TERMO DE REFERÊNCIA

1. UNIDADE REQUISITANTE:

Autarquia Gestora do Programa de Saúde dos Servidores (AGPSS)

2. OBJETO

2.1. Constitui objeto da presente contratação de operadora de plano privado de assistência à saúde para disponibilização de PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL, de adesão facultativa, com opção, no momento da adesão, entre as modalidades de acomodação hospitalar em apartamento individual e em enfermaria, ambas com coparticipação de 30% (trinta por cento) e preservação dos mesmos demais atributos assistenciais e operacionais, diferenciando-se apenas quanto ao padrão de acomodação hospitalar e ao respectivo preço da mensalidade, com segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, destinado aos servidores públicos ativos, aposentados, pensionistas e demais beneficiários legalmente elegíveis vinculados ao Município de Juiz de Fora, por operadora regularmente registrada e ativa perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, observadas as condições, especificações técnicas, requisitos assistenciais e critérios estabelecidos neste Termo de Referência e seus anexos.

2.1.1. Para todos os fins deste Termo de Referência, do edital, da proposta e do contrato, o produto objeto da contratação deverá ser disponibilizado sob o tipo de contratação COLETIVO EMPRESARIAL, conforme a regulamentação vigente da ANS, não sendo admitida sua substituição por plano coletivo por adesão, individual ou familiar.

2.2. A contratação compreenderá a disponibilização de produto coletivo empresarial de assistência suplementar à saúde, destinado à adesão facultativa dos beneficiários elegíveis, observadas as condições previstas neste Termo de Referência, na legislação aplicável e nas normas regulatórias expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

A solução adotada deverá observar mecanismos de preservação da sustentabilidade atuarial da carteira coletiva, mitigação do risco de seleção adversa, proteção da massa atualmente vinculada ao PAS-JF e monitoramento permanente da evolução econômico-financeira, assistencial e regulatória da operação, de modo a evitar que a disponibilização facultativa do plano coletivo produza fragmentação da carteira ou concentração de beneficiários de maior risco assistencial.

A solução adotada busca assegurar a continuidade da política pública de assistência suplementar à saúde destinada aos servidores municipais, mediante modelo assistencial

estruturado em conformidade com as exigências regulatórias atuais do setor, garantindo aos beneficiários acesso a cobertura assistencial, rede credenciada, mecanismos de regulação, padrões de atendimento compatíveis com a legislação aplicável à saúde suplementar, sustentabilidade atuarial da carteira coletiva, proteção da massa atualmente vinculada ao PAS-JF e preservação da continuidade terapêutica.

A gestão operacional da assistência médico-hospitalar, incluindo administração da rede credenciada, autorização de procedimentos, regulação assistencial, cobertura contratual e demais atividades inerentes à operação do plano privado de assistência à saúde, será de responsabilidade da operadora contratada, observadas as obrigações previstas neste Termo de Referência, na Lei Federal nº 9.656/1998 e nas normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

A transferência da gestão operacional à operadora contratada não afastará a necessidade de implantação de mecanismos permanentes de governança, fiscalização, monitoramento atuarial, acompanhamento da execução contratual e controle da qualidade assistencial, especialmente em razão da natureza continuada e essencial da assistência suplementar disponibilizada aos beneficiários.

A Autarquia Gestora do Programa de Saúde dos Servidores (AGPSS) será responsável pela gestão administrativa, pelo acompanhamento contratual e pela fiscalização das obrigações assumidas pela operadora, por meio de sua estrutura administrativa, gestor e fiscais formalmente designados, sem prejuízo das competências do Conselho de Administração e do Conselho Fiscal. Ao Município caberá a gestão da política municipal de auxílio-saúde e das demais obrigações que lhe sejam atribuídas pela Lei Municipal nº 15.448/2026.

Caberá à AGPSS acompanhar indicadores assistenciais, econômico-financeiros, regulatórios e atuariais relacionados à execução contratual, sem prejuízo da responsabilidade operacional da operadora contratada pela assistência suplementar à saúde.

2.3. A contratação integra o modelo institucional do Programa de Saúde dos Servidores e Empregados Públicos Municipais – PASEPM. A política de auxílio-saúde prevista na Lei Municipal nº 15.448/2026 será disciplinada em lei específica e não constitui objeto da presente licitação nem parâmetro de julgamento das propostas, sem prejuízo dos fluxos de custeio que venham a ser estabelecidos para a execução do Programa.

A operacionalização do auxílio-saúde deverá observar mecanismos de preservação da mutualidade da carteira, mitigação da evasão da massa assistida, redução do risco de concentração de beneficiários de alto custo assistencial e preservação da proteção coletiva dos

atuais beneficiários do PAS-JF.

2.4. O objeto compreende, como núcleo assistencial mínimo e obrigatório:

I – consultas médicas eletivas, de urgência e emergência, em clínicas básicas e especializadas, inclusive atendimento obstétrico e pré-natal;

II – exames laboratoriais, exames de imagem, métodos diagnósticos, serviços auxiliares de diagnóstico e demais procedimentos ambulatoriais cobertos pelo Rol da ANS;

III – terapias e atendimentos multiprofissionais de cobertura obrigatória, incluindo fisioterapia, psicoterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, nutrição, fisiatria e reabilitação, observados os parâmetros regulatórios;

IV – procedimentos ambulatoriais e cirurgias de pequeno porte, quando indicados e abrangidos pela cobertura contratada;

V – internações clínicas, cirúrgicas, obstétricas e psiquiátricas, inclusive assistência relacionada à saúde mental e dependência química, na extensão da cobertura obrigatória;

VI – internações em Unidade/Centro de Terapia Intensiva – UTI/CTI adulto, infantil e neonatal, além de leitos especiais, quando clinicamente indicados;

VII – assistência pré-natal, parto, pós-parto e atendimento ao recém-nascido, nos limites legais e regulatórios;

VIII – durante as internações, honorários profissionais, exames, medicamentos, materiais, gases medicinais, transfusões, alimentação hospitalar, órteses e próteses vinculadas ao ato cirúrgico e demais insumos abrangidos pela cobertura obrigatória;

IX – tratamentos e procedimentos de alta complexidade previstos no Rol da ANS, incluindo hemodiálise, diálise, quimioterapia, radioterapia, cirurgias bariátricas, transplantes e demais terapias de cobertura obrigatória;

X – disponibilização de duas modalidades de acomodação hospitalar, de livre escolha do beneficiário no momento da adesão ao plano coletivo empresarial: a) apartamento individual com banheiro privativo; e b) enfermaria, assegurado o direito a acompanhante nas hipóteses previstas em lei e na regulamentação aplicável e preservados, em ambas as modalidades, os mesmos demais atributos assistenciais e operacionais do plano;

XI – rede assistencial própria, credenciada, cooperada ou referenciada suficiente para atendimento no Município de Juiz de Fora e região, conforme os parâmetros mínimos deste Termo de Referência e de seus anexos;

XII – atendimento de urgência e emergência em âmbito nacional, observadas a segmentação e a abrangência do produto contratado;

XIII – remoção terrestre, inclusive por unidade móvel com suporte avançado de vida quando clinicamente indicada, nos termos das normas da ANS e das condições deste Termo de Referência;

XIV – mecanismos de regulação e autorização assistencial, canais de atendimento, aplicativos e ferramentas digitais compatíveis com a regulamentação setorial;

XV – continuidade terapêutica, preservação de tratamentos continuados e internações em curso, plano formal de transição assistida e reconhecimento pleno das carências já cumpridas pelos atuais beneficiários do PAS-JF;

XVI – fornecimento de relatórios, dados estruturados, indicadores assistenciais, operacionais, regulatórios e econômico-financeiros, dashboards e demais instrumentos necessários à gestão e fiscalização da execução contratual pela AGPSS.

XVII – coparticipação fixada em 30% (trinta por cento) para ambas as modalidades de acomodação — apartamento e enfermaria —, com estrutura idêntica, aplicável exclusivamente aos procedimentos ambulatoriais e vedada sua incidência sobre internações, procedimentos oncológicos de qualquer natureza, cirurgias e demais procedimentos hospitalares, nos termos da Lei Municipal nº 15.448/2026 e sempre observada, cumulativamente, a regulamentação vigente da ANS, inclusive eventual regra superveniente mais restritiva;

2.5. A contratação será promovida e formalizada pela Autarquia Gestora do Programa de Saúde dos Servidores (AGPSS), no exercício de sua autonomia administrativa, técnica e financeira e de sua competência de gestão do Programa de Saúde dos Servidores e Empregados Públicos Municipais (PASEPM), mediante procedimento licitatório, observando-se as disposições da Lei Municipal nº 15.448/2026, da Lei Federal nº 14.133/2021, da Lei Federal nº 9.656/1998, das Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e demais normas aplicáveis ao setor de saúde suplementar.

2.6. O objeto caracteriza-se como serviço comum de natureza continuada, uma vez que seus padrões de desempenho e qualidade podem ser objetivamente definidos no edital por meio de especificações usuais do mercado de saúde suplementar, das normas da ANS, dos requisitos mínimos de cobertura, rede, acomodação, transição, atendimento e níveis de serviço descritos neste Termo de Referência.

2.7. Os quantitativos previstos neste Termo de Referência possuem caráter estimativo, não constituindo obrigação de adesão mínima ou quantitativo mínimo garantido pela AGPSS ou pelas entidades mantenedoras, globalmente ou por modalidade de acomodação, considerando a natureza facultativa da adesão dos beneficiários ao plano coletivo disponibilizado e a livre escolha entre apartamento e enfermaria.

3. FUNDAMENTAÇÃO DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

3.1. A presente contratação fundamenta-se na necessidade de manutenção e reestruturação da política de assistência suplementar à saúde destinada aos servidores públicos municipais ativos, aposentados, pensionistas e demais beneficiários legalmente elegíveis vinculados ao Município de Juiz de Fora, observadas as atuais exigências regulatórias, operacionais e assistenciais aplicáveis ao setor de saúde suplementar.

3.2. O modelo historicamente adotado pelo Município, estruturado sob a forma de autogestão, desempenhou relevante função institucional ao longo dos anos, possibilitando acesso continuado à assistência médico-hospitalar e contribuindo para a proteção social e valorização dos servidores municipais.

Contudo, a evolução da complexidade regulatória do setor de saúde suplementar, o aumento progressivo dos custos assistenciais, a ampliação das exigências relacionadas à incorporação tecnológica em saúde e a necessidade de manutenção de estrutura técnica especializada para operação da assistência suplementar passaram a demandar elevado grau de especialização operacional, financeira e administrativa.

O diagnóstico técnico e atuarial do PAS-JF identificou fatores de pressão relacionados ao envelhecimento da massa assistida, à evolução dos custos médico-hospitalares, à dinâmica do custeio e à necessidade de aperfeiçoamento dos mecanismos de financiamento, monitoramento e governança, reforçando a conveniência de modernização do modelo de assistência suplementar.

3.3. A análise técnica desenvolvida no Estudo Técnico Preliminar identificou que a manutenção de modelo estruturado em gestão direta da assistência suplementar exige capacidade operacional contínua relacionada à auditoria médica, regulação assistencial, análise de faturamento hospitalar, gestão de rede credenciada, acompanhamento atuarial e monitoramento permanente das obrigações regulatórias impostas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Verificou-se, ainda, que a crescente complexidade do setor de saúde suplementar e a elevada variabilidade dos custos médico-hospitalares impõem desafios relevantes à sustentabilidade operacional e administrativa de modelos de autogestão mantidos diretamente pela Administração Pública.

Além da complexidade operacional, a análise atuarial identificou concentração relevante de beneficiários nas faixas etárias de maior custo assistencial, especialmente no grupo de 59 anos

ou mais, circunstância que impõe necessidade de avaliação técnica da sustentabilidade do modelo e de mecanismos de mitigação de seleção adversa.

3.4. Nesse contexto, a solução proposta busca assegurar a continuidade da política pública de assistência suplementar à saúde dos servidores municipais mediante estrutura assistencial compatível com as exigências regulatórias atuais do setor, preservando o acesso dos beneficiários à assistência médico-hospitalar, promovendo maior racionalização administrativa da atuação municipal e assegurando sustentabilidade atuarial, governança compartilhada, transparência e proteção da massa atualmente assistida.

A modelagem adotada, estruturada mediante contratação de operadora para disponibilização facultativa de plano coletivo no âmbito do PASEPM, busca conciliar sustentabilidade administrativa e atuarial da carteira coletiva, liberdade de escolha do beneficiário, previsibilidade operacional, continuidade assistencial, preservação da mutualidade e mitigação do risco de evasão da massa atualmente vinculada ao PAS-JF. A política de auxílio-saúde constitui mecanismo paralelo de custeio, sujeito à legislação específica.

3.5. A contratação também se justifica pela necessidade de disponibilização de rede assistencial estruturada e submetida às normas regulatórias da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, garantindo aos beneficiários acesso a cobertura assistencial compatível com os parâmetros mínimos legalmente exigidos, observância dos prazos regulatórios de atendimento e mecanismos formais de fiscalização da prestação dos serviços.

3.6. Sob o aspecto administrativo, a solução proposta permite que a AGPSS concentre sua atuação na gestão, fiscalização e governança da contratação, sem necessidade de assunção direta das atividades técnicas inerentes à operação assistencial do sistema de saúde suplementar, permanecendo ao Município as competências relativas ao custeio do PASEPM e à futura operacionalização do auxílio-saúde, quando disciplinado em legislação específica.

3.7. A contratação mostra-se, ainda, necessária para viabilizar modelo assistencial mais compatível com a dinâmica contemporânea do setor de saúde suplementar, permitindo acesso dos beneficiários a estruturas assistenciais organizadas, ferramentas tecnológicas de atendimento, sistemas informatizados de autorização e mecanismos operacionais especializados de gestão da assistência à saúde.

3.8. Dessa forma, a presente contratação visa assegurar a continuidade da assistência suplementar à saúde disponibilizada aos servidores municipais e demais beneficiários elegíveis, mediante solução juridicamente adequada, operacionalmente viável e compatível com as necessidades institucionais da AGPSS, do Município de Juiz de Fora e dos beneficiários do PASEPM.

4. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO

4.1. A solução proposta consiste na contratação, pela AGPSS, de operadora de plano privado de assistência à saúde para disponibilização de plano coletivo empresarial de assistência suplementar à saúde, de adesão facultativa, destinado aos beneficiários elegíveis do PASEPM, com opção entre as modalidades de acomodação hospitalar em apartamento individual e em enfermaria, conforme as condições estabelecidas neste Termo de Referência e seus anexos.

4.2. A operacionalização da solução ocorrerá mediante contratação, pela AGPSS e por procedimento licitatório, de operadora de plano privado de assistência à saúde regularmente registrada junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, responsável pela prestação dos serviços assistenciais, gestão da rede credenciada, autorização de procedimentos, regulação assistencial, cobertura contratual e demais atividades inerentes à operação da assistência suplementar à saúde.

4.3. O modelo assistencial adotado possuirá natureza coletiva empresarial e adesão facultativa, permanecendo assegurada aos beneficiários a liberdade de escolha quanto à adesão ao plano coletivo empresarial disponibilizado pela AGPSS, com opção entre as modalidades de acomodação hospitalar em apartamento individual e em enfermaria, ou quanto à manutenção de vínculo com outro plano privado de assistência à saúde, sem prejuízo das regras de custeio e elegibilidade aplicáveis ao PASEPM.

A facultatividade da adesão deverá ser acompanhada de instrumentos de monitoramento da composição da carteira, de forma a identificar evasão de beneficiários, concentração de vidas de maior risco assistencial e eventual desequilíbrio da mutualidade.

4.4. A solução foi estruturada com o objetivo de assegurar a continuidade da política pública de assistência suplementar à saúde dos servidores municipais, mediante modelo operacional compatível com as exigências regulatórias atuais do setor de saúde suplementar, preservando o acesso dos beneficiários à assistência médico-hospitalar e promovendo maior racionalização administrativa da atuação municipal.

4.5. Cobertura ambulatorial

4.5.1. A cobertura ambulatorial compreenderá atendimentos em consultórios, clínicas e ambulatórios, com consultas médicas eletivas e especializadas, inclusive atendimento obstétrico destinado ao pré-natal, nas especialidades reconhecidas pelos órgãos profissionais competentes e de cobertura obrigatória.

4.5.2. Deverão ser abrangidos serviços de apoio diagnóstico, exames laboratoriais e de imagem, procedimentos ambulatoriais, cirurgias de pequeno porte, terapias e atendimentos

multiprofissionais previstos no Rol da ANS, inclusive psicoterapia, fisioterapia, fisiatria, reabilitação, nutrição, psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e ações de planejamento familiar, conforme a regulamentação aplicável.

4.6. Cobertura hospitalar com obstetrícia

4.6.1. A cobertura hospitalar com obstetrícia deverá garantir atendimento em unidade hospitalar e internações clínicas, cirúrgicas, obstétricas e psiquiátricas, além de assistência pré-natal, parto, pós-parto, urgência e emergência, sem limitações incompatíveis com a legislação e com as normas da ANS.

