as regiões da Asa Sul, Asa Norte, Lago Sul, Ceilândia, Gama e Taguatinga, sendo um deles de grande porte no Plano Piloto, com leitos que tenham Unidade de Terapia Intensiva, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Pronto Socorro 24 (vinte e quatro horas), inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internação e exames complementares de diagnósticos, nas áreas de Clínica Médica, Obstétrico e Ginecológico, Ortopédico, Oftalmológico, Cardiológico e Cirurgia Geral, assim distribuídos no âmbito do Distrito Federal.

b) No mínimo, 2 (duas) clínicas especializadas de imagem, próprias ou credenciadas/referenciadas, no Distrito Federal. Ao menos uma clínica deverá ser no Plano Piloto do Distrito Federal.

c) No mínimo, 2 (dois) laboratórios de exames complementares, próprios ou credenciados/referenciados, no Distrito Federal. Ao menos um laboratório deverá ser no Plano Piloto do Distrito Federal.

3.19. As Regiões Administrativas do Distrito Federal devem ser consideradas como área geográfica de abrangência de saúde homogênea e única. Portanto, são pertencentes à mesma área de atuação do produto, não podendo ser adotado o conceito de município limítrofe previsto na RN 566/2022-ANS.

3.20. No Distrito Federal, a empresa contratada deverá ofertar, obrigatoriamente, rede referenciada/credenciada para todos os procedimentos ambulatoriais e hospitalares previstos no rol obrigatório da ANS e nos termos das especificações adicionais deste documento.

DAS COBERTURAS

3.21. A CONTRATADA deverá cobrir integralmente todas as despesas decorrentes da assistência contratada, mesmo na ausência de prestadores credenciados/referenciados, devendo, ainda, garantir a seguinte abrangência mínima de cobertura, sem exclusão de doenças preexistentes ou crônicas:

a) Especialidades médicas:

1. Acupuntura;
2. Alergologia;
3. Anestesiologia;

4. Angiologia;
5. Cardiologia;
6. Cardiologia pediátrica;
7. Cirurgia cardiovascular;
8. Cirurgia de cabeça e pescoço;
9. Cirurgia de mama;
10. Cirurgia de mão;
11. Cirurgia gastroenterológica;
12. Cirurgia geral;
13. Cirurgia pediátrica;
14. Cirurgia intraocular;
15. Cirurgia plástica reparadora;
16. Cirurgia torácica;
17. Cirurgia vascular;
18. Clínica médica;
19. Dermatologia clínica e cirúrgica;
20. Endocrinologia clínica e cirúrgica;
21. Fisiatria;
22. Gastroenterologia;
23. Geriatria;
24. Ginecologia;
25. Hematologia;
26. Hepatologia;
27. Homeopatia;
28. Mastologia;
29. Nefrologia;
30. Neonatologia;
31. Neurocirurgia;
32. Neurocirurgia pediátrica;
33. Neurologia;
34. Obstetrícia;
35. Oftalmologia;
36. Oncologia;
37. Ortopedia;
38. Otorrinolaringologia;
39. Pediatria;
40. Pneumologia;
41. Proctologia;
42. Psiquiatria;
43. Reumatologia;
44. Traumato-ortopedia clínica e cirúrgica;
45. Urologia;
46. Qualquer outra patologia clínica classificada pela Organização Mundial da Saúde, cuja cobertura seja determinada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e/ou pelo respectivo órgão fiscalizador da área médica.
47. Todas aquelas relacionadas na Tabela de Especialidades Médicas da AMB atualizada e as constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, conforme normativos vigentes à época da prestação do serviço.

b) Exames Complementares:

1. Análises Clínicas;
2. Anatomia Patológica;

3. Angiografia Arterial, Venosa e Linfática;
4. Angiografia Digital;
5. Angioplastia;
6. Arteriografia;
7. Audiometria;
8. Bioimpedanciometria, "Tilt Tests" e seus Derivados;
9. Biópsia;
10. Broncoesofagoscopia;
11. Broncoscopia;
12. Cardiotocografia;
13. Cateterismo;
14. Cicioergometria;
15. Cineangiocoronariografia;
16. Cintilografia;
17. Citopatologia;
18. Colposcopia;
19. Coronariografia;
20. Cromatografia para Doenças Genéticas;
21. Densitometria Óssea;
22. Dosagens de Substâncias Relacionadas a Erros Inatos do Metabolismo;
23. Ecocardiografia;
24. Eletrocardiografia Dinâmica (Holter de 12 e 24 horas);
25. Eletrococleografia;
26. Eletrodiagnóstico;
27. Eletroencefalografia (de Rotina, em Vigília, em Sono e Vigília e Mapeamento Cerebral);
28. Eletromiografia;
29. Eletroneuromiografia;
30. Endoscopia Diagnóstica, Cirúrgica e Terapêutica (Digestiva, Ginecológica, Peroral, Respiratória,
Ortopédica e Urológica), inclusive com utilização de Vídeo;
31. Ensaios Enzimáticos;
32. Ergometria;
33. Exames Citológicos e Colposcópicos;
34. Exames Oftalmológicos;
35. Exames Otorrinolaringológicios;
36. Fluoresceinografia;
37. Fonocardiografia;
38. Hemodinâmica (Cineangiocoronariografia e Cateterismo Cardíaco);
39. Laparoscopia Diagnóstica e Terapêutica;
40. Mamografia de Alta Resolução;
41. Medicina Nuclear, Radioisotopia e Cinetografia;
42. Neuroradiografia;
43. Patologia Clínica e Cirúrgica (inclusive Neuromotora, Respiratória, Osteomioarticulares,
Cardiovasculares, Dermatológicas e Patologias Diversas);
44. Peniscopia;
45. Potencial Evocado (Auditivo, Visual e Somato-Sensitivo);
46. Prova de Função Pulmonar Completa;
47. Radiologia Geral;
48. Radiologia Intervencionista;
49. Ressonância Magnética;
50. Ressonância Magnética Funcional;
51. Teste Alérgico;