4.6.2. A solução deverá assegurar, quando clinicamente indicadas, internações em UTI/CTI adulto, infantil e neonatal, leitos especiais e demais recursos de alta complexidade necessários ao tratamento coberto.

4.6.3. Durante as internações deverão estar compreendidos, na extensão da cobertura legal e contratual, honorários profissionais, exames complementares, medicamentos, materiais, gases medicinais, transfusões, alimentação hospitalar, órteses e próteses vinculadas ao ato cirúrgico e os demais insumos necessários à adequada assistência.

4.6.4. A cobertura deverá alcançar os tratamentos especializados previstos no Rol da ANS, incluindo hemodiálise, diálise, quimioterapia, radioterapia, cirurgias bariátricas, transplantes e demais procedimentos de alta complexidade de cobertura obrigatória.

4.7. Padrão de acomodação, abrangência, rede e remoção

4.7.1. A contratação deverá disponibilizar aos beneficiários duas modalidades de acomodação hospitalar, de livre escolha do servidor no momento da adesão ao plano coletivo empresarial: I – apartamento individual com banheiro privativo; e II – enfermaria. Ambas as modalidades deverão preservar os mesmos atributos assistenciais e operacionais do plano, inclusive segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, rede assistencial, abrangência geográfica, coberturas, regras de carência e transição, remoção terrestre, canais de atendimento e coparticipação de 30% (trinta por cento), diferenciando-se apenas quanto ao padrão de acomodação hospitalar e ao respectivo preço da mensalidade. A opção pela enfermaria não poderá implicar redução de rede, de cobertura ou de qualquer outro atributo assistencial exigido para a modalidade apartamento, assegurado o direito a acompanhante nas hipóteses legalmente previstas.

4.7.2. A solução deverá contemplar rede assistencial suficiente no Município de Juiz de Fora e região para os atendimentos eletivos, conforme requisitos mínimos constantes do Anexo II, e atendimento de urgência e emergência em âmbito nacional, observadas as condições do produto registrado perante a ANS.

4.7.3. A rede deverá contemplar, no mínimo, as categorias assistenciais definidas no Anexo II, incluindo estrutura hospitalar, maternidade, urgência e emergência, oncologia, hemodiálise, serviços de saúde mental, laboratórios, diagnóstico por imagem, terapias especializadas e demais recursos necessários à execução do objeto.

4.7.4. A operadora deverá assegurar remoção terrestre quando clinicamente indicada para continuidade da assistência, inclusive por unidade móvel com suporte avançado de vida, quando necessária, observadas as normas da ANS.

4.7.5. A solução deverá disponibilizar canais permanentes de atendimento, recursos digitais, sistemas de autorização, ferramenta de consulta à rede, carteirinha digital, mecanismos de movimentação cadastral e painéis gerenciais para a fiscalização.

4.7.6. A coparticipação será fixada em 30% (trinta por cento) para ambas as modalidades de acomodação — apartamento e enfermaria —, com estrutura idêntica e uniforme para todos os licitantes, aplicável exclusivamente aos procedimentos ambulatoriais. É vedada a incidência de coparticipação sobre internações, procedimentos oncológicos de qualquer natureza, cirurgias e demais procedimentos hospitalares. O percentual e sua forma de incidência observarão, cumulativamente, a Lei Municipal nº 15.448/2026, a regulamentação vigente da ANS e a preservação do equilíbrio econômico-financeiro da contratação, sem diferenciação em razão da modalidade escolhida pelo beneficiário.

4.8. A solução compreenderá mecanismos permanentes de fiscalização administrativa, operacional, financeira e atuarial da execução contratual, exercidos pela estrutura administrativa da AGPSS, por gestor e fiscais formalmente designados, sob coordenação da Diretoria Executiva, sem prejuízo das competências do Conselho de Administração e do Conselho Fiscal.

A participação institucional dos beneficiários e das entidades sindicais na governança do PASEPM ocorrerá por meio do Conselho de Administração e do Conselho Fiscal da AGPSS, na forma da Lei Municipal nº 15.448/2026, sem prejuízo de audiências, pesquisas de satisfação e outros mecanismos consultivos que não conflitem com as competências legais dos órgãos de governança.

Deverão ser instituídos mecanismos periódicos de acompanhamento técnico da evolução da utilização assistencial da carteira coletiva, incluindo análise de indicadores de utilização, comportamento dos custos assistenciais, índices de sinistralidade, desempenho operacional da rede credenciada e impactos econômico-financeiros relacionados à execução contratual, com a finalidade de promover maior transparência administrativa, subsidiar a fiscalização contratual e contribuir para a sustentabilidade da política pública de assistência suplementar à saúde.

4.9. A modelagem proposta foi estruturada com vistas à redução da complexidade operacional associada à gestão direta da assistência suplementar à saúde, permitindo que a AGPSS concentre sua atuação na governança, gestão e fiscalização do contrato e no acompanhamento da qualidade dos serviços disponibilizados aos beneficiários, enquanto ao Município cabem as providências de custeio do PASEPM e, quando instituída e regulamentada, a operacionalização da política de auxílio-saúde.

4.10. Os quantitativos vinculados à solução possuem caráter estimativo, considerando a natureza facultativa da adesão dos beneficiários ao plano coletivo disponibilizado e a livre escolha entre apartamento e enfermaria, não havendo garantia de quantitativo mínimo de adesões por parte da AGPSS, globalmente ou por modalidade de acomodação.

4.11. A solução adotada busca conciliar continuidade assistencial, sustentabilidade administrativa, sustentabilidade atuarial, liberdade de escolha do beneficiário, observância das exigências regulatórias da ANS, maior previsibilidade operacional da política municipal de assistência suplementar à saúde, preservação da mutualidade e proteção dos beneficiários atualmente vinculados ao PAS-JF.

5. ESTIMATIVA DO VALOR DA CONTRATAÇÃO E DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA PARA AS DESPESAS

5.1. O valor estimado da contratação será apurado a partir de preços unitários mensais por beneficiário, por faixa etária e por modalidade de acomodação, considerando separadamente apartamento e enfermaria, obtidos em pesquisa de mercado padronizada e consolidados nas duas Tabelas de Preços de Referência constantes do Anexo I deste Termo de Referência. O valor global de referência será fixado no edital e corresponderá à soma dos valores estimados das duas modalidades para todas as faixas etárias durante a vigência inicial.

5.2. A pesquisa de mercado deverá solicitar às operadoras e demais fontes consultadas preços mensais por beneficiário para cada faixa etária nas duas modalidades de acomodação — apartamento e enfermaria —, sob premissas uniformes de plano coletivo empresarial, cobertura, segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, abrangência geográfica, rede mínima, regras assistenciais e coparticipação de 30% (trinta por cento), diferenciando-se as cotações apenas quanto ao padrão de acomodação hospitalar e ao respectivo preço da mensalidade, de modo a permitir comparação econômica efetiva entre produtos equivalentes dentro de cada modalidade.

5.3. Após análise crítica das cotações, os preços válidos serão consolidados separadamente por faixa etária e por modalidade de acomodação mediante média aritmética, ressalvada a

possibilidade de adoção motivada de outro tratamento estatístico caso a dispersão dos dados comprometa a representatividade da média. Cotações incompletas, incompatíveis com as premissas estabelecidas ou manifestamente discrepantes poderão ser desconsideradas mediante justificativa expressa.

5.4. Para cada combinação de faixa etária e modalidade de acomodação, o valor mensal estimado corresponderá ao quantitativo estimado de beneficiários multiplicado pelo respectivo preço mensal de referência. O valor estimado para a vigência inicial corresponderá ao valor mensal da combinação multiplicado pelo número de meses da contratação. O VALOR GLOBAL DE REFERÊNCIA será obtido pelo somatório dos valores estimados das duas modalidades para todas as faixas etárias, conforme demonstrado no Anexo I.

5.5. Os quantitativos possuem caráter estimativo e não constituem garantia de adesão mínima, globalmente ou por modalidade de acomodação. Durante a execução, o valor econômico mensal da carteira variará conforme o número de beneficiários efetivamente inscritos em cada combinação de faixa etária e modalidade escolhida, aplicando-se os preços unitários contratados correspondentes.

5.6. A disputa ocorrerá sobre o VALOR GLOBAL DE REFERÊNCIA, formado pelo somatório dos valores estimados das modalidades apartamento e enfermaria, pelo critério de MAIOR DESCONTO. Cada licitante ofertará um único percentual de desconto, e será considerada mais vantajosa a proposta que apresentar o maior percentual válido, observadas as demais condições de aceitabilidade e habilitação.

5.7. O mesmo percentual de desconto vencedor será aplicado de forma linear a todos os preços mensais de referência por faixa etária das modalidades apartamento e enfermaria constantes do Anexo I. Assim, o valor global resultante da proposta corresponderá ao Valor Global de Referência reduzido pelo percentual único de desconto ofertado, e os preços unitários contratados serão os preços de referência de cada combinação de faixa etária e modalidade reduzidos pelo mesmo percentual.

5.8. A estimativa econômica do objeto corresponde ao valor integral das mensalidades do plano coletivo por faixa etária e modalidade de acomodação e não se confunde com o valor do auxílio-saúde. A futura repartição do custeio entre beneficiários, Município e demais entidades mantenedoras observará a Lei Municipal nº 15.448/2026 e a legislação específica, sem alterar o percentual de desconto ou os preços contratuais resultantes do certame.

5.9. Não integram o preço da operadora os débitos históricos do extinto PAS-JF, a comissão administrativa da AGPSS, o Fundo de Reserva Técnica – FRT ou outras rubricas institucionais que não componham a mensalidade per capita do plano contratado.

5.10. O valor estimado final e as dotações orçamentárias pertinentes serão indicados após a

conclusão da pesquisa de mercado e das providências orçamentárias aplicáveis, observadas as regras de custeio do PASEPM. A ausência, nesta fase, de lei específica do auxílio-saúde não impede a formação do preço do serviço da operadora nem a realização do procedimento licitatório.

6. DOS CRITÉRIOS DE ESCOLHA DO FORNECEDOR

6.1. Considerando a caracterização do objeto como serviço comum de natureza continuada, a contratação será realizada por PREGÃO ELETRÔNICO, com modo de disputa aberto e critério de julgamento pelo MAIOR DESCONTO, nos termos dos arts. 6º, XLI, 29, 33, II, e 34 da Lei Federal nº 14.133/2021.

6.2. Será considerada provisoriamente classificada em primeiro lugar a licitante que ofertar o maior percentual de desconto válido sobre o valor global de referência, desde que o mesmo percentual seja aplicado de forma linear a todos os preços unitários por faixa etária das modalidades apartamento e enfermaria constantes do Anexo I.

6.3. Encerrada a fase de lances, serão examinadas, nessa ordem: I – a correção matemática e a conformidade da proposta comercial; II – a aceitabilidade dos preços resultantes e, quando houver indícios, sua exequibilidade; III – o atendimento às condições mínimas do produto ofertado; e IV – a habilitação jurídica, fiscal, social, trabalhista, econômico-financeira e técnica da licitante provisoriamente classificada em primeiro lugar.

6.4. A análise técnica não atribuirá nota, peso, pontuação ou vantagem comparativa. Os requisitos técnicos, assistenciais, regulatórios e operacionais deste Termo de Referência possuem natureza mínima e eliminatória: ou são integralmente atendidos, ou a proposta/licitação não poderá prosseguir com a respectiva licitante, conforme a natureza da exigência.

6.5. As exigências de habilitação jurídica, fiscal, social e trabalhista observarão a Lei Federal nº 14.133/2021 e serão detalhadas no edital.

6.6. DA HABILITAÇÃO TÉCNICA

6.6.1. A habilitação técnica da licitante provisoriamente vencedora será restrita à demonstração objetiva da capacidade necessária à execução do objeto, nos termos do art. 67 da Lei Federal nº 14.133/2021, evitando-se exigências de natureza meramente classificatória ou sem relação direta com as parcelas de maior relevância da contratação.

6.6.2. A licitante deverá comprovar registro ativo e autorização de funcionamento perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, bem como regularidade para operação de planos privados de assistência à saúde compatíveis com o objeto.

6.6.3. O produto ou os produtos correlatos a serem disponibilizados deverão possuir registro ou

situação regulatória válida perante a ANS, ser ofertados sob o tipo de contratação coletivo empresarial e ser compatíveis com a segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com as modalidades de acomodação em apartamento e enfermaria e com as demais condições previstas neste Termo de Referência, preservados os mesmos atributos assistenciais e operacionais em ambas as modalidades.

6.6.4. A licitante deverá apresentar um ou mais atestados de capacidade técnica, emitidos por pessoa jurídica de direito público ou privado, que comprovem a execução satisfatória de serviço de operação de plano coletivo de assistência à saúde de complexidade tecnológica e operacional equivalente ou superior ao objeto, com segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia ou cobertura materialmente equivalente.

6.6.5. Para a parcela de maior relevância técnica, correspondente à operação e gestão de carteira coletiva de assistência suplementar à saúde, será exigida comprovação de experiência com quantitativo mínimo equivalente a 30% da massa-base atual de 9.535 beneficiários, correspondente a, no mínimo, 2.861 vidas. Será admitido o somatório de diferentes atestados exclusivamente quando os respectivos contratos ou serviços tiverem sido executados de forma concomitante, de modo que a soma demonstre capacidade operacional simultânea para o atendimento mínimo de 2.861 vidas.

6.6.6. A exigência quantitativa do item anterior foi fixada em 30% da massa-base, abaixo do limite máximo de 50% previsto no art. 67, § 2º, da Lei Federal nº 14.133/2021, em razão da necessidade de demonstrar experiência real na gestão de carteira coletiva de porte relevante, sem elevar a exigência a patamar capaz de restringir indevidamente a competição. Não serão impostas limitações de localidade nem exigência de que os atestados tenham sido emitidos ou executados em período recente.

6.6.7. Os atestados deverão permitir identificar, no mínimo, o contratante ou tomador, o objeto executado, a natureza coletiva da carteira, a segmentação ou abrangência assistencial do serviço, o quantitativo aproximado de beneficiários/vidas, o número do contrato quando existente e o respectivo período de vigência ou execução, de modo a permitir a verificação da compatibilidade com o objeto licitado e, quando houver somatório, da efetiva concomitância entre os contratos considerados.

6.6.8. A licitante deverá apresentar declaração de disponibilidade da estrutura técnica, operacional, tecnológica e de atendimento necessária ao início da execução, incluindo canais de relacionamento, sistemas de autorização e gestão, mecanismos de movimentação cadastral e equipe de interlocução com a AGPSS.

6.6.9. Para atendimento ao requisito de rede assistencial mínima previsto no Anexo II, a licitante, na fase de habilitação técnica, poderá: I - comprovar desde logo a disponibilidade da rede assistencial mínima, mediante relação atualizada contendo, conforme aplicável, nome empresarial ou nome do prestador, CNPJ e/ou CNES, endereço, tipo de serviço, especialidades

e forma de integração à rede da operadora, acompanhada de guia oficial de rede, instrumento de credenciamento, vínculo cooperativo, contrato, declaração emitida pelo prestador ou outro meio idôneo e verificável; ou II - apresentar declaração formal de compromisso, subscrita por seu representante legal, de que disponibilizará integralmente a rede assistencial mínima exigida no Anexo II durante o período de implantação e transição operacional, obrigatoriamente antes do início da prestação dos serviços e da ativação da cobertura aos beneficiários.

6.6.9.1. Na hipótese do inciso II do item 6.6.9, a CONTRATADA deverá, durante o período de implantação e transição e em prazo definido pela AGPSS, apresentar a comprovação definitiva da rede assistencial mínima, mediante relação atualizada dos prestadores e respectivos documentos ou meios idôneos de verificação, contendo, conforme aplicável, nome empresarial ou nome do prestador, CNPJ e/ou CNES, endereço, tipo de serviço, especialidades e forma de integração à rede da operadora.

6.6.9.2. A comprovação definitiva da integralidade da rede assistencial mínima constitui condição indispensável para o início da prestação dos serviços e para a ativação da cobertura, devendo a rede estar integralmente disponível aos beneficiários antes dessa data e observar todos os requisitos previstos no Anexo II, inclusive a identidade da rede entre as modalidades apartamento e enfermaria.

6.6.9.3. A apresentação da declaração formal de compromisso na fase de habilitação não afasta a responsabilidade da CONTRATADA pela efetiva constituição e disponibilização da rede mínima no prazo estabelecido. A não comprovação da rede antes do início previsto da cobertura impedirá a ativação dos serviços e caracterizará inadimplemento contratual, sujeitando a CONTRATADA às medidas e sanções previstas no edital e no contrato, sem prejuízo das demais providências legalmente cabíveis.

6.6.10. A utilização de rede própria, credenciada, cooperada, contratada, referenciada ou disponibilizada mediante mecanismos regulares de intercâmbio somente será aceita quando houver garantia objetiva de acesso dos beneficiários nas condições do produto ofertado e possibilidade de verificação pela AGPSS.

6.6.10.1. Caso haja dúvida objetivamente justificada quanto à qualificação técnica, à composição ou à efetiva disponibilidade da rede assistencial, a AGPSS poderá promover diligência, inclusive mediante visita técnica in loco a hospitais ou outros prestadores integrantes da rede, acompanhada por representante da licitante ou da CONTRATADA, conforme a fase do procedimento, para confirmar a capacidade de atendimento, a disponibilidade das acomodações em apartamento e enfermaria, UTI/CTI, especialidades, serviços declarados e documentos do prestador, tais como CNES, licenças e alvarás

sanitários, entre outros documentos pertinentes. Quando a licitante tiver optado pela declaração formal de compromisso prevista no item 6.6.9, II, a constituição, complementação e comprovação definitiva da rede poderá ocorrer durante o período de implantação e transição operacional, observado o prazo definido pela AGPSS e, obrigatoriamente, antes do início da prestação dos serviços e da ativação da cobertura. A diligência não poderá ser utilizada para prorrogar esse prazo ou admitir o início da cobertura sem a comprovação integral da rede mínima exigida.

6.6.11. Não será exigido, como condição de habilitação, histórico mínimo de IDSS, número máximo de NIP, ausência absoluta de reclamações, histórico de reajustes ou inexistência genérica de judicialização. Esses elementos poderão ser utilizados para monitoramento, diligência ou fiscalização, desde que não substituam os requisitos legais de habilitação e não produzam restrição subjetiva à competição.

6.6.12. A existência de regime especial, medida de direção fiscal ou técnica ou outra providência regulatória da ANS será analisada a partir de informação oficial e somente impedirá a habilitação quando acarretar restrição à comercialização do produto, perda de capacidade de execução ou comprometimento objetivo e demonstrável da continuidade assistencial pretendida.

6.6.13. A Administração poderá promover diligências para confirmar informações constantes dos documentos de habilitação, inclusive mediante consulta aos sistemas públicos da ANS e de outros órgãos, sem permitir a substituição de documento essencial inexistente ao tempo próprio quando a legislação não o admitir, observados, quanto à rede assistencial, os momentos específicos de declaração de compromisso e de comprovação definitiva estabelecidos nos itens 6.6.9 a 6.6.10.1 deste Termo de Referência.

6.6.14. O Plano Executivo de Transição não será exigido para pontuação ou classificação. A licitante vencedora deverá apresentá-lo após a contratação e em prazo suficiente para validação pela AGPSS antes do início da cobertura, conforme conteúdo mínimo do Anexo V.

6.7. DA QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA

6.7.1. A qualificação econômico-financeira será comprovada mediante apresentação de certidão negativa de falência, de recuperação judicial ou de recuperação extrajudicial, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica.

6.7.1.1. Em caso de certidão positiva, a licitante deverá apresentar, juntamente com os documentos de habilitação, comprovação de que a situação não constitui fato impeditivo à participação no certame, admitida a realização de diligências complementares pela Administração, nos limites da legislação aplicável.

6.7.1.2. Quando juridicamente cabível, a documentação relativa à recuperação judicial ou extrajudicial

poderá ser suprida por decisão judicial que autorize a participação da empresa em licitações e demonstre sua aptidão para assumir as obrigações decorrentes da contratação.

6.7.1.3. Balanço patrimonial e Demonstração do Resultado do Exercício (demonstrações contábeis) dos 2 (dois) últimos exercícios sociais, já exigíveis e apresentados na forma da lei, que comprovem a boa situação financeira da empresa, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados por índices oficiais quando encerrado há mais de 3 (três) meses da data de apresentação da proposta.

6.7.1.4. A capacidade Financeira da Sociedade Empresária será avaliada mediante os seguintes indicadores, das demonstrações contábeis do último exercício social.

a) Índice de Liquidez Geral (ILG) igual ou maior que 1 (um).

$$ILG = \frac{\text{Ativo Circulante + Realizável A Longo Prazo}}{\text{Passivo Circulante + Passivo Não Circulante}}$$

b) Índice de Liquidez Corrente (ILC) igual ou maior que 1 (um).

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

Para a capacidade econômico-financeira exigida, os participantes deverão atender obrigatoriamente, os seguintes requisitos:
ILC ..... maior ou igual a 1(um)
ILG ..... maior ou igual a 1(um)

6.7.1.5. Serão considerados aceitos como na forma da lei o Balanço Patrimonial (inclusive o de abertura) e Demonstração do Resultado do Exercício que apresentem valores dos 2 (dois) últimos exercícios, conforme art. 176, § 1º da Lei 6.404/76 e inciso I do art. 69 da Lei Federal nº 14.133/2021 e assim apresentados:

a) publicados em Diário Oficial; ou
b) publicados em Jornal; ou
c) por cópia ou fotocópia registrada ou autenticada na Junta Comercial da sede ou domicílio da proponente; ou
d) por cópia ou fotocópia do livro Diário, devidamente autenticado na Junta Comercial da sede ou domicílio da proponente ou em outro órgão equivalente, inclusive com os Termos de Abertura e de Encerramento, ou;
e) Por Escrituração Contábil Digital (ECD), através da apresentação de cópia do SPED, devidamente transmitido via eletrônica, com número de recibo em todas as páginas

6.7.1.6. Quando se tratar de sociedade constituída há menos de um ano, essa deverá apresentar apenas o balanço de abertura, o qual deverá conter a identificação legível e assinatura do responsável contábil da empresa, devidamente registrado no Conselho Regional de Contabilidade – CRC, bem como ser devidamente autenticado na Junta Comercial da sede ou domicílio da licitante ou em outro órgão equivalente;

6.7.1.7. Quando se tratar de sociedade constituída há menos de dois anos, os documentos referidos limitar–se–ão ao último exercício.

6.7.1.8. O licitante deverá comprovar que possui patrimônio líquido mínimo igual ou superior a 10% (dez por cento) do valor estimado para a contratação. A comprovação será obrigatoriamente feita pelo balanço patrimonial e demonstração do Resultado do Exercício (Demonstrações contábeis do último exercício social), já exigíveis e apresentados na forma da lei.

6.7.1.9. Certidão Cível Negativa, abrangendo Falência e Recuperação Judicial ou Extrajudicial, expedida por distribuidor da sede do principal estabelecimento da pessoa jurídica na forma do que prescreve o artigo 3º, da Lei nº 11.101/05.

6.7.1.10. Caso a Certidão evidencie a existência de processo de recuperação judicial ou Extrajudicial, a mesma deverá vir acompanhada de documento expedido pelo Poder Judiciário de que a interessada está autorizada a participar de procedimento licitatório.

6.7.1.11. A ausência da certidão negativa de falências não deve implicar na imediata inabilitação do licitante, devendo o pregoeiro ou a comissão de licitação atestar a capacidade econômico-financeira do licitante por meio de diligências.

6.7.8. As exigências deste item não afastam a obrigação de manutenção, pela operadora, das condições econômico-financeiras, provisões técnicas, ativos garantidores, patrimônio mínimo ajustado, capital regulatório e demais requisitos de solvência e regularidade determinados pela regulamentação vigente da ANS. A verificação administrativa deverá evitar duplicidade desproporcional, sem prejuízo da demonstração da capacidade econômico-financeira necessária à execução do objeto.

6.8. Constatado o atendimento à proposta, à exequibilidade e às condições de habilitação, a licitante será declarada vencedora. Na hipótese de desclassificação ou inabilitação, será examinada a proposta subsequente, observada a ordem de classificação do maior desconto.

7. DA JUSTIFICATIVA PARA ESCOLHA DO CRITÉRIO DE JULGAMENTO

7.1. O pregão é adequado porque os padrões de desempenho e qualidade da solução podem ser objetivamente definidos no edital mediante especificações usuais do mercado de saúde suplementar, normas da ANS, requisitos mínimos de cobertura, rede, acomodação, atendimento, transição, dados e níveis de serviço.

7.2. A robustez e a relevância assistencial do objeto não exigem ponderação classificatória de atributos técnicos quando a Administração consegue estabelecer previamente o padrão mínimo de qualidade pretendido. Nesse modelo, a qualidade não é objeto de pontuação: é condição

obrigatória de conformidade, habilitação e execução.

7.3. O critério de maior desconto foi escolhido porque a contratação possui diversos preços unitários, correspondentes às combinações entre faixas etárias e modalidades de acomodação, e quantidade variável de beneficiários. A Administração fixará previamente duas tabelas correlatas de preços de referência, uma para apartamento e outra para enfermaria, e um valor global de referência formado pelo somatório de ambas, e a disputa ocorrerá por um único percentual de desconto.

7.4. O percentual único de desconto será aplicado linearmente a todas as faixas etárias de ambas as modalidades de acomodação, preservando a relação econômica entre os preços das duas tabelas e impedindo que a licitante concentre redução em faixas etárias ou modalidade de menor peso econômico e compense com valores mais elevados nas demais combinações.

7.5. A sistemática também permite que a composição da carteira e a escolha entre apartamento e enfermaria variem durante a execução sem perda da lógica econômica do certame: cada beneficiário será valorado pelo preço contratado correspondente à sua faixa etária e à modalidade de acomodação escolhida, mantendo-se o mesmo padrão relativo de desconto.

7.6. O julgamento pelo maior desconto terá como referência o preço global fixado no edital, nos termos do art. 34, § 2º, da Lei Federal nº 14.133/2021, sem prejuízo da manutenção, para execução, dos preços unitários resultantes da aplicação do desconto a cada combinação de faixa etária e modalidade de acomodação. O desconto será estendido aos eventuais termos aditivos, na forma legal.

7.7. A Administração preservará a qualidade por três filtros distintos e sucessivos: I – especificações mínimas obrigatórias do objeto e do produto; II – verificação da aceitabilidade e exequibilidade dos preços resultantes do desconto; e III – habilitação técnica, regulatória e econômico-financeira da primeira colocada.

7.8. Essa separação entre julgamento econômico e habilitação técnica favorece objetividade, isonomia e competitividade, pois impede que atributos técnicos não mensuráveis alterem a classificação econômica, ao mesmo tempo em que impede a contratação de operadora incapaz de cumprir o padrão mínimo exigido.

7.9. A vantajosidade será, portanto, aferida pela maior redução válida sobre as duas tabelas de referência, desde que preservados os parâmetros mínimos de qualidade e demonstrada a capacidade da vencedora para execução integral do objeto nas modalidades apartamento e enfermaria.

8. DO CADASTRO DE RESERVA

8.1. Não se aplica a formação de cadastro de reserva típico do Sistema de Registro de Preços,

uma vez que a presente contratação não será processada por esse procedimento auxiliar.

8.2. Na hipótese de a adjudicatária não assinar o contrato ou não comprovar as condições para a contratação, a AGPSS observará as regras da Lei Federal nº 14.133/2021 relativas à convocação dos licitantes remanescentes, respeitada a ordem de classificação e as condições legalmente aplicáveis.

9. DOS PARÂMETROS DA LICITAÇÃO

9.1. DA PARTICIPAÇÃO DE CONSÓRCIO

9.1.1. Não será admitida a participação de empresas em consórcio. A execução do objeto pressupõe operação de produto registrado e responsabilidade regulatória concentrada em operadora autorizada pela ANS, sendo tecnicamente recomendável a existência de um único responsável perante a AGPSS e os beneficiários.

9.1.2. A vedação não impede a utilização, pela operadora, de rede própria, credenciada, cooperada, referenciada, contratada ou disponibilizada por mecanismos regulares de intercâmbio, desde que preservada sua responsabilidade integral pela execução do objeto.

9.2. DA SUBCONTRATAÇÃO

9.2.1. Não será admitida a cessão ou transferência da operação do plano, da posição contratual ou da responsabilidade regulatória da CONTRATADA a outra operadora sem autorização e sem observância das hipóteses legais e regulatórias aplicáveis.

9.2.2. Não se caracteriza como subcontratação vedada a prestação de serviços médico-hospitalares por integrantes da rede própria, credenciada, cooperada, referenciada ou contratada da operadora, por constituir forma ordinária de execução da assistência suplementar à saúde.

9.3. DA FORMULAÇÃO DA PROPOSTA E DOS LANCES

9.3.1. A proposta inicial e os lances serão formulados em percentual de desconto sobre o valor global de referência fixado no edital, com até duas casas decimais, observado o modo de disputa aberto.

9.3.2. O percentual ofertado será único e deverá incidir linearmente sobre todas as faixas etárias das Tabelas de Preços de Referência das modalidades apartamento e enfermaria. Não serão admitidos descontos diferenciados por faixa ou modalidade, preços alternativos, ressalvas comerciais ou estruturas de cobrança que alterem a comparação econômica do certame.

9.3.3. Encerrada a fase competitiva, a primeira colocada apresentará proposta comercial ajustada ao último lance, conforme modelo do Anexo III, contendo o percentual final de desconto, as tabelas de preços unitários resultantes por faixa etária para apartamento e enfermaria, os subtotais estimados por modalidade e o valor global resultante.

9.3.4. Os valores unitários resultantes de ambas as modalidades deverão ser obtidos

exclusivamente pela aplicação matemática do percentual vencedor aos respectivos valores de referência, admitido arredondamento monetário a duas casas decimais segundo regra uniforme indicada no edital.

9.3.5. A proposta deverá contemplar todos os custos diretos e indiretos necessários à execução do objeto, inclusive custos assistenciais, administrativos, regulatórios, tributários, tecnológicos, de atendimento e de manutenção da rede, não sendo admitida cobrança adicional não prevista neste Termo de Referência.

9.4. DA CONFORMIDADE DA PROPOSTA

9.4.1. A primeira colocada deverá identificar o produto ou os produtos correlatos que serão disponibilizados para as modalidades apartamento e enfermaria e declarar expressamente que se trata de plano coletivo empresarial, bem como sua integral conformidade com a segmentação, a identidade dos demais atributos assistenciais e operacionais entre as modalidades, a coparticipação de 30% (trinta por cento), a abrangência, as coberturas e as demais especificações mínimas do edital.

9.4.2. A apresentação de produto incompatível com as especificações mínimas, a diferenciação de rede, cobertura, abrangência, carências, coparticipação ou demais atributos assistenciais entre apartamento e enfermaria, a alteração do percentual linear entre faixas ou modalidades, a imposição de condição comercial não prevista ou erro não sanável na formação dos preços ensejará desclassificação da proposta.

9.5. DA EXEQUIBILIDADE

9.5.1. A Administração poderá realizar diligências para aferir a exequibilidade da proposta sempre que os preços resultantes do desconto, em qualquer faixa etária ou modalidade de acomodação, apresentarem indícios objetivos de incompatibilidade com os custos necessários à execução do objeto ou se distanciarem de forma relevante dos referenciais obtidos na pesquisa de mercado.

9.5.2. A diligência poderá exigir, exclusivamente da licitante em análise, demonstração da sustentabilidade dos preços resultantes por meio de memória de formação de preço, manifestação técnica ou atuarial, informações sobre contratos comparáveis, premissas de custo assistencial, despesas administrativas, estrutura da rede, sinistralidade esperada ou outros elementos pertinentes.

9.5.3. A documentação de exequibilidade não será objeto de pontuação e não poderá alterar o percentual de desconto ofertado ou modificar substancialmente a proposta. Sua finalidade será apenas demonstrar que os preços resultantes permitem a execução integral das obrigações.

9.5.4. Não demonstrada a exequibilidade após oportunidade de esclarecimento, a proposta será

desclassificada, passando-se à análise da licitante subsequente.

9.5.5. A eventual negociação promovida pelo pregoeiro após a fase de lances somente poderá buscar condição mais vantajosa para a Administração, preservadas as especificações do objeto e a aplicação linear do desconto.

9.6. DAS QUANTIDADES

9.6.1. Não será admitida proposta para quantidade inferior à totalidade do objeto ou que deixe de contemplar qualquer das modalidades de acomodação. Os quantitativos de beneficiários por faixa etária e modalidade são estimativos e poderão variar durante a execução, sem garantia de adesão mínima global ou por modalidade.

9.7. DA VALIDADE DA PROPOSTA

9.7.1. A proposta deverá possuir validade pelo prazo definido no edital, contado da data de sua apresentação, e manter as condições ofertadas durante o período necessário à conclusão do procedimento e à contratação.

10. CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO

10.1. CONTINUIDADE ASSISTENCIAL, TRANSIÇÃO OPERACIONAL E PRESERVAÇÃO TERAPÊUTICA

10.1.1. A operadora contratada deverá assegurar continuidade assistencial adequada aos beneficiários vinculados ao sistema, especialmente durante o período de implantação, transição operacional do modelo atualmente existente para a nova estrutura de assistência suplementar à saúde, bem como durante toda a execução contratual, observando as normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Deverão ser preservados, especialmente, os tratamentos em curso, incluindo internações hospitalares, terapias seriadas, tratamentos oncológicos, hemodiálise, diálise peritoneal, gestação de alto risco, assistência em saúde mental, procedimentos cirúrgicos previamente autorizados, programas de acompanhamento domiciliar e demais situações cuja interrupção possa ocasionar agravamento do quadro clínico do beneficiário. A eventual substituição de prestadores ou alteração da rede credenciada não poderá ocasionar descontinuidade assistencial, devendo ser assegurada solução equivalente ou superior, observadas as normas da ANS e as condições previstas neste Edital. A CONTRATADA deverá reconhecer plenamente o tempo de carência já cumprido no PAS-JF para todos os procedimentos, especialidades e condições, vedada a reimposição de carências já cumpridas, asseguradas a preservação terapêutica e a manutenção dos tratamentos continuados existentes na data da implantação, nos termos da Lei Municipal nº 15.448/2026.