52. Teste Ergonométrico;
53. Teste Oftalmológico;
54. Teste Otorrinolaringológico;
55. Tomografia Computadorizada;
56. Triagem para Erros Inatos de Metabolismo na Urina;
57. Ultrassonografia;
58. Urodinâmica;
59. Vídeo Histeroscopia;
60. Vídeo Laparoscopia Diagnóstica e Cirúrgica;
61. Vídeo Laringoscopia;
62. Videolaringoestroboscopia;
63. Vulvoscopia;
64. Xeroradiografia;
65. Todos os demais exames relacionados na Tabela de Exames da AMB atualizada, cuja cobertura seja determinada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, conforme o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época da prestação do serviço.

c) Procedimentos e Serviços Auxiliares:

1. Acompanhamento Clínico no Pós-Operatório Imediato ou Tardio dos beneficiários submetidos a Transplante de Rim e Córnea (exceto medicação de manutenção);
2. Angioplastia, Revascularização e Revascularização do Miocárdio;
3. Artroscopia;
4. Atendimento psiquiátrico:
5. Betaterapia;
6. Cauterização;
7. Citoplastia;
8. Colonoscopia;
9. Cobaltoterapia;
10. Colocação de Gesso ou Similares;
11. Colocação de Sínteses;
12. Criocauterização;
13. Diálise;
14. Eletrofisiologia Cardíaca;
15. Embolizações;
16. Escleroterapia ou Tratamento Esclerosante (limitado a 24 (vinte e quatro) aplicações por beneficiário por ano de vigência do contrato individual);
17. Exames Pré-anestésicos ou Pré-cirúrgicos;
18. Fisioterapia (limitado a 60 (sessenta) sessões por beneficiário por ano de vigência do contrato individual, salvo quando solicitado e justificado pelo médico assistente, em razão da gravidade e/ou complexidade do caso);
19. Fisioterapia Respiratória;
20. Gasoterapia;
21. Hemodiálise;
22. Hemodinâmica (Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos);
23. Hemoterapia;
24. Hipertermia prostática;
25. Histocipatologia;
26. Inaloterapia;
27. Internação, inclusive em UTI ou similar;
28. Laparoscopia Terapêutica;
29. Laserterapia;
30. Litotripsias;

31. Neurofisiologia;
32. Nutrição Paraenteral e Enteral;
33. Oxigenoterapia Hiperbárica (Não Estética);
34. Próteses, Órteses e seus Acessórios (somente ligados ao ato cirúrgico);
35. Quimioterapia;
36. Quimioterapia Anti-Neoplásica;
37. Radiologia Intervencionista;
38. Radioterapia (inclusive Radiomoldagem, Radioimplante e Braquiterapia);
39. Reabilitação Cardiológica e Neurológica;
40. Remoção;
41. Transfusão de Sangue ou Aplicação de Plasma;
42. Transplante de rim e córnea;
43. Tratamento da obesidade mórbida em ambiente hospitalar;
44. Todos os demais procedimentos e serviços auxiliares cuja cobertura seja determinada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, conforme o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época da prestação do serviço, inclusive suas atualizações normativas.

DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

3.22. Estarão excluídos da cobertura contratual os procedimentos e eventos assistenciais vedados pela Lei nº 9.656/1998 ou normativo pertinente.

DAS CARÊNCIAS

3.23. Ficam isentos de carências os titulares e dependentes inscritos em até 30 (trinta) dias após o início de vigência do contrato de Plano de Saúde ou da sua vinculação ao Contratante e desde que preencham os pré-requisitos do art. 5 da RN 557/2022-ANS.