10.1.1.1. Para fins das regras de carência, Doença ou Lesão Preexistente – DLP e Cobertura Parcial Temporária – CPT, serão considerados: I – BENEFICIÁRIOS ATUAIS/MIGRAÇÃO: aqueles

regularmente vinculados ao PAS-JF na data de implantação do novo plano e que formalizem adesão ao plano coletivo empresarial no período de migração ou adesão inicial definido pela AGPSS; e II – INGRESSOS FUTUROS: os demais beneficiários elegíveis cuja inclusão, reinclusão ou adesão ocorra posteriormente, inclusive aqueles que não integravam a carteira do PAS-JF, ressalvadas as hipóteses específicas previstas na regulamentação da ANS.

10.1.1.2. Aos BENEFICIÁRIOS ATUAIS/MIGRAÇÃO será assegurado o reconhecimento integral do tempo de carência já cumprido no PAS-JF, vedada a reimposição de períodos já cumpridos. Caso exista período de carência ainda em curso na data da migração, somente eventual período remanescente poderá ser considerado, quando juridicamente cabível e sempre em conformidade com a Lei Municipal nº 15.448/2026 e com a regulamentação vigente da ANS.

10.1.1.3. A DLP e a eventual CPT não se confundem com carência. Para os BENEFICIÁRIOS ATUAIS/MIGRAÇÃO, eventual declaração de saúde, identificação de DLP ou aplicação de CPT somente poderá ocorrer nas hipóteses e nos limites admitidos pela regulamentação vigente da ANS para plano coletivo empresarial, observadas as regras de transição e continuidade assistencial. Não será admitida a utilização desses mecanismos para interromper tratamento em curso ou afastar cobertura cuja continuidade deva ser preservada por força de lei, regulamentação ou deste Termo de Referência.

10.1.1.4. Os INGRESSOS FUTUROS submeter-se-ão às regras de carência, declaração de saúde, DLP e CPT vigentes na ANS na data da inclusão, inclusive às hipóteses de isenção ou dispensa aplicáveis aos planos coletivos empresariais em razão do número de beneficiários, do prazo de ingresso, da constituição de novo vínculo, do nascimento, adoção ou de outras situações previstas na legislação e regulamentação setorial.

10.1.1.5. A reinclusão de beneficiário após interrupção da cobertura será tratada como ingresso futuro para fins de carência e DLP/CPT, salvo quando a legislação, a regulamentação da ANS, regra de portabilidade ou disposição contratual mais favorável determinar tratamento diverso.

10.1.1.6. A CONTRATADA deverá informar previamente e de forma clara à AGPSS e aos beneficiários as regras de carência e de DLP/CPT aplicáveis a cada hipótese de ingresso, sendo vedada a criação de restrições não previstas na legislação, na regulamentação da ANS, no edital ou no contrato.

10.1.2. A transição operacional deverá ocorrer de forma planejada, gradual e assistida, observadas medidas destinadas à preservação da continuidade da assistência, redução de impactos aos beneficiários e manutenção da segurança assistencial da carteira coletiva.

10.1.2.1. Para fins de implantação institucional do PASEPM e da AGPSS, o período de transição observará o prazo ordinário de 6 (seis) meses previsto no art. 67 da Lei Municipal nº 15.448/2026, prorrogável excepcionalmente por mais 6 (seis) meses na hipótese legal de não conclusão do procedimento licitatório, sem prejuízo das obrigações de transição operacional assumidas pela CONTRATADA.

10.1.3. A operadora contratada deverá adotar mecanismos específicos de acompanhamento e

transição assistida para beneficiários em situação de maior vulnerabilidade assistencial, incluindo, entre outros:

I - pacientes em tratamento oncológico;

II- beneficiários submetidos a terapias continuadas;

III - pacientes em acompanhamento psiquiátrico;

IV - pessoas com deficiência;

V - beneficiários em tratamento para transtornos do neurodesenvolvimento;

VI - pacientes em internação ou acompanhamento de alta complexidade;

VII - gestantes;

VIII - pacientes crônicos ou de alto risco assistencial.

10.1.4. A operadora deverá assegurar preservação terapêutica integral dos tratamentos regularmente em curso no momento da implantação da nova contratação, observadas as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, os critérios técnico-assistenciais aplicáveis, a continuidade clínica do beneficiário e a necessidade de evitar interrupção abrupta de tratamentos continuados.

10.1.5. A eventual necessidade de substituição de prestadores, reorganização da rede credenciada ou alteração de fluxos assistenciais deverá observar critérios de equivalência assistencial, continuidade terapêutica e redução de impactos à assistência dos beneficiários.

10.1.6. A contratada deverá disponibilizar estrutura específica de apoio à implantação e migração operacional, incluindo canais de orientação aos beneficiários, suporte cadastral, esclarecimento de dúvidas e mecanismos de acompanhamento da transição assistencial.

10.1.7. A execução das medidas de transição operacional e continuidade assistencial será acompanhada pela fiscalização contratual da AGPSS gestor e fiscais do contrato formalmente designados pela AGPSS, sem prejuízo das competências do Conselho de Administração, do Conselho Fiscal e da Diretoria Executiva previstas na Lei Municipal nº 15.448/2026.

10.1.8. As obrigações previstas neste tópico não implicam assunção, pela AGPSS ou pelo Município, da operação assistencial do plano privado de assistência à saúde ou da responsabilidade clínica individualizada dos tratamentos realizados, permanecendo tais atribuições sob responsabilidade exclusiva da operadora contratada.

10.1.9. Em caso de demissão sem justa causa e exoneração de cargo em comissão, serão observadas as regras específicas do art. 54 da Lei Municipal nº 15.448/2026, assegurando-se ao ex-servidor e seus dependentes, pelo período máximo de 6 (seis) meses a partir da data de saída, a manutenção das regras de cobertura, carência e contribuição vigentes no regime anterior, desde que o ex-servidor assuma integralmente o pagamento dos valores, sem direito a subsídio.

10.2. DEMAIS CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO

10.2.1. A execução contratual compreenderá a disponibilização, pela operadora contratada, de plano coletivo empresarial de assistência suplementar à saúde destinado aos servidores públicos municipais ativos, aposentados, pensionistas e demais beneficiários legalmente elegíveis vinculados ao Município de Juiz de Fora, observadas as condições previstas neste Termo de Referência, na legislação aplicável e nas normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

10.2.2. A adesão dos beneficiários ao plano coletivo empresarial possuirá natureza facultativa, cabendo a cada servidor ou beneficiário elegível optar pela adesão ao produto disponibilizado pela operadora contratada e escolher, no momento da adesão, entre as modalidades de acomodação hospitalar em apartamento individual e em enfermaria, observadas as condições assistenciais, operacionais e financeiras estabelecidas contratualmente e na regulamentação vigente da ANS. Eventual alteração posterior da modalidade observará as regras operacionais previstas no contrato e a regulamentação aplicável, sem redução de cobertura ou descontinuidade assistencial.

10.2.3. A operadora contratada será integralmente responsável pela operação da assistência suplementar à saúde, incluindo:

I – gestão da rede credenciada;

II – autorização e regulação assistencial;

III – cobertura dos procedimentos previstos contratualmente;

IV – processamento das demandas assistenciais;

V – atendimento aos beneficiários;

VI – observância dos prazos regulatórios da ANS;

VII – auditoria assistencial;

VIII – manutenção da regularidade operacional do plano;

IX – gestão dos sistemas informatizados necessários à execução dos serviços.

10.2.4. A operadora deverá manter rede credenciada suficiente e compatível com o quantitativo estimado de beneficiários vinculados à contratação, assegurando cobertura assistencial adequada no Município de Juiz de Fora e região. A mesma rede mínima, abrangência, coberturas e condições de acesso deverão ser disponibilizadas aos beneficiários das modalidades apartamento e enfermaria, sem diferenciação em razão da acomodação escolhida, especialmente quanto a:

I – atendimento ambulatorial;

II – consultas médicas especializadas;

III – exames laboratoriais e diagnósticos;

IV – terapias;

V – internações clínicas e cirúrgicas;

VI – atendimento obstétrico;

VII – serviços de urgência e emergência;

VIII – unidades hospitalares de referência.

10.2.5. A execução contratual deverá observar integralmente:

I – a Lei Federal nº 9.656/1998;

II – as Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

III – o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;

IV – os prazos máximos de atendimento definidos pela ANS;

V – as normas relacionadas à proteção de dados pessoais e sigilo médico;

VI – as demais normas legais e regulamentares aplicáveis ao setor de saúde suplementar.

10.2.6. A operadora contratada deverá disponibilizar canais permanentes de atendimento aos beneficiários, incluindo:

I – atendimento telefônico;

II – canais digitais e eletrônicos;

III – portal eletrônico do beneficiário;

IV – aplicativo para utilização da rede assistencial;

V – mecanismos de acompanhamento de autorizações e solicitações assistenciais;

VI – canais específicos para registro de reclamações, solicitações e acompanhamento de demandas administrativas.

10.2.7. A contratada deverá disponibilizar mecanismos tecnológicos compatíveis com os padrões operacionais contemporâneos do setor de saúde suplementar, incluindo sistemas informatizados de autorização, auditoria, acompanhamento de utilização da rede, emissão de documentos eletrônicos e gestão assistencial.

10.2.7.1. A contratada deverá disponibilizar plataforma eletrônica de Business Intelligence (BI), com acesso exclusivo à Administração, atualizada, no mínimo, mensalmente, permitindo consultas dinâmicas e exportação de dados. O painel deverá disponibilizar, entre outros:

I – quantitativo de beneficiários por faixa etária e modalidade de acomodação;

II – movimentação cadastral;

III – indicadores de utilização;

IV – despesas assistenciais;

V – sinistralidade;

VI – frequência e severidade;

VII – custos por especialidade, prestador, município e grupo de procedimentos;

VIII – autorizações;

IX – glosas;

X – indicadores regulatórios da ANS;

XI – reclamações;

XII – rede credenciada;

XIII – indicadores de desempenho contratual;

XIV – séries históricas e comparativos mensais.

O acesso permanecerá disponível durante toda a vigência contratual e deverá possibilitar consultas em tempo real sempre que tecnicamente possível.

10.2.8. A inclusão, exclusão e movimentação cadastral dos beneficiários, inclusive o registro da modalidade de acomodação escolhida no momento da adesão e eventual alteração posterior admitida, observarão os procedimentos administrativos definidos pela AGPSS e pela operadora contratada, com base nas informações funcionais e cadastrais fornecidas pelo Município e pelas demais entidades mantenedoras, respeitadas as normas regulatórias aplicáveis e os critérios de elegibilidade previstos neste Termo de Referência.

10.2.9. A operadora deverá garantir continuidade assistencial aos beneficiários regularmente vinculados ao plano coletivo, inclusive em situações de alteração de rede credenciada, substituição de prestadores ou reorganização operacional da assistência, observadas as normas da ANS e as disposições contratuais aplicáveis.

10.2.10. A execução dos serviços será acompanhada e fiscalizada pela AGPSS, especialmente quanto:

I – à regularidade da prestação assistencial;

II – ao funcionamento da rede credenciada;

III – ao cumprimento dos prazos regulatórios;

IV – à qualidade do atendimento aos beneficiários;

V – à manutenção das condições econômico-financeiras e regulatórias da operadora;

VI – aos indicadores assistenciais e operacionais da contratação;

VII - à evolução da sinistralidade;

VIII - à composição etária da carteira;

IX - à evasão de beneficiários;

X - à estabilidade da rede credenciada;

XI - à política de reajustes.

10.2.11. Deverão ser instituídos mecanismos permanentes de acompanhamento administrativo, operacional, financeiro e atuarial da execução contratual, inclusive mediante análise periódica

de indicadores relacionados à utilização assistencial da carteira, comportamento dos custos assistenciais, desempenho da rede credenciada, índices de sinistralidade, composição etária, evasão de beneficiários, política de reajustes e sustentabilidade da carteira coletiva, com a finalidade de subsidiar a fiscalização contratual, promover transparência administrativa e contribuir para a sustentabilidade da política pública de assistência suplementar à saúde.

10.2.12. A contratada deverá fornecer à AGPSS relatórios periódicos contendo informações relacionadas à execução contratual, observadas as limitações decorrentes da legislação de proteção de dados pessoais e do sigilo médico, incluindo:

I – quantitativo de beneficiários vinculados, discriminado por faixa etária e modalidade de acomodação;

II – movimentações cadastrais;

III – indicadores assistenciais agregados;

IV – desempenho operacional da rede;

V – índices de utilização da carteira;

VI – informações relacionadas à execução financeira e operacional do contrato;

VII - indicadores de sinistralidade;

VIII - indicadores de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS;

IX - indicadores de Notificação de Intermediação Preliminar - NIP;

X - índices de judicialização;

XI - descredenciamentos relevantes;

XII - indicadores de satisfação dos beneficiários;

XIII - evolução do custo per capita;

XIV - evolução da composição etária da carteira.

10.2.13. A operadora contratada deverá manter, durante toda a execução contratual:

I – regularidade perante a ANS;

II – autorização de funcionamento válida;

III – capacidade operacional compatível com o objeto;

IV – suficiência de rede credenciada;

V – regularidade econômico-financeira;

VI – condições técnicas necessárias à continuidade da assistência aos beneficiários.

10.2.14. A contratada apresentará, até o décimo dia útil de cada mês, Relatório Gerencial Mensal contendo análise consolidada da execução contratual. O relatório deverá conter, no mínimo:

I – evolução cadastral da população;

II – movimentação de inclusões e exclusões;

III – indicadores de utilização;

IV – sinistralidade;

V – frequência e severidade;

VI – custos assistenciais;

VII – despesas administrativas;

VIII – desempenho da rede credenciada;

IX – indicadores de qualidade;

X – reclamações registradas;

XI – Notificações de Intermediação Preliminar – NIP;

XII – demandas judiciais relacionadas ao contrato;

XIII – indicadores de regulação;

XIV – ações de promoção da saúde;

XV – plano de ações corretivas;

XVI – análise crítica da evolução dos principais indicadores. Os relatórios deverão permitir comparação com os meses anteriores e consolidação anual dos resultados.

10.2.15. A contratada deverá participar da elaboração e da atualização da Matriz de Riscos da Execução Contratual, a qual integrará o processo de gestão do contrato e terá por objetivo identificar, classificar, monitorar e mitigar os riscos capazes de comprometer a adequada prestação dos serviços. A Matriz deverá contemplar, no mínimo:

I – identificação dos riscos assistenciais, financeiros, atuariais, regulatórios, operacionais, tecnológicos, jurídicos e de continuidade do negócio;

II – probabilidade de ocorrência;

III – impacto esperado;

IV – classificação do nível de risco;

V – responsável pelo monitoramento;

VI – medidas preventivas;

VII – plano de contingência;

VIII – indicadores de monitoramento;

IX – prazo para implementação das ações mitigadoras.

A Matriz de Riscos será revisada, no mínimo, anualmente ou sempre que ocorrer fato relevante capaz de alterar significativamente o perfil de risco da contratação.

10.2.16. A Administração poderá, a qualquer tempo e durante toda a vigência contratual, realizar auditorias técnicas, atuariais, assistenciais, financeiras, operacionais, regulatórias ou de

tecnologia da informação, diretamente ou por intermédio de empresa especializada por ela contratada, com o objetivo de verificar a adequada execução do contrato. A contratada deverá assegurar amplo acesso às informações, documentos, sistemas, registros operacionais e bases de dados necessários à realização das auditorias, observadas as normas relativas à proteção de dados pessoais e ao sigilo profissional. Sempre que forem identificadas inconsistências, fragilidades ou oportunidades de melhoria, a Administração poderá determinar a apresentação de Plano de Ação, contendo cronograma, responsáveis e medidas corretivas, sem prejuízo da aplicação das penalidades previstas contratualmente quando caracterizado inadimplemento.

10.2.17. A Contratada deverá manter acompanhamento permanente da execução assistencial e atuarial da carteira coletiva vinculada ao presente contrato, realizando avaliações periódicas da evolução da população beneficiária, da frequência de utilização, da severidade dos eventos, da sinistralidade, dos custos assistenciais e da sustentabilidade econômico-financeira da operação, disponibilizando à AGPSS, sempre que solicitado ou na periodicidade contratualmente estabelecida, os respectivos relatórios técnicos.

10.2.18. A Contratada deverá disponibilizar à AGPSS informações cadastrais, assistenciais, administrativas, financeiras e atuariais relacionadas à execução contratual, em formato eletrônico estruturado, interoperável e passível de tratamento estatístico, de modo a possibilitar sua utilização em auditorias, estudos atuariais, acompanhamento da execução contratual, planejamento da assistência suplementar e futuros processos de contratação, observadas as disposições da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e o dever de preservação do sigilo médico.

10.2.19. A Contratada deverá adotar políticas e controles de segurança da informação compatíveis com a legislação vigente e com as melhores práticas de governança em tecnologia da informação, assegurando a confidencialidade, integridade, disponibilidade, autenticidade, rastreabilidade e proteção dos dados pessoais e dados sensíveis tratados durante a execução contratual, em conformidade com a Lei Federal nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD).

10.2.20. A Contratada deverá fornecer, em periodicidade a ser definida pela AGPSS, indicadores administrativos, assistenciais, regulatórios e atuariais que permitam o adequado acompanhamento da execução contratual, incluindo, no mínimo:

I - frequência de utilização dos serviços;

II - severidade dos eventos assistenciais;

III - custo médio por beneficiário;

IV - custo assistencial por faixa etária;

V - custo por procedimento ou grupo de procedimentos;

VI - evolução da sinistralidade;

VII - variação dos custos médico-hospitalares (VCMH), quando aplicável;

VIII - tendências de utilização da carteira;

IX - indicadores de reclamações administrativas e Notificação de Intermediação Preliminar (NIP);

X - indicadores de desempenho regulatório divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

XI - demais indicadores considerados necessários ao acompanhamento da sustentabilidade assistencial, atuarial, operacional e econômico-financeira da contratação.

10.2.21. Os relatórios e indicadores referidos neste Termo de Referência deverão ser disponibilizados, preferencialmente, por meio de plataforma eletrônica, painéis executivos (dashboards) ou ferramenta tecnológica equivalente, permitindo o acompanhamento contínuo da execução contratual pelos gestores, fiscais e instâncias de governança da AGPSS.

10.2.22. A Contratada deverá cumprir os indicadores de desempenho (Service Level Agreement – SLA) estabelecidos pela AGPSS, destinados ao monitoramento contínuo da qualidade, eficiência, regularidade e sustentabilidade da execução contratual.

Os indicadores deverão possuir definição objetiva, metodologia de cálculo, periodicidade de apuração, fonte das informações, metas quantitativas, limites de tolerância e critérios de aferição, observando, no mínimo, os parâmetros constantes da tabela a seguir.

Indicador	**Forma de Apuração**	**Periodici-dade**	**Meta**
Prazo de autorização de pro-cedimentos eletivos	Percentual de solici-tações autorizadas dentro dos prazos previstos pela ANS ou em prazo inferior quando contratual-mente estabelecido	Mensal	≥ 95%
Tempo médio de atendi-mento da Central de Atendi-mento	Tempo médio entre o início do contato e o atendimento efetivo ao beneficiário	Mensal	≤ 120 segundos

Disponibilidade da Central de Atendimento	Percentual de disponibilidade dos canais de atendimento ao beneficiário	Mensal	≥ 99%
Resolução das demandas dos beneficiários	Percentual de solicitações solucionadas dentro do prazo estabelecido	Mensal	≥ 90%
Manutenção da rede credenciada	Percentual de manutenção da rede mínima contratada e reposição tempestiva de prestadores descredenciados	Trimestral	≥ 98%
Qualidade assistencial	Indicadores assistenciais definidos pela Administração e pela ANS, incluindo internações evitáveis, reinternações e demais parâmetros aplicáveis	Trimestral	Conforme metas estabelecidas
Satisfação dos beneficiários	Índice de satisfação obtido por pesquisa periódica aplicada aos beneficiários	Semestral	≥ 85%
Cumprimento das obrigações regulatórias	Ausência de penalidades relevantes da ANS e atendimento das exigências regulatórias aplicáveis	Trimestral	100% de conformidade
Desempenho dos programas de promoção da saúde	Percentual de execução das ações e metas dos programas preventivos contratados	Semestral	≥ 90%

Frequência de utilização	Evolução da utilização assistencial por beneficiário	Trimestral	Monitoramento gerencial
Severidade dos eventos	Evolução do custo médio dos eventos assistenciais	Trimestral	Monitoramento gerencial
Sinistralidade da carteira	Relação entre despesas assistenciais e receitas da carteira	Trimestral	Monitoramento atuarial
Custo médio por beneficiário	Evolução do custo assistencial individual	Trimestral	Monitoramento atuarial
Custo por faixa etária e acomodação	Evolução dos custos por faixa etária e acomodação	Trimestral	Monitoramento atuarial
Variação dos Custos Médico-Hospitalares (VCMH), quando aplicável	Evolução do custo médico-hospitalar da carteira	Anual	Monitoramento atuarial
Indicadores regulatórios da ANS (IDSS, NIP e outros aplicáveis)	Acompanhamento dos indicadores oficiais divulgados pela ANS	Anual ou conforme divulgação	Manutenção da regularidade

Os indicadores serão apurados com base em informações produzidas pela CONTRATADA, complementadas por dados obtidos pela fiscalização contratual, pelos sistemas informatizados disponibilizados, pelos registros administrativos da AGPSS e, quando aplicável, do Município e das entidades mantenedoras, bem como pelos indicadores divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Os relatórios deverão ser disponibilizados em formato eletrônico estruturado, preferencialmente por meio de painéis gerenciais (dashboards), contendo memória de cálculo, série histórica, análise comparativa, justificativa para eventuais desvios e plano de ação para os

indicadores que apresentarem desempenho inferior às metas estabelecidas.

10.2.23. A execução contratual observará os princípios da continuidade assistencial, eficiência administrativa, proteção ao beneficiário, transparência operacional, sustentabilidade administrativa, sustentabilidade atuarial, governança e preservação do interesse público.

11. CONDIÇÕES DE RECEBIMENTO

11.1. O recebimento do objeto observará as disposições da Lei Federal nº 14.133/2021 e ocorrerá mediante verificação da regular disponibilização e operacionalização do plano coletivo de assistência suplementar à saúde pela operadora contratada, nos termos previstos neste Termo de Referência e no instrumento contratual.

11.2. Considerando a natureza continuada da contratação e a adesão facultativa dos beneficiários ao plano coletivo disponibilizado, o acompanhamento da execução contratual ocorrerá de forma mensal, mediante fiscalização administrativa, operacional e regulatória da prestação dos serviços pela operadora contratada.

O acompanhamento deverá incluir monitoramento atuarial periódico da evolução da carteira coletiva, da sinistralidade, da composição etária, da evasão de beneficiários e dos indicadores de sustentabilidade econômico-financeira.

11.3. O recebimento dos serviços compreenderá a verificação da manutenção das condições operacionais da contratação, especialmente quanto:

I – à regularidade da operadora perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

II – à manutenção da rede credenciada exigida contratualmente;

III – à disponibilidade dos canais de atendimento aos beneficiários;

IV – à operacionalização das inclusões e exclusões cadastrais;

V – ao funcionamento dos sistemas eletrônicos de atendimento e autorização;

VI – ao cumprimento das obrigações administrativas e operacionais previstas neste Termo de Referência.

11.4. O recebimento não implicará assunção, pela AGPSS ou pelo Município, da gestão assistencial da carteira, da regulação médica, da autorização de procedimentos ou da responsabilidade pela prestação direta dos serviços de saúde aos beneficiários, permanecendo tais atribuições sob responsabilidade exclusiva da operadora contratada, na forma da legislação aplicável à saúde suplementar.

11.5. A Administração deverá solicitar relatórios operacionais, administrativos, econômico-financeiros, atuariais e assistenciais consolidados necessários ao acompanhamento da

execução contratual, observadas as limitações decorrentes da legislação de proteção de dados pessoais e do sigilo médico.

11.6. Constatadas irregularidades relevantes na manutenção da rede credenciada, no funcionamento operacional do sistema, no atendimento administrativo aos beneficiários ou no cumprimento das obrigações regulatórias aplicáveis, a Administração poderá rejeitar parcialmente a execução contratual, determinar medidas de regularização e adotar as providências administrativas cabíveis.

11.7. O recebimento da execução contratual não exclui a responsabilidade da operadora pela adequada prestação da assistência suplementar à saúde, pela manutenção das condições regulatórias exigidas pela ANS e pelo cumprimento das obrigações assumidas contratualmente.

12. DA GARANTIA

12.1. Será exigida garantia de execução contratual, nos termos dos arts. 96 e 98 da Lei Federal nº 14.133/2021, correspondente a 5% (cinco por cento) do valor inicial do contrato, assim entendido o valor global da proposta vencedora após a aplicação do percentual único de desconto ao Valor Global de Referência – VGR, considerando a natureza continuada dos serviços, a essencialidade da assistência suplementar à saúde disponibilizada aos beneficiários e a necessidade de preservação da estabilidade operacional da execução contratual.

12.2. A garantia contratual terá por finalidade assegurar o adequado cumprimento das obrigações assumidas pela operadora contratada, especialmente quanto à manutenção das condições operacionais do plano coletivo, à continuidade administrativa da execução contratual e à reparação de prejuízos decorrentes de eventual inadimplemento das obrigações previstas neste Termo de Referência e no instrumento contratual.

12.3. A contratada poderá optar por quaisquer das modalidades de garantia admitidas pela legislação aplicável, incluindo caução em dinheiro ou títulos da dívida pública, seguro-garantia ou fiança bancária.

12.4. A garantia deverá permanecer válida durante toda a vigência contratual, inclusive em eventuais prorrogações, cabendo à contratada promover sua renovação, complementação ou substituição sempre que necessário à manutenção de sua suficiência e regularidade.

12.5. A eventual exigência de garantia contratual não substitui nem afasta as obrigações regulatórias próprias das operadoras de planos privados de assistência à saúde relacionadas à manutenção de reservas técnicas, patrimônio mínimo ajustado, garantias financeiras e demais requisitos de solvência exigidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

12.6. A Administração poderá executar a garantia contratual nas hipóteses de inadimplemento

das obrigações assumidas, descumprimento contratual, interrupção injustificada da operacionalização do plano coletivo, aplicação de penalidades administrativas não adimplidas ou ocorrência de prejuízos decorrentes de falhas relevantes na execução contratual.

12.7. A execução da garantia não impedirá a aplicação das demais sanções administrativas cabíveis nem afastará a responsabilização da contratada pelos prejuízos eventualmente causados à AGPSS ou aos beneficiários vinculados ao sistema.

12.8. Encerrada a execução contratual e verificado o integral cumprimento das obrigações assumidas pela contratada, a garantia será liberada ou restituída na forma da legislação aplicável.

12.9. A garantia prevista neste Termo de Referência possui natureza exclusivamente contratual e administrativa, não implicando assunção, pela AGPSS ou pelo Município, do risco assistencial, atuarial ou operacional inerente à atividade de saúde suplementar, permanecendo a operadora integralmente responsável pela execução e gestão da assistência disponibilizada aos beneficiários.

12.10. A AGPSS poderá exigir, durante a execução contratual, apresentação periódica de indicadores de solvência, provisões técnicas, patrimônio mínimo ajustado, ativos garantidores, liquidez regulatória e demais informações econômico-financeiras aptas a demonstrar a manutenção da capacidade operacional da operadora contratada.

13. OBRIGAÇÕES DAS PARTES

13.1. DAS OBRIGAÇÕES DA EMPRESA

13.1.1. Executar os serviços objeto da contratação em conformidade com as disposições deste Termo de Referência, do instrumento contratual, da Lei Municipal nº 15.448/2026, da Lei Federal nº 9.656/1998, das Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e demais normas aplicáveis ao setor de saúde suplementar.

13.1.2. Disponibilizar e manter plano coletivo de assistência suplementar à saúde apto ao atendimento dos beneficiários elegíveis vinculados ao Município de Juiz de Fora, observadas as condições assistenciais, operacionais e regulatórias previstas neste Termo de Referência.

13.1.3. Garantir cobertura assistencial compatível com a segmentação contratada, observando integralmente o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, bem como os prazos máximos de atendimento estabelecidos pela regulamentação aplicável.

13.1.4. Manter rede credenciada suficiente, regular e operacional no Município de Juiz de Fora e região, assegurando aos beneficiários acesso adequado aos serviços hospitalares, ambulatoriais, laboratoriais, terapêuticos, obstétricos e de urgência e emergência necessários à

execução da assistência suplementar à saúde.

13.1.5. Responsabilizar-se integralmente pela gestão operacional da assistência suplementar à saúde, incluindo autorização de procedimentos, regulação assistencial, auditoria médica, gestão da rede credenciada, atendimento aos beneficiários e processamento das demandas assistenciais decorrentes da execução contratual.

13.1.6. Manter regularidade cadastral, autorização de funcionamento e plena aptidão operacional perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS durante toda a vigência contratual.

13.1.7. Manter as condições de solvência, reservas técnicas, patrimônio mínimo ajustado, garantias financeiras e demais requisitos regulatórios exigidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para operação regular dos planos privados de assistência à saúde.

13.1.8. Comunicar imediatamente à AGPSS quaisquer fatos relevantes que possam impactar a continuidade da execução contratual, especialmente:

I - alteração significativa da rede credenciada;

II - instauração de regime especial pela ANS;

III - suspensão de comercialização de produtos;

IV - restrições regulatórias relevantes;

V - alterações societárias capazes de afetar a operação assistencial;

VI - eventos que possam comprometer a continuidade da assistência aos beneficiários**.**

13.1.9. Disponibilizar canais permanentes de atendimento aos beneficiários, incluindo atendimento telefônico, portal eletrônico, aplicativo digital, canais de acompanhamento de solicitações e mecanismos adequados de registro e tratamento de reclamações administrativas.

13.1.10. Disponibilizar sistemas informatizados aptos à operacionalização da contratação, incluindo mecanismos eletrônicos de autorização, movimentação cadastral, acompanhamento de utilização da rede e emissão de documentos necessários à execução contratual.

13.1.11. Promover a inclusão, exclusão e movimentação cadastral dos beneficiários nos prazos e condições estabelecidos contratualmente, observadas as normas regulatórias aplicáveis e as informações encaminhadas pela AGPSS.

13.1.12. Garantir continuidade assistencial aos beneficiários regularmente vinculados ao plano coletivo, inclusive em hipóteses de substituição de prestadores, reorganização da rede credenciada ou alterações operacionais da assistência, observadas as exigências da ANS.

13.1.13. Fornecer à AGPSS relatórios periódicos relacionados à execução contratual, contendo informações administrativas, operacionais, econômico-financeiras, atuariais e assistenciais consolidadas necessárias ao acompanhamento da contratação, observadas as limitações

decorrentes da legislação de proteção de dados pessoais e do sigilo médico.

13.1.14. Permitir e facilitar a atuação da fiscalização contratual designada pela AGPSS, prestando todos os esclarecimentos, documentos e informações necessários ao acompanhamento da execução do contrato.

13.1.15. Responsabilizar-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários, tributários, regulatórios, comerciais e demais obrigações decorrentes da execução contratual, inexistindo qualquer vínculo jurídico entre a AGPSS ou o Município e empregados, prestadores ou terceiros vinculados à operadora contratada.

13.1.16. Observar integralmente a legislação relacionada à proteção de dados pessoais, sigilo médico e confidencialidade das informações dos beneficiários, adotando medidas técnicas e administrativas aptas à preservação da segurança das informações tratadas no âmbito da execução contratual.

13.1.17. Responder integralmente pelos atos praticados por sua rede credenciada, prestadores vinculados, profissionais contratados e terceiros utilizados na execução da assistência suplementar à saúde disponibilizada aos beneficiários.

13.1.18. Manter, durante toda a execução contratual, as condições de habilitação, qualificação técnica, regularidade econômico-financeira e capacidade operacional exigidas no procedimento licitatório.

13.1.19. Executar os serviços observando os princípios da continuidade assistencial, eficiência operacional, transparência administrativa, proteção ao beneficiário e regularidade regulatória da assistência suplementar à saúde.

13.1.20. Comunicar imediatamente à AGPSS eventual inadimplência institucional de entidade mantenedora, relacionada às obrigações de aporte previstas na Lei Municipal nº 15.448/2026, de que tenha conhecimento e que possa impactar os fluxos financeiros do PASEPM ou a execução contratual, para adoção das providências legais cabíveis.

13.1.21. Durante o período de inadimplência institucional das entidades mantenedoras, manter integralmente as coberturas assistenciais dos beneficiários, nos termos da Lei Municipal nº 15.448/2026, sendo vedado o financiamento dessa manutenção com recursos do Fundo de Reserva Técnica – FRT. A mora institucional não se confunde com a inadimplência individual do beneficiário perante a operadora.

13.2. DAS OBRIGAÇÕES MÍNIMAS DA AGPSS E DO MUNICÍPIO

13.2.1. Compete à AGPSS disponibilizar à operadora contratada as informações administrativas necessárias à adequada operacionalização da contratação, especialmente aquelas relacionadas à inclusão, exclusão e atualização cadastral dos beneficiários elegíveis

ao plano coletivo, com base nos dados fornecidos pelo Município e pelas demais entidades mantenedoras.