3.24. Para todos aqueles beneficiários que já possuam elegibilidade de ingresso no início de vigência do contrato de Plano de Saúde, mas que aderirem ao contrato após o 30º (trigésimo) dia do início da vigência, serão aplicadas as seguintes carências:

a) 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência, incluindo complicações gestacionais;

b) até 30 (trinta) dias, no máximo, para consulta, exames simples, fonoaudiologia, psicomotricidade, acupuntura, psicoterapia, terapia ocupacional e nutrição;

c) até 180 (cento e oitenta) dias, no máximo, para todos os demais procedimentos;

d) 300 (trezentos) dias para parto; e

e) 24 (vinte e quatro) meses para doenças e lesões pré-existentes.

3.25. A empresa contratada deverá fornecer, sem quaisquer ônus, profissional adequado para dirimir eventuais dúvidas dos beneficiários sobre eventuais carências aplicáveis.

3.26. Poderão ser incluídos dependentes no Plano de Saúde, após o início de vigência do respectivo contrato, sem cumprimento de carência, para os seguintes casos e desde que cumpridos os prazos assinalados:

a) nascituros: até 30 (trinta) dias data do nascimento;

b) cônjuge: até 30 (trinta) dias da data do casamento ou da data de vigência da escritura de união estável; e

c) filhos adotivos até 24 anos: até 30 (trinta) dias da data da sentença que homologou a adoção, aproveitando-se as carências já cumpridas pelo adotante.

3.27. Por ocasião do aniversário do contrato, o beneficiário poderá efetuar o *downgrade* ou *upgrade* de planos. No caso de upgrade estará sujeito as carências previstas no item 10.2 deste instrumento.

DOS TRATAMENTOS EM CURSO

3.28. Deverá ser assegurada a continuidade dos tratamentos que estejam em curso anteriormente à vigência do novo contrato, realizados por meio do plano de saúde contratado anteriormente.

3.29. Nos casos de beneficiários em tratamento prolongado, se estes estiverem utilizando recursos médicos ou hospitalares não cobertos pela nova rede credenciada, poderão ser redirecionados para centros de atendimento especializados cobertos pelo novo plano de saúde.

3.30. Beneficiários que estejam internados, na data de início da vigência do novo contrato, em hospitais não pertencentes à nova rede credenciada, deverão ser transferidos para estabelecimento credenciado, desde que haja estabilidade clínica e autorização do médico assistente para a remoção inter-hospitalar, respeitada, sempre que possível, a escolha do beneficiário ou de seus familiares. Caso a transferência não seja autorizada ou, autorizada, o beneficiário ou seu responsável opte pela permanência no hospital não credenciado, o CRMDF e a empresa contratada não se responsabilizarão pelas despesas daí decorrentes.

3.31. Para beneficiários não internados durante o período de implantação do novo plano de saúde, não será exigida a manutenção do acompanhamento no mesmo hospital ou clínica anterior, caso tais unidades não integrem a nova rede credenciada da CONTRATADA.

3.32. Deverá ser garantida a continuidade do acompanhamento pré-natal e do parto para gestantes com idade gestacional igual ou superior a 36 (trinta e seis) semanas na data de início da vigência do contrato, assegurando-se a possibilidade de manutenção do médico assistente anterior, desde que haja aceitação por parte do profissional e negociação com a CONTRATADA, conforme opção da gestante.

3.33. Deverá ser assegurada a continuidade dos tratamentos de beneficiários portadores de patologias graves ou complexas, em recursos médicos e/ou hospitalares constantes da nova rede credenciada da CONTRATADA.

3.34. Foram identificados, no período de março/2024 a fevereiro/2025, beneficiários com histórico de uso intensivo do plano de saúde, incluindo atendimentos complexos e contínuos, a exemplo de:

· Internações prolongadas em apartamentos e unidades de terapia intensiva (UTI);

· Procedimentos neurológicos (como reconstrução craniana);

· Exames de alto custo e uso de materiais especiais;

· Tratamentos oncológicos;

· Procedimentos hemodinâmicos (como cateterismo);

· Atendimento psicológico e psicoterapêutico, inclusive para TEA (transtorno do espectro autista);

· Procedimentos otorrinolaringológicos (ex: turbinectomia);

· Atendimento fisioterapêutico intensivo;

· Cirurgias dermatológicas (como exérese de lesões);

· Presença de doenças crônicas ou patologias graves com tendência a manutenção de alto custo assistencial.

3.35. Os casos identificados foram classificados por perfis de risco, de acordo com a natureza e a recorrência dos atendimentos:

Risco 1 – Patologias com previsão de baixo custo, geralmente pontuais;

Risco 2 – Casos com custo moderado, podendo evoluir;

Risco 3 – Patologias crônicas ou graves, com previsão de custo elevado.

DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

3.36. O atendimento será realizado no Distrito Federal, por meio de consultórios, hospitais, clínicas, laboratórios e demais unidades próprias ou credenciadas/referenciadas da CONTRATADA, sem limite de utilização ou valor, inclusive para internações e atendimentos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

3.37. A CONTRATADA deverá garantir atendimento regional por profissionais e/ou estabelecimentos credenciados/referenciados, abrangendo todas as especialidades constantes no Rol de Procedimentos da ANS, conforme rede atualizada e disponível ao beneficiário.