13.2.2. Compete à AGPSS exercer a gestão administrativa, a governança, o acompanhamento e a fiscalização da contratação, observadas as competências do Conselho de Administração, do Conselho Fiscal e da Diretoria Executiva.

13.2.3. Compete à AGPSS acompanhar e fiscalizar a execução contratual, especialmente quanto:

I - à manutenção das condições operacionais do plano coletivo;

II - à regularidade da rede credenciada;

III - ao cumprimento das obrigações administrativas e regulatórias da operadora;

IV - à observância das condições previstas neste Termo de Referência e no instrumento contratual;

V - à evolução da sinistralidade;

VI - à evolução da composição etária da carteira;

VII - à política de reajustes;

VIII - à estabilidade da rede credenciada;

IX - aos indicadores de satisfação dos beneficiários.

13.2.4. Compete à AGPSS designar formalmente gestor e fiscais do contrato, responsáveis pelo acompanhamento administrativo, operacional e financeiro da execução contratual, sob coordenação da Diretoria Executiva, nos termos da Lei Federal nº 14.133/2021.

13.2.5. Compete à AGPSS encaminhar à contratada, em tempo hábil, as informações necessárias às movimentações cadastrais dos beneficiários, observadas as rotinas administrativas definidas entre as partes.

13.2.6. Compete à AGPSS adotar as providências administrativas de sua competência necessárias à adequada execução contratual, observadas as disposições da Lei Municipal nº 15.448/2026 e a disponibilidade dos recursos vinculados ao PASEPM.

13.2.7. Compete à AGPSS promover o acompanhamento periódico da execução contratual, inclusive mediante análise de relatórios operacionais, administrativos, assistenciais, econômico-financeiros e atuariais fornecidos pela operadora contratada.

13.2.8. Compete à AGPSS comunicar formalmente à operadora contratada eventuais irregularidades verificadas na execução contratual, solicitando as medidas administrativas necessárias à regularização das inconformidades identificadas.

13.2.9. Compete à AGPSS observar, no tratamento das informações recebidas da operadora contratada, as disposições da legislação relacionada à proteção de dados pessoais, sigilo

médico e confidencialidade das informações dos beneficiários.

13.2.10. Compete ao Município, quando instituída e regulamentada a política específica de auxílio-saúde, realizar sua gestão e operacionalização, bem como fornecer à AGPSS as informações funcionais e cadastrais necessárias à execução do PASEPM e executar as demais rotinas administrativas que lhe sejam atribuídas pela legislação aplicável.

13.2.12. O Município, na condição de mantenedor principal do PASEPM, observará as obrigações de aporte, planejamento orçamentário e avaliação atuarial independente previstas na Lei Municipal nº 15.448/2026, encaminhando os resultados aos órgãos de governança da AGPSS, quando cabível.

13.2.13. A participação institucional dos beneficiários e das entidades sindicais na governança do PASEPM ocorrerá por meio do Conselho de Administração e do Conselho Fiscal da AGPSS, sem prejuízo de outros mecanismos consultivos que não conflitem com as competências legais desses órgãos.

13.2.14. A atuação da AGPSS e do Município no âmbito do PASEPM não implicará assunção da operação assistencial do plano privado de assistência à saúde, da regulação médica, da autorização de procedimentos ou do risco assistencial inerente à atividade da operadora contratada.

14. DO PAGAMENTO

14.1. Os preços unitários iniciais do contrato serão aqueles constantes da proposta vencedora após aplicação do percentual único de desconto sobre as Tabelas de Preços de Referência das modalidades apartamento e enfermaria do Anexo I. Nenhuma combinação de faixa etária e modalidade de acomodação poderá ser cobrada por valor superior ao respectivo preço unitário contratado, ressalvados reajustes ou revisões formalmente admitidos.

14.2. O valor mensal correspondente a cada beneficiário será definido pelo preço unitário contratado da faixa etária em que estiver enquadrado e da modalidade de acomodação por ele escolhida no mês de competência. A mudança de faixa etária ou de modalidade, quando admitida, implicará aplicação do preço contratual correspondente à nova combinação, observada a regulamentação da ANS e as regras operacionais do contrato.

14.3. A operadora deverá disponibilizar demonstrativo mensal da carteira contendo, no mínimo, beneficiários por faixa etária e modalidade de acomodação, preço unitário contratual aplicável a cada combinação, movimentações cadastrais e valor total correspondente, para fins de controle e fiscalização pela AGPSS.

14.4. A contratação objeto deste Termo de Referência não implicará assunção, pela AGPSS

ou pelo Município de Juiz de Fora, do custeio direto integral das mensalidades dos planos privados de assistência suplementar à saúde disponibilizados pela operadora contratada, observadas as regras legais de custeio do PASEPM e da política municipal de auxílio-saúde.

14.5. O custeio das mensalidades observará as regras legais do PASEPM. Nos termos do art. 56 da Lei Municipal nº 15.448/2026, o pagamento da mensalidade será realizado diretamente pelo beneficiário à operadora contratada, sem prejuízo da aplicação da política de auxílio-saúde quando instituída e regulamentada.

14.6. A cobrança das mensalidades será operacionalizada diretamente pela operadora junto ao beneficiário, por meios de pagamento compatíveis com a legislação e com a regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sem retenção, processamento ou repasse das mensalidades pela AGPSS, pelo Município ou pelas entidades mantenedoras.

14.7. A inadimplência individual do beneficiário não se confunde com a inadimplência institucional das entidades mantenedoras prevista na Lei Municipal nº 15.448/2026. A obrigação individual de pagamento permanecerá exclusivamente entre o beneficiário e a operadora, sem assunção de responsabilidade solidária, subsidiária ou garantidora pela AGPSS, pelo Município ou pelas entidades mantenedoras.

14.8. Na hipótese de inadimplência individual do beneficiário, a operadora deverá observar a Lei Federal nº 9.656/1998, a Resolução Normativa ANS nº 593/2023, suas alterações e a regulamentação setorial vigente, conforme a incidência própria de cada norma e as condições aplicáveis ao produto coletivo empresarial contratado.

14.9. Quando aplicável ao beneficiário que realiza o pagamento diretamente à operadora, eventual suspensão, exclusão ou rescisão por inadimplência somente poderá ocorrer nas condições previstas na regulamentação vigente da ANS, inclusive mediante a existência de, no mínimo, duas mensalidades não pagas, consecutivas ou não, no período de doze meses, prévia notificação do beneficiário, concessão do prazo regulamentar para purgação da mora e observância das limitações aplicáveis durante internação. Nos contratos coletivos empresariais, a exclusão individual por inadimplência deverá estar prevista nos instrumentos regulatórios aplicáveis e observar a ciência da pessoa jurídica contratante, na forma da regulamentação vigente.

14.10. Eventual alteração futura dos meios de cobrança deverá observar a legislação municipal, a regulamentação da ANS e as condições do produto coletivo empresarial, sem transferência da responsabilidade individual do beneficiário pelo pagamento da mensalidade.

14.11. O Município permanecerá responsável exclusivamente pela gestão administrativa da política de auxílio-saúde eventualmente instituída em favor dos servidores municipais, observadas as disposições legais, regulamentares, orçamentárias e financeiras aplicáveis ao benefício.

14.12. A relação assistencial, operacional e financeira relacionada à utilização do plano

privado de assistência suplementar à saúde será mantida diretamente entre a operadora contratada e o beneficiário aderente, nos termos da legislação aplicável ao setor de saúde suplementar.

14.13. A AGPSS deverá exigir da operadora contratada relatórios administrativos, econômico-financeiros, atuariais e assistenciais consolidados relacionados à operacionalização da carteira coletiva, quantitativo de beneficiários vinculados por faixa etária e modalidade de acomodação, movimentações cadastrais, sinistralidade, utilização assistencial, custo per capita e demais informações necessárias ao acompanhamento da execução contratual, observadas as limitações decorrentes da legislação de proteção de dados pessoais e do sigilo médico.

14.14. A operadora contratada deverá manter regularidade perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS durante toda a execução contratual, bem como observar as obrigações regulatórias, operacionais e econômico-financeiras aplicáveis às operadoras de planos privados de assistência à saúde.

14.15. A operacionalização financeira prevista neste Termo de Referência não descaracteriza a natureza facultativa da adesão ao plano coletivo nem implica assunção, pela AGPSS ou pelo Município, do risco assistencial, atuarial ou operacional inerente à prestação da assistência suplementar à saúde, permanecendo tais responsabilidades atribuídas à operadora contratada, sem prejuízo das responsabilidades legais próprias das entidades mantenedoras.

14.16. O Fundo de Reserva Técnica – FRT será mantido e gerido pela AGPSS nos estritos termos dos arts. 15 a 21 da Lei Municipal nº 15.448/2026, possuindo natureza de reserva técnica de liquidez e estabilização atuarial do PASEPM.

14.17. Os recursos do FRT não integram o patrimônio da operadora contratada, não substituem as provisões técnicas, garantias financeiras ou demais exigências regulatórias próprias da CONTRATADA e não poderão ser utilizados para cobertura de inadimplência da operadora perante sua rede credenciada, de inadimplência das entidades mantenedoras ou de despesas estranhas às finalidades legais do Fundo.

14.18. A gestão, a fiscalização e a deliberação sobre a utilização do FRT observarão as competências do Conselho de Administração e do Conselho Fiscal da AGPSS e as demais condições, limites, exigências atuariais e obrigações de transparência estabelecidas na Lei Municipal nº 15.448/2026.

14.19. A inadimplência institucional das entidades mantenedoras, relativa às obrigações de aporte previstas na Lei Municipal nº 15.448/2026, deverá ser comunicada à AGPSS para adoção das providências legais cabíveis, inclusive as medidas de cobrança previstas na própria Lei. Essa hipótese

não se confunde com a inadimplência individual do beneficiário perante a operadora. Durante o período de inadimplência institucional, a operadora deverá manter integralmente as coberturas assistenciais dos beneficiários, vedada a utilização do FRT para financiar essa manutenção.

14.20. Os débitos decorrentes do extinto PAS-JF permanecerão de exclusiva responsabilidade do Município de Juiz de Fora, nos termos do art. 5º, §§ 2º e 3º, da Lei Municipal nº 15.448/2026, vedada sua transferência à AGPSS, aos beneficiários ou à operadora contratada.

14.21. O reajuste anual dos preços unitários contratados das modalidades apartamento e enfermaria observará o Índice Técnico Atuarial de Custeio – ITAC, que constitui o limite máximo anual previsto na Lei Municipal nº 15.448/2026, sem prejuízo do cumprimento da regulamentação vigente da ANS e da preservação do equilíbrio econômico-financeiro do contrato. O percentual de desconto vencedor permanecerá incorporado à estrutura econômica das duas tabelas contratuais, vedada a recomposição unilateral de preços pela operadora.

14.22. O reajuste dependerá de avaliação atuarial e de homologação pelo Conselho de Administração da AGPSS, observadas as competências, o procedimento e o quórum qualificado previstos na Lei Municipal nº 15.448/2026, a regulamentação vigente da ANS e as normas de contratação pública aplicáveis, inclusive a convocação específica e a comunicação prévia às entidades sindicais representadas no Conselho, quando legalmente exigidas.

14.23. O compartilhamento financeiro previsto no art. 50 da Lei Municipal nº 15.448/2026 aplica-se exclusivamente à hipótese e aos limites legalmente definidos para recomposição decorrente da necessidade apurada em avaliação atuarial, não implicando divisão automática, em partes iguais, de todo e qualquer reajuste, variação de custo ou risco ordinário da operação.

14.24. Os pedidos de revisão ou de restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro observarão a Lei Federal nº 14.133/2021, a Lei Municipal nº 15.448/2026 e a regulamentação vigente da ANS. Quando fundados em variação de custos assistenciais, deverão ser instruídos com demonstração técnica e atuarial suficiente do evento, de seu impacto efetivo e do nexo causal, vedada a transferência automática à Administração ou aos beneficiários de riscos ordinários já considerados ou que devessem ter sido considerados na formação da proposta. A análise de eventual revisão extraordinária não se confunde com o reajuste anual pelo ITAC e dependerá de decisão administrativa motivada.

14.25. O ITAC, o reajuste, a revisão, o reequilíbrio econômico-financeiro, a coparticipação, o compartilhamento financeiro e quaisquer outros mecanismos que produzam efeitos sobre preços, contribuições ou obrigações econômicas do contrato serão aplicados de forma cumulativamente compatível com a legislação municipal, com a Lei Federal nº 14.133/2021, com a Lei Federal nº 9.656/1998 e com a regulamentação vigente da ANS, preservado o equilíbrio econômico-financeiro da contratação e vedadas alterações unilaterais pela CONTRATADA.

15. DO MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO

15.1. O contrato será formalizado nos termos da Lei Federal nº 14.133/2021, observadas as disposições deste Termo de Referência, do Edital, da proposta vencedora e das normas aplicáveis ao setor de saúde suplementar.

15.2. A execução contratual observará regime de prestação continuada, considerando a natureza permanente da política pública de assistência suplementar à saúde disponibilizada aos beneficiários vinculados ao sistema.

15.3. O contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas pactuadas, as disposições legais e regulamentares aplicáveis e os princípios da boa-fé, eficiência administrativa, continuidade assistencial e preservação do interesse público.

15.4. As partes responderão pelas consequências decorrentes da inexecução total ou parcial das obrigações assumidas, nos termos da Lei Federal nº 14.133/2021, da legislação aplicável ao setor de saúde suplementar e das cláusulas contratuais estabelecidas.

15.5. A gestão contratual será realizada pela AGPSS por meio de gestor e fiscais formalmente designados, sob coordenação da Diretoria Executiva, competindo-lhes promover o acompanhamento administrativo da execução contratual, a interlocução institucional com a operadora contratada e a adoção das providências necessárias à adequada execução do contrato.

15.6. As comunicações entre a AGPSS e a operadora contratada deverão ocorrer preferencialmente por meio eletrônico, admitida qualquer forma escrita apta à comprovação formal da ciência das partes.

15.7. A Administração poderá convocar representantes da operadora contratada para reuniões técnicas, apresentação de esclarecimentos, adoção de providências corretivas ou prestação de informações relacionadas à execução contratual.

15.8. A operadora contratada deverá manter representante técnico e canais permanentes de interlocução com a AGPSS durante toda a vigência contratual.

15.9. O contrato terá vigência inicial de 12 (doze) meses, contados da assinatura do instrumento contratual, podendo ser prorrogado sucessivamente, observados os limites legais previstos na Lei Federal nº 14.133/2021 e demonstrada a manutenção da vantajosidade administrativa da contratação.

15.10. A eventual prorrogação contratual ficará condicionada à manutenção da regularidade da operadora perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, da capacidade operacional da contratada e da adequação da execução contratual aos interesses da AGPSS e dos beneficiários vinculados ao sistema.

15.11. A gestão contratual deverá contemplar mecanismos permanentes de governança, acompanhamento atuarial, monitoramento assistencial e análise da sustentabilidade da carteira

coletiva.

15.12. As matérias relativas à aprovação de orçamento, contratação da operadora, reajustes ou outras decisões que afetem diretamente os beneficiários serão submetidas ao Conselho de Administração da AGPSS, observados o quórum qualificado, a convocação específica e os demais requisitos previstos na Lei Municipal nº 15.448/2026.

16. FISCALIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO

16.1. A execução contratual será acompanhada e fiscalizada por gestor e fiscais formalmente designados pela AGPSS, nos termos do art. 117 da Lei Federal nº 14.133/2021, sob coordenação da Diretoria Executiva, sem prejuízo das competências de supervisão e controle atribuídas ao Conselho de Administração e ao Conselho Fiscal pela Lei Municipal nº 15.448/2026.

16.2. A fiscalização contratual compreenderá, especialmente:

I - o acompanhamento da manutenção da regularidade da operadora perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

II - a verificação da suficiência e regularidade da rede credenciada;

III - o acompanhamento da operacionalização das inclusões e exclusões cadastrais;

IV - a análise da regularidade dos canais de atendimento aos beneficiários;

o monitoramento do cumprimento das obrigações previstas neste Termo de Referência;

V - a análise dos indicadores administrativos, operacionais e assistenciais relacionados à execução contratual;

VI - monitoramento da evolução atuarial da carteira coletiva;

VII - acompanhamento da estabilidade econômico-financeira da operação;

VIII - acompanhamento da composição etária da carteira;

IX - acompanhamento da evasão de beneficiários;

X - acompanhamento da política de reajustes.

16.3. O acompanhamento da execução contratual poderá ocorrer mediante:

I - análise de relatórios administrativos, operacionais, econômico-financeiros, atuariais e assistenciais;

II - reuniões técnicas periódicas;

III - solicitações formais de esclarecimentos;

IV - acompanhamento de indicadores de desempenho;

V - monitoramento da evolução da utilização da carteira coletiva;

VI - verificação da regularidade da rede assistencial disponibilizada;

VII - análise da evolução da sinistralidade;

VIII - acompanhamento da composição etária e da evasão da carteira.