3.38. A escolha dos profissionais e especialidades da rede de atendimento será realizada pelo beneficiário, por meio de consulta a guia ou manual físico, ou plataforma eletrônica disponibilizada pela CONTRATADA, contendo os nomes, especialidades, endereços, telefones e demais informações pertinentes.

3.39. Quando solicitado pelo beneficiário, a CONTRATADA deverá disponibilizar a carteira física para o beneficiário solicitante e seus dependentes.

3.40. É vedada a cobrança de quaisquer taxas para implantação do plano de saúde contratado.

3.41. A CONTRATADA reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido os trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei Federal nº 9.656/1998, mediante comunicação, não podendo desconfigurar o padrão da rede credenciada prevista neste instrumento.

3.42. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor, conforme as normas estabelecidas pela ANS.

3.43. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos beneficiários, com acesso direto dos beneficiários à rede credenciada/referenciada, não podendo a contratada criar embaraços ou dificuldades na busca dos prestadores.

3.44. A empresa contratada deverá disponibilizar, no seu site e/ou em aplicativo, a relação completa da rede de atendimento para os planos contratados.

3.45. Independentemente da supressão ou aumento do número de vidas, quaisquer revisões ou reajuste ou qualquer outra forma de modificação positiva dos valores cobrados somente poderão ocorrer no aniversário do contrato, exceto nos casos de mudança de faixa etária do beneficiário.

3.46. Os atendimentos de urgências/emergências são obrigatórios quando ocorridos em outras unidades da federação, preferencialmente em rede credenciada/referenciada, podendo-se adotar o disposto na RN 566/2022-ANS.

3.47. As internações deverão ser processadas mediante “Pedido de Internação” emitido pelo médico assistente, e “Guia de Internação” fornecida pela CONTRATADA, exceto nos casos de urgência e emergência devidamente justificados.

DAS AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

3.48. Os procedimentos que necessitarem de autorização prévia deverão ter resposta emitida pela CONTRATADA dentro dos prazos máximos estabelecidos pela Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011, da ANS, ressalvada a possibilidade de prazos inferiores, se acordados entre as partes.

3.49. Em caso de negativa de autorização, a CONTRATADA deverá comunicar formalmente o beneficiário, mediante solicitação, apresentando justificativa detalhada e em linguagem clara, conforme disposto na RN nº 395/2016 da ANS.

DO REEMBOLSO DE DESPESAS

3.50. Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados ao beneficiário, com assistência à saúde, quando não houver rede contratada ou credenciada pela Contratada, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo plano, sempre que:

a) O serviço for realizado em localidade pertencente à área de abrangência geográfica do plano, onde não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento, ressalvado o disposto nos subitens 6.2 e 6.3;

b) Se configurar urgência ou emergência devidamente justificada em relatório pelo médico assistente que executou o procedimento, ressalvado o disposto nos subitens 6.2 e 6.3; e

c) Quando houver paralisação do atendimento pela rede de serviços ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.

3.51. Quando da assinatura do contrato deverá ser apresentada Tabela de Referência de reembolso a ser utilizada, última versão, quando respectivamente utilizadas para a remuneração comprovada e auditável dos prestadores, obviamente adaptada para atendimento da Lei Federal nº 9.656/1998, suas emendas e complementos. A Tabela será referência para reembolso em observância ao tipo de plano, conforme item 1.

3.52. O pagamento do reembolso será efetuado, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos documentos, em via original, elencados:

a) Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;

b) Recibos de pagamento dos honorários profissionais, com nome do profissional, endereço, especialidade, CRM, CPF, telefone e especificação do procedimento realizado;

c) Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e

d) Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

3.53. Ocorrendo atraso imputável ao beneficiário ou a contratante, o prazo previsto no item 14.3 será suspenso, voltando a correr no dia imediatamente posterior ao saneamento da crítica existente.

3.54. O acompanhamento do pagamento do reembolso poderá ser realizado através do aplicativo. Entretanto, em caso de atraso ou entraves no reembolso, a operadora deverá disponibilizar escritório em Brasília para dirimir dúvidas e solucionar eventuais pendencias.

3.55. Quando ocorrer atendimento fora do Distrito Federal, no caso de ausência de rede credenciada, os reembolsos estarão subordinados as regras da ANS, em especial a RN 566/2022-ANS e suas diretrizes.

3.56. Não haverá reembolso quando utilizada a rede credenciada/referenciada.

DOS RELATÓRIOS DE SINISTRALIDADE

3.57. A CONTRATADA para prestação da assistência à saúde deverá encaminhar relatórios e extratos sobre a utilização do plano, conforme descrição a seguir:

a) Ao CRMDF, trimestralmente, relatório detalhado de utilização por titular contendo o nome do usuário, a data de utilização, a especialidade, o procedimento e o valor de tabela do evento e relatórios de sinistralidade.

b) Para o beneficiário titular, por solicitação, via correspondência ou por meio eletrônico, extrato detalhado de utilização por titular contendo o nome do usuário, a data de utilização, o local de atendimento, a especialidade, o procedimento e o valor de tabela do evento.

c) O CRMDF poderá solicitar o envio de relatórios detalhados e ainda outras informações que julgar necessárias ao acompanhamento da execução do contrato.

4- REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

4.1. Os requisitos da contratação estão descritos em tópico específico dos Estudos Técnicos Preliminares.

Sustentabilidade

4.2. Os critérios de sustentabilidade estão especificados no tópico “Requisitos da Contratação” no Estudo Técnico Preliminar – ETP.

Subcontratação

4.3. Não será admitida a subcontratação do objeto licitado.

Garantia de Execução

4.4. Não será exigida garantia da contratação de que tratam os arts. 96 e seguintes da Lei 14.133/21, pelas razões abaixo justificadas:

4.4.1. Não se trata de execução de serviço com dedicação de mão de obras exclusiva;

4.4.3. Inviabilidade de criar cláusula demasiadamente onerosa e desnecessária que possam afastar do certame os licitantes criando obstáculo ao alcance da economicidade e vantajosidade da contratação.

Vistoria

4.5. Não se aplica.

5- DO MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

5.1. Considerando que o contrato vigente será encerrado em 31 de maio de 2025, a implantação do serviço de assistência médica deverá ocorrer de forma imediata a partir da data de assinatura do novo contrato, de modo a garantir a continuidade ininterrupta do benefício aos empregados.

5.2. A CONTRATADA deverá, no ato da assinatura, disponibilizar os meios necessários para a utilização do plano, incluindo a emissão dos documentos de identificação, por meio físico ou digital, específico para cada beneficiário e o acesso à rede credenciada/referenciada atualizada. A utilização pelos beneficiários terá início a partir do primeiro dia útil subsequente à data da assinatura do contrato.

5.3. Quando solicitado pelo beneficiário, a CONTRATADA deverá disponibilizar a carteira física para o beneficiário solicitante e seus dependentes.

5.4. É vedada a cobrança de quaisquer taxas para implantação do plano de saúde contratado.

5.5. Após a assinatura do contrato, a CONTRATANTE poderá convocar o representante da empresa CONTRATADA para reunião inicial para apresentação do plano de fiscalização, que conterá informações acerca das obrigações contratuais, dos mecanismos de fiscalização, das estratégias para execução do objeto, do plano complementar de execução da contratada, quando houver, do método de aferição dos resultados (IMR) e das sanções aplicáveis.

5.6. A CONTRATADA designará, formalmente, o preposto da empresa, antes do início da prestação dos serviços, indicando no instrumento os poderes/deveres em relação à execução do serviço contratado.

> **5.6.1.** A CONTRATANTE poderá recusar, desde que justificadamente, a indicação ou a manutenção do preposto da empresa, hipótese em que a CONTRATADA designará outro para o exercício da atividade.

6. DO DIMENSIONAMENTO DA PROPOSTA

6.1. Para fins de dimensionamento da proposta, o quantitativo de beneficiários e suas respectivas faixas etárias são:

Idade (anos)	Quantidade de Vidas	Masculino	Feminino
Até 18 anos	22	15	07
19 a 23 anos	09	04	05
24 a 28 anos	01	00	01
29 a 33 anos	06	02	04
34 a 38 anos	09	04	05
39 a 43 anos	15	07	08
44 a 48 anos	09	05	04
49 a 53 anos	08	04	04
54 a 58 anos	07	02	05
A partir de 59 anos	07	02	05
Total	**93**	**45**	**48**

6.2. Os principais indicadores de sinistralidade apurados no contrato atual com a SulAmérica, referentes ao período de março/2024 a fevereiro/2025 foram:

· **Prêmio total pago:** R$ 2.092.159,83

· **Sinistro geral:** R$ 815.954,05

· **Índice de sinistralidade:** 39,01%

6.3. A distribuição por tipo de atendimento foi a seguinte:

· **Rede credenciada:** R$ 810.000,26 (99,28% dos sinistros)

· **Reembolso:** R$ 5.953,79 (0,73% dos sinistros)

6.4. A distribuição dos sinistros por perfil dos beneficiários indicou:

· **Titulares:** R$ 530.664,18 (65,04%)

· **Dependentes:** R$ 285.289,87 (34,97%)

6.5. A quantidade de vidas seguradas ao longo do período oscilou entre 92 e 94 beneficiários, com média de **93 (noventa e três) vidas** ativas.

6.6. As informações foram extraídas do Relatório de Sinistralidade consolidado pela **Operadora Sul América**, sob a apólice administrada pela **EXTRAMED**, cuja cópia integral encontra-se disponível no Processo SEI nº **25.7.000005296-9**.

7. DO MODELO DE GESTÃO DE CONTRATO

Rotinas de Fiscalização Contratual

7.1. O contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas

avençadas e as normas da Lei nº 14.133, de 2021, e cada parte responderá pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

7.2. A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada pelo(s) fiscal(is) do contrato designado(s), ou pelos respectivos substitutos (Lei nº 14.133, de 2021, art. 117, caput).

7.3. O fiscal técnico do contrato anotará no histórico de gerenciamento do contrato todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato, com a descrição do que for necessário para a regularização das faltas ou dos defeitos observados. (Lei nº 14.133, de 2021, art. 117, §1º, e Decreto nº 11.246, de 2022, art. 22, II).

7.4. O fiscal técnico do contrato informará aos seus superiores, em tempo hábil, a situação que demandar decisão ou adoção de medidas que ultrapassem sua competência, para que adote as medidas necessárias e saneadoras, se for o caso. (Decreto nº 11.246, de 2022, art. 22, IV).

7.5. O contratado será responsável pelos danos causados diretamente à Administração ou a terceiros em razão da execução do contrato, e não excluirá nem reduzirá essa responsabilidade a fiscalização ou o acompanhamento pelo contratante (Lei nº 14.133/2021, art. 120).

7.6. Somente o contratado será responsável pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do contrato (Lei nº 14.133/2021, art. 121, caput).

7.6.1. A inadimplência do contratado em relação aos encargos trabalhistas, fiscais e comerciais não transferirá à Administração a responsabilidade pelo seu pagamento e não poderá onerar o objeto do contrato (Lei nº 14.133/2021, art. 121, §1º).

7.7. As comunicações entre este CRM-DF e a contratada devem ser realizadas por escrito sempre que o ato exigir tal formalidade, admitindo-se, excepcionalmente, o uso de mensagem eletrônica para esse fim (IN 5/2017, art. 44, §2º).

7.8. O órgão ou entidade poderá convocar representante da empresa para adoção de providências que devam ser cumpridas de imediato (IN 5/2017, art. 44, §3º).

7.9. Antes do pagamento da nota fiscal ou da fatura, deverá ser consultada a situação da empresa junto ao SICAF.

7.10. Serão exigidos a Certidão Negativa de Débito (CND) relativa a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União, o Certificado de Regularidade do FGTS (CRF) e a Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), caso esses documentos não estejam regularizados no SICAF.

Dos Critérios de Recebimento e Pagamento

7.11. Do Recebimento Provisório e Definitivo

7.11.1. Os serviços serão recebidos, provisoriamente, no prazo de 05 (cinco) dias, pelo fiscal, mediante termo detalhado, quando verificado o cumprimento das exigências de caráter técnico e administrativo. (Art. 140, I, a , da Lei nº 14.133 e Arts. 22, X e 23, X do Decreto nº 11.246, de 2022).

7.11.2. O prazo da disposição acima será contado do recebimento de comunicação de cobrança oriunda do contratado com a comprovação da prestação dos serviços.

7.11.3. Para efeito de recebimento provisório, ao final do faturamento, o fiscal do contrato irá apurar o resultado das avaliações da execução do objeto, registrando em relatório a ser encaminhado ao gestor do contrato.

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

7.11.5. Será considerado como ocorrido o recebimento provisório com a entrega do termo detalhado (relatório).

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

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

7.11.8. Os serviços serão recebidos definitivamente no prazo de 05 (cinco) dias, contados do recebimento provisório, pelo fiscal/gestor do contrato, após a verificação da qualidade e quantidade do serviço e consequente aceitação mediante termo detalhado, obedecendo os seguintes procedimentos:

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

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

7.11.8.3. Comunicar a empresa para que emita a Nota Fiscal ou Fatura;

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

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

7.12. Do Pagamento

7.12.1. O pagamento será efetuado no prazo máximo de até 10 (dez) dias úteis, contados da finalização da liquidação da despesa, conforme seção anterior, nos termos da Instrução Normativa SEGES/ME nº 77, de 2022.

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

7.12.3. O pagamento será realizado através de ordem bancária, para crédito em banco,

agência e conta corrente indicados pelo contratado.

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

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

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

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

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

7.12.9. A Nota Fiscal ou Fatura deverá ser obrigatoriamente acompanhada da comprovação da regularidade fiscal, constatada por meio de consulta on-line ao SICAF ou, na impossibilidade de acesso ao referido Sistema, mediante consulta aos sítios eletrônicos oficiais ou à documentação mencionada no art. 68 da Lei nº 14.133/2021.

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

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

8- DA FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR

Forma e Critérios de Seleção e Regime de Execução

8.1. A Contratada será selecionada por meio da realização de licitação na modalidade pregão eletrônico, com fundamento na Lei nº 14.133/21.