16.4. A operadora contratada deverá disponibilizar à AGPSS relatórios gerenciais periódicos e painéis executivos de acompanhamento da execução contratual, contendo informações administrativas, operacionais, econômico-financeiras e assistenciais relacionadas à carteira coletiva vinculada ao contrato. Os relatórios e painéis deverão possibilitar o monitoramento contínuo da execução contratual, especialmente quanto:

I - à evolução quantitativa da carteira de beneficiários;

II - à utilização da rede assistencial;

III - aos indicadores de sinistralidade;

IV - à evolução do custo assistencial;

V - aos índices de reclamações;

VI - aos tempos médios de autorização;

VII - aos indicadores regulatórios da ANS;

VIII - à rede credenciada ativa;

IX - aos descredenciamentos relevantes;

X - aos indicadores de atendimento e satisfação dos beneficiários;

XI - à judicialização relacionada à carteira coletiva;

XII - aos programas de atenção primária, prevenção e gestão de crônicos, quando existentes.

Os relatórios e painéis deverão permitir análise evolutiva, comparativa e histórica dos principais indicadores da carteira, incluindo sinistralidade, frequência de utilização, comportamento assistencial, custo per capita, judicialização, estabilidade da rede credenciada, evasão de beneficiários e composição etária da massa.

16.5. A AGPSS instituirá mecanismos permanentes de acompanhamento administrativo, operacional, financeiro e atuarial da execução contratual, no âmbito de sua estrutura administrativa e dos órgãos de governança previstos na Lei Municipal nº 15.448/2026. A participação institucional dos beneficiários e das entidades sindicais ocorrerá pelos Conselhos de Administração e Fiscal, sem prejuízo de outros mecanismos consultivos compatíveis com a legislação.

16.5.1. Matérias relativas à aprovação de orçamento, contratação da operadora, reajustes ou quaisquer decisões que afetem diretamente os beneficiários observarão as competências do Conselho de Administração da AGPSS e serão deliberadas nos termos da Lei Municipal nº 15.448/2026, inclusive quanto ao quórum qualificado de 2/3 e à convocação específica com comunicação prévia às entidades sindicais representadas no Conselho.

16.6. A fiscalização exercida pela AGPSS possui natureza administrativa, contratual e regulatória, não implicando assunção da operação assistencial do plano privado de assistência à saúde, da regulação médica, da autorização de procedimentos ou da responsabilidade direta pela prestação dos serviços médico-hospitalares aos beneficiários.

16.7. A operadora contratada deverá fornecer à fiscalização contratual todas as informações, documentos, relatórios e esclarecimentos necessários ao adequado acompanhamento da execução do contrato, observadas as limitações decorrentes da legislação de proteção de dados pessoais e do sigilo médico.

16.8. A AGPSS poderá convocar representantes da operadora contratada para adoção imediata de providências relacionadas a irregularidades operacionais, reclamações recorrentes, alteração relevante da rede credenciada, falhas de atendimento ou quaisquer situações que possam comprometer a adequada execução contratual ou a continuidade assistencial dos beneficiários.

16.8.1. A AGPSS e os órgãos de governança competentes deverão adotar monitoramento reforçado da execução contratual quando identificados indicadores relevantes de deterioração operacional, assistencial, regulatória ou econômico-financeira capazes de comprometer a continuidade da assistência suplementar disponibilizada aos beneficiários.

16.8.2. Poderão ser considerados, entre outros elementos:

I - crescimento relevante da sinistralidade;

II - aumento expressivo de reclamações administrativas;

III - deterioração de indicadores regulatórios da ANS;

IV - aumento significativo de judicialização;

V - descredenciamentos relevantes sem reposição equivalente;

VI - crescimento anormal dos tempos de autorização;

VIII - instabilidade operacional da rede assistencial ou eventos capazes de comprometer a continuidade assistencial da carteira coletiva;

IX - evasão relevante da carteira;

X - concentração excessiva de beneficiários em faixas etárias de alto custo assistencial;

XI - crescimento relevante do custo per capita;

XII - deterioração da sustentabilidade atuarial da carteira;

XIII - perda de prestadores estratégicos.

16.8.3. Identificadas irregularidades relevantes ou deterioração dos indicadores de desempenho da contratação, a AGPSS poderá solicitar apresentação de plano de ação corretivo pela operadora contratada, contendo medidas operacionais, assistenciais ou administrativas destinadas à regularização das inconformidades verificadas.

O plano de ação deverá conter prazos, responsáveis, medidas corretivas objetivas, indicadores de acompanhamento e plano de comunicação aos beneficiários quando houver risco de impacto assistencial.

16.9. A constatação de irregularidades na execução contratual poderá ensejar determinação de medidas corretivas, registro de ocorrência contratual, aplicação de penalidades administrativas e adoção das demais providências previstas na legislação aplicável e no instrumento contratual.

16.9.1. Na adoção de medidas corretivas, aplicação de sanções ou eventual encerramento contratual, a AGPSS deverá observar a preservação da continuidade assistencial dos beneficiários, especialmente em relação a tratamentos continuados, terapias seriadas, pacientes crônicos, internações em curso e demais situações de maior vulnerabilidade assistencial.

16.10. O acompanhamento e a fiscalização da execução contratual não excluem nem reduzem a responsabilidade da operadora contratada pelo integral cumprimento das obrigações assumidas, permanecendo a contratada responsável pela adequada prestação da assistência suplementar à saúde disponibilizada aos beneficiários.

16.11. A AGPSS não se responsabilizará por tratativas realizadas pela operadora contratada com setores, agentes ou terceiros não formalmente autorizados para interlocução contratual, salvo nas hipóteses expressamente reconhecidas pela fiscalização designada.

16.12. A fiscalização contratual observará os princípios da continuidade assistencial, eficiência administrativa, transparência, proteção ao beneficiário e preservação do interesse público, considerando a natureza essencial dos serviços disponibilizados no âmbito da presente contratação.

16.13. As informações deverão ser disponibilizadas em formato eletrônico acessível, preferencialmente mediante dashboards, painéis digitais ou sistemas informatizados que permitam análise comparativa, acompanhamento evolutivo e extração de relatórios consolidados pela fiscalização contratual.

16.14. A disponibilização das informações observará a legislação aplicável à proteção de dados pessoais, ao sigilo médico e à confidencialidade das informações assistenciais individualizadas.

17. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

17.1. Pela inexecução total ou parcial das obrigações firmadas, a Administração poderá, garantida a prévia defesa, aplicar ao proponente contratado às penalidades previstas no Art. 156 da Lei 14.133/21, das quais destacam-se:

A) advertência;

B) multa;

C) impedimento de licitar e contratar;

D) declaração de inidoneidade para licitar ou contratar.

17.2. As penalidades poderão ser aplicadas isolada ou cumulativamente, observadas a natureza da infração, a gravidade da conduta, a extensão do dano eventualmente causado à Administração ou aos beneficiários e os princípios da proporcionalidade e razoabilidade.

17.3. Constituem hipóteses passíveis de aplicação de sanções administrativas, sem prejuízo de

I - outras previstas na legislação aplicável:

II - descumprimento das obrigações previstas neste Termo de Referência;

III - interrupção injustificada da operacionalização do plano coletivo;

IV - falhas reiteradas na manutenção da rede credenciada;

V - descumprimento dos prazos regulatórios estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

VI - negativa indevida de cobertura assistencial obrigatória;

VII - descumprimento das obrigações relacionadas à movimentação cadastral dos beneficiários;

VIII - omissão ou prestação de informações falsas à AGPSS;

IX - descumprimento das obrigações regulatórias perante a ANS;

X - perda das condições de habilitação, capacidade operacional ou regularidade econômico-financeira exigidas para execução contratual;

XI - aplicação de medida regulatória ou ocorrência superveniente que comprometa a continuidade ou a estabilidade da execução contratual;

XII - prática de atos que comprometam a continuidade assistencial dos beneficiários vinculados ao sistema;

XIII - descumprimento das obrigações de governança e transparência;

XIV - não apresentação de relatórios periódicos obrigatórios;

XV - descumprimento do plano de transição assistida;

XVI - omissão de informações relevantes sobre rede, solvência, reajustes ou indicadores assistenciais.

17.4. Na aplicação das sanções administrativas serão considerados:

I - a natureza e a gravidade da infração cometida;

II - as peculiaridades do caso concreto;

III - a existência de circunstâncias agravantes ou atenuantes;

IV - os danos decorrentes da infração para a AGPSS ou para os beneficiários;

V - a reincidência da contratada;

VI - a adoção de medidas corretivas pela operadora;

a implantação ou aperfeiçoamento de programa de integridade, quando aplicável.

17.5. A aplicação de penalidades observará procedimento administrativo próprio, assegurados à contratada o contraditório, a ampla defesa e os meios recursais previstos na legislação aplicável.

17.6. A aplicação de sanções administrativas não afasta a possibilidade de:

I - rescisão contratual;

II - execução da garantia contratual;

III - adoção de medidas administrativas emergenciais destinadas à preservação da continuidade assistencial;

IV - responsabilização civil da contratada pelos prejuízos causados;

comunicação aos órgãos regulatórios e de controle competentes, quando cabível.

17.7. Sem prejuízo das demais hipóteses previstas na legislação aplicável e neste Termo de Referência, poderão ensejar aplicação de sanções administrativas, adoção de medidas corretivas, instauração de procedimento de apuração contratual ou, conforme a gravidade do caso, rescisão contratual:

I - instauração de direção fiscal, direção técnica, liquidação extrajudicial ou qualquer regime especial de intervenção pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS que comprometa a estabilidade operacional da contratada;

II - perda, suspensão ou restrição relevante do registro ou da autorização de funcionamento perante a ANS;

III - suspensão de comercialização de produtos incompatível com a adequada execução do objeto contratado;

IV - descumprimento reiterado de determinações regulatórias expedidas pela ANS;

V - deterioração relevante dos indicadores regulatórios da operadora, incluindo índices de reclamações, NIP, desempenho regulatório ou indicadores assistenciais incompatíveis com a adequada execução contratual;

VI - perda de capacidade operacional ou econômico-financeira capaz de comprometer a continuidade assistencial dos beneficiários;

VII - descredenciamento, interrupção ou perda de prestadores considerados estratégicos ou essenciais à manutenção da assistência suplementar à saúde disponibilizada aos beneficiários, sem substituição equivalente em prazo razoável;

VIII - redução significativa da rede hospitalar, laboratorial, ambulatorial ou assistencial utilizada pela carteira coletiva vinculada ao contrato;

IX - ocorrência de desassistência relevante, negativa reiterada de cobertura obrigatória ou interrupção injustificada da continuidade terapêutica dos beneficiários;

X- omissão, ocultação ou prestação de informações falsas relacionadas à situação regulatória, econômico-financeira ou operacional da operadora contratada;

XI - descumprimento dos compromissos relacionados à transição assistida, continuidade assistencial e preservação terapêutica previstos neste Termo de Referência;

XII - deterioração relevante dos indicadores de solvência;

XIII - descumprimento reiterado das obrigações de governança e transparência;

XIV - não apresentação de plano de ação corretivo em prazo razoável;

XV - deterioração relevante da sustentabilidade atuarial da carteira coletiva.

17.8. Na hipótese de ocorrência de eventos regulatórios ou operacionais capazes de comprometer a continuidade assistencial da carteira coletiva, a AGPSS poderá determinar a adoção imediata de medidas mitigatórias, apresentação de plano corretivo, reforço operacional, substituição de rede assistencial, auditoria independente ou outras providências necessárias à preservação do interesse público e da assistência aos beneficiários.

17.9. A aplicação das medidas previstas neste Termo de Referência observará a gravidade da ocorrência, o risco assistencial envolvido, a extensão dos impactos aos beneficiários e a necessidade de preservação da continuidade da assistência suplementar à saúde.

17.10. As hipóteses regulatórias previstas neste tópico não afastam a competência fiscalizatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS nem substituem os mecanismos regulatórios próprios do setor de saúde suplementar, possuindo natureza exclusivamente contratual e administrativa no âmbito da relação estabelecida entre a AGPSS e a operadora contratada.

Juiz de Fora, data da assinatura eletrônica.

ELABORADO POR:

Fernando Cezar Farineli de Souza
Diretor-Presidente AGPSS

APROVADO POR:

Diretor-Presidente da Autarquia Gestora do Programa de Saúde dos Servidores (AGPSS)
Sem prejuízo da submissão da contratação ao Conselho de Administração da AGPSS no

momento legalmente exigido pela Lei Municipal nº 15.448/2026.

ANEXO I – TABELAS DE QUANTITATIVOS E PREÇOS DE REFERÊNCIA POR FAIXA ETÁRIA E MODALIDADE DE ACOMODAÇÃO

A pesquisa de mercado foi consolidada por faixa etária e por modalidade de acomodação, utilizando os mesmos três referenciais públicos sempre que existente oferta comparável nas modalidades apartamento e enfermaria. A massa-base considerada é de 9.535 vidas. Para fins de simulação comparativa e formação dos preços de referência, a massa integral foi aplicada separadamente a cada modalidade, sem que isso represente adesão simultânea do mesmo beneficiário às duas opções. A coluna "Média das 3 referências" constitui o preço mensal de referência por faixa etária para a respectiva modalidade.

TABELA A – PESQUISA DE MERCADO E PREÇOS DE REFERÊNCIA – APARTAMENTO

Faixa etária	Qtd. PASEPM	UFJF – Unimed JF 2025*	Uberlândia – Rede Ampla 2025*	Itaqua – Superior 2026*	Média das 3 referências
0 a 18	1.246	186,31	189,18	232,51	202,67
19 a 23	494	204,96	217,99	249,64	224,20
24 a 28	469	235,70	249,50	284,38	256,53
29 a 33	460	271,05	287,88	310,81	289,91
34 a 38	247	311,67	330,38	349,36	330,47
39 a 43	312	374,01	379,75	412,55	388,77
44 a 48	622	456,29	463,35	521,89	480,51
49 a 53	819	570,41	603,19	626,80	600,13
54 a 58	977	741,53	784,16	735,98	753,89
59 ou mais	3.889	1.116,00	1.133,72	914,56	1.054,76

SÍNTESE DA SIMULAÇÃO – APARTAMENTO

Indicador	Base de cálculo	UFJF 2025*	Uberlândia 2025*	Itaqua 2026*	Média das 3 referências
Valor mensal simulado na massa PASEPM	Σ (quantidade da faixa × preço da faixa)	6.577.869,39	6.750.309,21	6.018.125,04	6.448.767,88
Valor anual simulado	Valor mensal × 12	78.934.432,68	81.003.710,52	72.217.500,48	77.385.214,56
Per capita médio ponderado	Valor mensal ÷ total de vidas	689,87	707,95	631,16	676,33

** UFJF: valores com efeitos a partir de 01/09/2025, Plano 1 Regional – apartamento e coparticipação de 30% CBHPM para servidores e dependentes legais. É o par direto do Plano 3 (enfermaria).*

** Uberlândia: valores praticados no Contrato nº 493/2022, utilizados na pesquisa de mercado de 2025, modalidade Rede Ampla – apartamento. O regime de coparticipação possui regras próprias.*

** Itaquaquecetuba: valores de 2026 do Plano Superior (apartamento privativo) para agregados. É o par do Plano Básico usado na enfermaria.*

TABELA B – PESQUISA DE MERCADO E PREÇOS DE REFERÊNCIA – ENFERMARIA

Faixa etária	Qtd. PASEPM	UFJF – Unimed JF 2025*	Uberlândia – Rede Ampla 2025*	Itaqua – Básico 2026*	Média das 3 referências
0 a 18	1.246	151,20	143,96	168,62	154,59
19 a 23	494	166,34	165,90	180,63	170,96
24 a 28	469	191,29	190,56	205,05	195,63
29 a 33	460	220,00	219,35	223,37	220,91

Faixa etária	Qtd. PASEPM	UFJF – Unimed JF 2025*	Uberlândia – Rede Ampla 2025*	Itaqua – Básico 2026*	Média das 3 referências
34 a 38	247	252,98	252,24	259,41	254,88
39 a 43	312	303,63	290,62	296,07	296,77
44 a 48	622	370,34	353,68	376,45	366,82
49 a 53	819	462,96	460,61	446,28	456,62
54 a 58	977	601,85	597,71	512,25	570,60
59 ou mais	3.889	905,78	863,65	660,97	810,13

SÍNTESE DA SIMULAÇÃO – ENFERMARIA

Indicador	Base de cálculo	UFJF 2025*	Uberlândia 2025*	Itaqua 2026*	Média das 3 referências
Valor mensal simulado na massa PASEPM	Σ (quantidade da faixa × preço da faixa)	5.338.802,38	5.144.505,19	4.325.334,30	4.936.213,96
Valor anual simulado	Valor mensal × 12	64.065.628,56	61.734.062,28	51.904.011,60	59.234.567,48
Per capita médio ponderado	Valor mensal ÷ total de vidas	559,92	539,54	453,63	517,69

** UFJF: valores com efeitos a partir de 01/09/2025, Plano 3 Regional – enfermaria e coparticipação de 30% CBHPM para servidores e dependentes legais.*

** Uberlândia: valores praticados no Contrato nº 493/2022, utilizados na pesquisa de mercado de 2025, modalidade Rede Ampla – enfermaria. O regime de coparticipação possui regras próprias.*

** Itaquaquecetuba: valores de 2026 do Plano Básico para agregados. O contrato declara os mesmos serviços do Plano Superior, diferindo apenas a acomodação.*

As duas modalidades são diretamente comparáveis porque utilizam os mesmos três referenciais públicos. As cotações específicas da AGPSS, quando existentes, não alteram a média utilizada neste Anexo.