8.2. O critério de julgamento das propostas será pelo **MENOR VALOR GLOBAL DO GRUPO.**

Regime de Execução

8.3. O regime de execução do contrato será empreitada por preço global.

Exigências de Habilitação

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

8.5. Como condição prévia ao exame da documentação de habilitação do licitante detentor da proposta classificada em primeiro lugar, o pregoeiro verificará o eventual descumprimento das condições para contratação, especialmente quanto à existência de sanção que impeça a participação no certame ou a futura contratação, mediante a consulta a cadastros informativos oficiais, tais como:

a) SICAF;

b) Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas - CEIS, mantido pela Controladoria-Geral da União (www.portaldatransparencia.gov.br/ceis); e

c) Cadastro Nacional de Empresas Punidas – CNEP, mantido pela Controladoria-Geral da União (https://www.portaltransparencia.gov.br/sancoes/cnep);

d) As consultas constantes das alíneas “b” e “c” poderão ser substituídas pela consulta consolidada TCU.

8.6. A consulta aos cadastros será realizada em nome da empresa fornecedora e de seu sócio majoritário, por força do artigo 12 da Lei n° 8.429, de 1992, que prevê, dentre as sanções impostas ao responsável pela prática de ato de improbidade administrativa, a proibição de contratar com o Poder Público, inclusive por intermédio de pessoa jurídica da qual seja sócio majoritário.

8.7. Caso conste na Consulta de Situação do Fornecedor a existência de Ocorrências Impeditivas Indiretas, o gestor diligenciará para verificar se houve fraude por parte das empresas apontadas no Relatório de Ocorrências Impeditivas Indiretas.

8.8. A tentativa de burla será verificada por meio dos vínculos societários, linhas de fornecimento similares, dentre outros.

8.9. O interessado será convocado para manifestação previamente a uma eventual negativa de contratação.

8.10. Caso atendidas as condições para contratação, a habilitação do fornecedor será verificada por meio do SICAF, nos documentos por ele abrangidos.

8.11. É dever do fornecedor manter atualizada a respectiva documentação constante do SICAF, ou encaminhar, quando solicitado pela Administração, a respectiva documentação atualizada.

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

8.13. Se o fornecedor for a matriz, todos os documentos deverão estar em nome da matriz, e se o fornecedor for a filial, todos os documentos deverão estar em nome da filial, exceto para atestados de capacidade técnica, caso exigidos, e no caso daqueles documentos que, pela própria natureza, comprovadamente, forem emitidos somente em nome da matriz.

8.14. Serão aceitos registros de CNPJ de fornecedor matriz e filial com diferenças de números de documentos pertinentes ao CND e ao CRF/FGTS, quando for comprovada a centralização do recolhimento dessas contribuições.

8.15. Para fins de contratação, deverá o fornecedor comprovar os seguintes requisitos de

habilitação:

Habilitação Jurídica

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

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

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

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

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

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

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

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

Habilitação fiscal, social e trabalhista

8.24. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas;

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

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

8.27. Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943;

8.28. Prova de inscrição no cadastro de contribuintes (Estadual/Distrital ou Municipal/Distrital) relativo ao domicílio ou sede do fornecedor, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível

com o objeto contratual;

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

8.30. Caso o fornecedor seja considerado isento dos tributos (Estadual/Distrital ou Municipal/Distrital) relacionados ao objeto contratual, deverá comprovar tal condição mediante a apresentação de declaração da Fazenda respectiva do seu domicílio ou sede, ou outra equivalente, na forma da lei;
8.31. O fornecedor enquadrado como microempreendedor individual que pretenda auferir os benefícios do tratamento diferenciado previstos na Lei Complementar n. 123, de 2006, estará dispensado da prova de inscrição nos cadastros de contribuintes estadual e municipal;

Qualificação Econômico-Financeira

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

8.33. Balanço Patrimonial, demonstração de resultado e demais demonstrações contábeis dos 2 (dois) últimos exercícios socais, comprovando:

8.33.1. índices de Liquidez Geral (LG), Liquidez Corrente (LC) e Solvência Geral (SG) migrares a 1 (um);

8.33.1.1. Caso a empresa licitante apresente resultado inferior ou igual a 1 (um) em qualquer dos índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC), será exigido para fins de habilitação capital social mínimo de 10% do valor total estimado da contratação.

8.33.1.2. O atendimento dos índices econômicos previstos no item 7.31.1 deverá ser atestado mediante declaração assinada por profissional habilitado da área contábil, apresentada pela empresa.

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

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

8.33.2.2. Os documentos referidos acima deverão ser exigidos com base no limite definido pela Receita Federal do Brasil para transmissão da Escrituração Contábil Digital – ECD ou Speed.
Qualificação Técnica

8.34. A qualificação técnica da licitante será avaliada por meio da apresentação, junto aos documentos de habilitação dos seguintes documentos:

8.34.1. Declaração de que o licitante tomou conhecimento de todas as informações e das condições locais para o cumprimento das obrigações do objeto da licitação;

8.34.2. Autorização para operar Plano/Seguro de assistência à saúde emitida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

8.34.3. Prova de registro na ANS do(s) plano(s)/seguro(s) ofertado(s), bem como da segmentação assistencial oferecida nos termos do art. 5º da Resolução Normativa ANS nº

338, de 2013, mediante declaração expedida pela citada autarquia ou indicação do número de registro;

8.34.4. Atestado(s) de Capacidade Técnica expedido por pessoa(s) jurídica(s) de direito público ou privado, comprovando a prestação de serviço de assistência médico-hospitalar, compatível com as características e quantidades previstas neste instrumento.

8.34.4.1. O atestado deverá comprovar a prestação de serviço para no mínimo 50% (cinquenta por cento) do quantitativo de beneficiários previstos no Termo de Referência, admitindo-se a soma de atestados para efeito de comprovação da quantidade requerida de números de vidas, desde que relativos a períodos simultâneos e expedidos após a conclusão do contrato ou decorrido, pelo menos, um ano do início da execução;

8.34.4.2. Os atestados de capacidade técnica poderão ser apresentados em nome da matriz ou da filial da empresa licitante.

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

8.34.4.4. Somente serão aceitos atestados expedidos após a conclusão do contrato ou se decorrido, pelo menos, um ano do início de sua execução, exceto se firmado para ser executado em prazo inferior.

8.34.5. O licitante disponibilizará todas as informações necessárias à comprovação da legitimidade dos atestados, apresentando, dentre outros documentos, cópia do contrato que deu suporte à contratação, endereço atual da contratante e local em que foram prestados os serviços, dentre outros documentos.

8.34.6. Os atestados/declarações de capacidade técnica deverão ser emitidos em papel timbrado do emitente, contendo no mínimo os seguintes dados:

· Razão Social, CNPJ e endereço completo da Contratante;

· Razão Social, CNPJ e endereço completo da Contratada;

· Descrição dos serviços;

· Grau de satisfação da instituição/empresa com relação ao serviço;

· Data da emissão, nome, cargo e assinatura do responsável pela emissão.

8.34.7. O CRMDF se reserva o direito de realizar diligências para comprovar a veracidade dos atestados, podendo requisitar cópias dos respectivos Contratos e Aditivos e/ou outros documentos comprobatórios do conteúdo declarado.

Documentação Complementar para Cooperativa

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

8.35.1. A relação dos cooperados que atendem aos requisitos técnicos exigidos para a contratação e que executarão o contrato, com as respectivas atas de inscrição e a

comprovação de que estão domiciliados na localidade da sede da cooperativa, respeitado o disposto nos arts. 4º, inciso XI, 21, inciso I e 42, §§2º a 6º da Lei n. 5.764, de 1971;

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

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

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

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

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

a) ata de fundação;

b) estatuto social com a ata da assembleia que o aprovou;

c) regimento dos fundos instituídos pelos cooperados, com a ata da assembleia;

d) editais de convocação das três últimas assembleias gerais extraordinárias;

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

f) ata da sessão que os cooperados autorizaram a cooperativa a contratar o objeto da licitação; e

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

9- VALOR DA CONTRATAÇÃO

9.1. O valor total máximo estimado da contratação é de R$ **R$ 1.163.375,76 (um milhão, cento e sessenta e três mil, trezentos e setenta e cinco reais e setenta e seis centavos)**.

10- ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

10.1. As despesas decorrentes da execução do objeto da presente contratação correrão à conta da dotação orçamentária disponível para o exercício de 2025 sob a Rubrica nº 6.2.2.1.1.33.90.39.028 – Plano de saúde – Médico e Odontológico.

10.2. A dotação relativa aos exercícios financeiros subsequentes será indicada após aprovação do Orçamento respectivo, mediante apostilamento.

Brasília-DF, 23 de maio de 2025

ELIANE CORRÊA DE SOUZA LIMA
Membro da Equipe de Planejamento

LEANDRO DA SILVA DUARTE
Membro da Equipe de Planejamento

LAURA T. C. DE MENDONÇA AVIANI
Membro Equipe Planejamento

Documento assinado eletronicamente por **Eliane Corrêa de Sousa**, **Chefe de Departamento**, em 23/05/2025, às 17:34, com fundamento no art. 5º da RESOLUÇÃO CFM nº2.308/2022, de 28 de março de 2022.

Documento assinado eletronicamente por **Leandro da Silva Duarte**, **Equipe de planejamento da contratação**, em 26/05/2025, às 09:48, com fundamento no art. 5º da RESOLUÇÃO CFM nº2.308/2022, de 28 de março de 2022.

Documento assinado eletronicamente por **Laura Teresa Carneiro de Mendonça Aviani**, **Equipe de planejamento da contratação**, em 26/05/2025, às 09:48, com fundamento no art. 5º da RESOLUÇÃO CFM nº2.308/2022, de 28 de março de 2022.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://sei.cfm.org.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 informando o código verificador **2538728** e o código CRC **669BC82B**.

Setor de Indústrias Gráficas (SIG), Quadra 01 Lote 985 2º Andar, Sala 202 - Bairro SIG |
CEP | Brasília/DF - https://crmdf.org.br/

Referência: Processo SEI nº 25.7.000005296-9 | data de inclusão: 23/05/2025