VALORES DE REFERÊNCIA PARA FINS DE JULGAMENTO

Modalidade	Valor mensal simulado	Valor anual simulado	Per capita médio ponderado
Apartamento	R$ 6.448.767,88	R$ 77.385.214,56	R$ 676,33
Enfermaria	R$ 4.936.213,96	R$ 59.234.567,48	R$ 517,69

Valor Global de Referência – VGR: R$ 136.619.782,04. O VGR corresponde ao somatório dos valores anuais simulados das modalidades apartamento e enfermaria para a vigência inicial de 12 (doze) meses, conforme a metodologia de julgamento prevista neste Termo de Referência.

Percentual de desconto vencedor: _____%. Os preços unitários contratados resultarão da aplicação linear desse mesmo percentual a todas as faixas etárias das duas modalidades de acomodação.

ANEXO II – PARÂMETROS ASSISTENCIAIS E REDE MÍNIMA

A rede assistencial disponibilizada pela CONTRATADA deverá ser compatível com a natureza e a dimensão da carteira do PASEPM, com a concentração geográfica dos beneficiários e com as coberturas previstas neste Termo de Referência, assegurando atendimento adequado no Município de Juiz de Fora e região e observância dos prazos máximos e das garantias de acesso estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Os parâmetros abaixo correspondem à rede mínima obrigatória, não impedindo que a operadora disponibilize rede mais ampla. O mesmo estabelecimento poderá ser considerado para mais de uma categoria assistencial quando possuir estrutura, habilitação e capacidade efetiva para a prestação dos respectivos serviços.

A rede assistencial deverá ser idêntica para as modalidades apartamento e enfermaria, diferenciando-se os produtos exclusivamente quanto ao padrão de acomodação hospitalar e ao respectivo preço da mensalidade, nos termos deste Termo de Referência.

Categoria assistencial	**Localidade mínima**	**Requisito mínimo**	**Observações**
Hospital geral com internação clínica e cirúrgica e atendimento de urgência e emergência	Juiz de Fora	Mínimo de 1 estabelecimento	Atendimento de urgência e emergência 24 horas, com capacidade de internação clínica e cirúrgica. A rede deverá assegurar também atendimento pediátrico de urgência e emergência, no próprio estabelecimento ou em outro prestador integrante da rede no Município.
Maternidade / assistência obstétrica	Juiz de Fora	Mínimo de 1 estabelecimento	Assistência obstétrica, parto, intercorrências gestacionais e atendimento ao recém-nascido, conforme cobertura obrigatória.
UTI adulto	Juiz de Fora	Mínimo de 1 serviço	Poderá integrar o hospital geral indicado, desde que comprovada sua efetiva disponibilidade aos beneficiários.
UTI pediátrica e neonatal	Juiz de Fora ou região	Mínimo de 1 serviço compatível com cada perfil assistencial	Admitida a prestação pelo mesmo estabelecimento, desde que disponha das estruturas correspondentes.

Categoria assistencial	Localidade mínima	Requisito mínimo	Observações
Oncologia, quimioterapia e radioterapia	Juiz de Fora ou região	Mínimo de 1 rede de atendimento apta à realização dos serviços	Os serviços poderão ser prestados por um ou mais estabelecimentos, desde que o conjunto da rede assegure quimioterapia, radioterapia e demais procedimentos oncológicos cobertos, com especial atenção à continuidade dos tratamentos em curso.
Hemodiálise e demais modalidades de diálise cobertas	Juiz de Fora ou região	Mínimo de 1 serviço	Deverá ser assegurada capacidade de atendimento continuado aos beneficiários, inclusive aos pacientes em tratamento na data da transição.
Saúde mental e psiquiatria	Juiz de Fora ou região	Rede compatível com a cobertura contratada	Deverá assegurar atendimento ambulatorial e, quando indicado e coberto, assistência hospitalar e internação psiquiátrica.
Laboratórios de análises clínicas	Juiz de Fora	Rede suficiente para atendimento da carteira	Deverá assegurar realização e coleta dos exames cobertos, com capacidade operacional compatível com a demanda e os prazos regulatórios da ANS.
Diagnóstico por imagem	Juiz de Fora	Rede suficiente para atendimento da carteira	O conjunto da rede deverá contemplar, conforme cobertura obrigatória, radiologia, ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética e demais métodos diagnósticos pertinentes.
Consultas médicas e especialidades	Juiz de Fora	Rede suficiente para atendimento da carteira	Deverá contemplar as especialidades necessárias à cobertura assistencial obrigatória, observados os prazos máximos de atendimento estabelecidos pela ANS.

Categoria assistencial	Localidade mínima	Requisito mínimo	Observações
Terapias especializadas e reabilitação	Juiz de Fora	Rede suficiente para atendimento da carteira	Deverá assegurar acesso, conforme cobertura obrigatória, a fisioterapia, psicologia/psicoterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, nutrição, fisiatria, reabilitação e demais terapias abrangidas pelo produto.
Urgência e emergência fora da área principal de atendimento	Conforme abrangência do produto	Conforme regulamentação da ANS	Deverá ser assegurado atendimento de urgência e emergência em âmbito nacional, nas condições estabelecidas neste Termo de Referência e na regulamentação aplicável.

Disposições complementares sobre a rede

1. Os quantitativos indicados representam mínimos de disponibilidade assistencial, não correspondendo a número mínimo de leitos, profissionais ou equipes, salvo quando expressamente indicado.

2. Um mesmo prestador poderá atender simultaneamente a mais de uma categoria prevista neste Anexo, desde que esteja regularmente habilitado e efetivamente disponibilize os respectivos serviços aos beneficiários do produto contratado.

3. Nas categorias em que não foi estabelecido número fixo de prestadores, a suficiência da rede será aferida pela capacidade de assegurar o conjunto de coberturas exigidas e o atendimento dos beneficiários dentro dos prazos e condições previstos pela regulamentação da ANS.

4. A inexistência ou indisponibilidade de prestador integrante da rede para atendimento coberto não afastará a obrigação da CONTRATADA de garantir o acesso do beneficiário, inclusive mediante as alternativas assistenciais previstas na regulamentação da ANS, sem transferência indevida de custos ao usuário.

5. A rede mínima deverá permanecer disponível durante toda a execução contratual. A substituição, exclusão ou alteração de prestadores deverá observar a legislação e a regulamentação da ANS e não poderá reduzir a rede abaixo dos parâmetros mínimos estabelecidos neste Anexo nem ocasionar descontinuidade dos tratamentos em curso.

6. Na habilitação técnica, a primeira colocada poderá comprovar a rede mínima deste Anexo ou apresentar declaração formal de compromisso de integral disponibilização, conforme item 6.6.9. Nesta hipótese, a comprovação definitiva da rede, mediante relação atualizada dos prestadores e meios idôneos de verificação, ocorrerá durante a implantação/transição e,

obrigatoriamente, antes do início dos serviços e da ativação da cobertura.

ANEXO III – MODELO DE PROPOSTA COMERCIAL

Razão social: _____ CNPJ: _____

Registro ANS: _____

PERCENTUAL ÚNICO DE DESCONTO OFERTADO: _____ % (_____ por cento), aplicável linearmente às modalidades apartamento e enfermaria.

TABELA A – MODALIDADE APARTAMENTO

Faixa etária	Preço de referência	Desconto único	Preço unitário resultante
0 a 18 anos	R$ [ref]	_____%	R$ [resultante]
19 a 23 anos	R$ [ref]	_____%	R$ [resultante]
24 a 28 anos	R$ [ref]	_____%	R$ [resultante]
29 a 33 anos	R$ [ref]	_____%	R$ [resultante]
34 a 38 anos	R$ [ref]	_____%	R$ [resultante]
39 a 43 anos	R$ [ref]	_____%	R$ [resultante]
44 a 48 anos	R$ [ref]	_____%	R$ [resultante]
49 a 53 anos	R$ [ref]	_____%	R$ [resultante]
54 a 58 anos	R$ [ref]	_____%	R$ [resultante]
59 anos ou mais	R$ [ref]	_____%	R$ [resultante]

TABELA B – MODALIDADE ENFERMARIA

Faixa etária	Preço de referência	Desconto único	Preço unitário resultante
0 a 18 anos	R$ [ref]	_____%	R$ [resultante]
19 a 23 anos	R$ [ref]	_____%	R$ [resultante]
24 a 28 anos	R$ [ref]	_____%	R$ [resultante]
29 a 33 anos	R$ [ref]	_____%	R$ [resultante]
34 a 38 anos	R$ [ref]	_____%	R$ [resultante]
39 a 43 anos	R$ [ref]	_____%	R$ [resultante]
44 a 48 anos	R$ [ref]	_____%	R$ [resultante]
49 a 53 anos	R$ [ref]	_____%	R$ [resultante]
54 a 58 anos	R$ [ref]	_____%	R$ [resultante]
59 anos ou mais	R$ [ref]	_____%	R$ [resultante]

A licitante declara que o produto ou os produtos correlatos ofertados serão disponibilizados sob o tipo de contratação PLANO COLETIVO EMPRESARIAL, conforme a regulamentação vigente da ANS, contemplando simultaneamente as modalidades apartamento e enfermaria, com os mesmos demais atributos assistenciais e operacionais e coparticipação de 30% (trinta por cento). Declara, ainda, que o percentual acima incidirá linearmente sobre todas as faixas etárias de ambas as modalidades, sendo aplicado ao Valor Global de Referência e, no mesmo percentual, a cada preço unitário das duas tabelas. Os preços resultantes contemplam todos os custos necessários ao integral cumprimento do objeto.

Valor global resultante para os quantitativos estimados das modalidades apartamento e enfermaria e para a vigência inicial: R$ _____. O valor deverá corresponder ao Valor Global de Referência reduzido pelo mesmo percentual único de desconto acima informado.

ANEXO IV – MATRIZ DE HABILITAÇÃO TÉCNICA E VERIFICAÇÃO DA PRIMEIRA COLOCADA

Elemento	Comprovação mínima	Natureza
Registro e autorização da operadora perante a ANS	Comprovar situação ativa e aptidão para operar o objeto	Eliminatório
Produto compatível	Registro/situação válida; tipo de contratação coletivo empresarial; segmentação ambulatorial + hospitalar com obstetrícia; disponibilização das modalidades apartamento e enfermaria; mesmos demais atributos assistenciais e operacionais; coparticipação de 30%; demais condições do TR	Eliminatório
Atestado(s) de capacidade técnica	Operação de plano coletivo de complexidade equivalente; mínimo 2.861 vidas; somatório admitido apenas quando os contratos/serviços comprovados tiverem sido executados de forma concomitante	Eliminatório
Estrutura operacional	Declaração de disponibilidade de sistemas, atendimento, autorização e equipe de interlocução	Eliminatório
Rede mínima	Na fase de habilitação: comprovação da rede já disponível ou declaração formal de compromisso de disponibilização integral da rede mínima do Anexo II. Caso apresentada declaração, a comprovação definitiva dos prestadores ocorrerá durante a implantação/transição e obrigatoriamente antes da ativação da cobertura, nos termos dos itens 6.6.9 a 6.6.10.1.	Eliminatório quanto à apresentação da comprovação ou da declaração de compromisso na habilitação; obrigação de implantação quanto à comprovação definitiva da rede.
Situação regulatória especial	Consulta oficial à ANS; impedimento somente se comprometer objetivamente comercialização/execução	Eliminatório quando impeditivo
IDSS, NIP, reclamações e histórico	Informações auxiliares de monitoramento/diligência, sem pontuação e sem limiar eliminatório genérico	Não classificatório
Plano executivo de transição	Entregue após a contratação e antes da ativação, conforme Anexo V	Obrigação de implantação

A matriz não substitui as regras do edital. Sua finalidade é evidenciar a separação entre julgamento econômico e habilitação técnica e padronizar a verificação documental da primeira colocada.

ANEXO V – CONTEÚDO MÍNIMO DO PLANO EXECUTIVO DE TRANSIÇÃO

A CONTRATADA deverá apresentar o Plano Executivo de Transição no prazo a ser fixado no edital/contrato e sempre antes da ativação da nova cobertura, não constituindo documento de pontuação técnica no pregão.

Componente	**Conteúdo mínimo**
Cronograma de implantação	Marcos de cadastro, integração, comunicação, disponibilização de carteiras e início da cobertura
Migração cadastral	Procedimentos de recebimento, validação e correção das bases, inclusive registro da escolha do beneficiário entre apartamento e enfermaria
Carências, DLP e CPT	Procedimento diferenciado para beneficiários atuais/migração e ingressos futuros, com reconhecimento das carências já cumpridas e tratamento de DLP/CPT conforme a regulamentação vigente da ANS e os itens 10.1.1.1 a 10.1.1.6
Tratamentos em curso	Mapeamento e fluxo para internações, oncologia, hemodiálise, terapias seriadas, saúde mental, gestação de risco e demais casos críticos
Rede e autorizações	Tratamento de autorizações previamente concedidas e garantia de continuidade quando aplicável
Comunicação	Canais de orientação e material informativo aos beneficiários, com apresentação clara das modalidades apartamento e enfermaria, respectivos preços e identidade dos demais atributos assistenciais
Contingência	Responsáveis, escalonamento, prazos e resposta a falhas de implantação
Indicadores	Métricas de acompanhamento da transição e reporte à AGPSS

ANEXO VI – MATRIZ DE INDICADORES DE DESEMPENHO – SLA

Os indicadores abaixo reproduzem os parâmetros mínimos de acompanhamento e poderão ser refinados antes da publicação do edital para garantir mensuração objetiva, fonte de dados definida e consequência contratual proporcional.

Indicador	Forma de Apuração	Periodicidade	Meta
Prazo de autorização de procedimentos eletivos	Percentual de solicitações autorizadas dentro dos prazos previstos pela ANS ou em prazo inferior quando contratualmente estabelecido	Mensal	≥ 95%
Tempo médio de atendimento da Central de Atendimento	Tempo médio entre o início do contato e o atendimento efetivo ao beneficiário	Mensal	≤ 120 segundos
Disponibilidade da Central de Atendimento	Percentual de disponibilidade dos canais de atendimento ao beneficiário	Mensal	≥ 99%
Resolução das demandas dos beneficiários	Percentual de solicitações solucionadas dentro do prazo estabelecido	Mensal	≥ 90%
Manutenção da rede credenciada	Percentual de manutenção da rede mínima contratada e reposição tempestiva de prestadores descredenciados	Trimestral	≥ 98%
Qualidade assistencial	Indicadores assistenciais definidos pela Administração e pela ANS, incluindo internações evitáveis, reinternações e demais parâmetros aplicáveis	Trimestral	Conforme metas estabelecidas
Satisfação dos beneficiários	Índice de satisfação obtido por pesquisa periódica aplicada aos beneficiários	Semestral	≥ 85%
Cumprimento das obrigações regulatórias	Ausência de penalidades relevantes da ANS e atendimento das exigências regulatórias aplicáveis	Trimestral	100% de conformidade
Desempenho dos programas de promoção da saúde	Percentual de execução das ações e metas dos programas preventivos contratados	Semestral	≥ 90%
Frequência de utilização	Evolução da utilização assistencial por beneficiário	Trimestral	Monitoramento gerencial
Severidade dos eventos	Evolução do custo médio dos eventos assistenciais	Trimestral	Monitoramento gerencial
Sinistralidade da carteira	Relação entre despesas assistenciais e receitas da carteira	Trimestral	Monitoramento atuarial
Custo médio por beneficiário	Evolução do custo assistencial individual	Trimestral	Monitoramento atuarial

Custo por faixa etária e acomodação	Evolução dos custos por faixa etária e acomodação	Trimestral	Monitoramento atuarial
Variação dos Custos Médico-Hospitalares (VCMH), quando aplicável	Evolução do custo médico-hospitalar da carteira	Anual	Monitoramento atuarial
Indicadores regulatórios da ANS (IDSS, NIP e outros aplicáveis)	Acompanhamento dos indicadores oficiais divulgados pela ANS	Anual ou conforme divulgação	Manutenção da regularidade

ANEXO VII - MINUTA DE CONTRATO

CONTRATO ADMINISTRATIVO QUE ENTRE SI CELEBRAM A AUTARQUIA GESTORA DO PROGRAMA DE SAÚDE DOS SERVIDORES (AGPSS) E A OPERADORA _____, PARA DISPONIBILIZAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL DESTINADO AOS SERVIDORES MUNICIPAIS E DEMAIS BENEFICIÁRIOS ELEGÍVEIS.

A AUTARQUIA GESTORA DO PROGRAMA DE SAÚDE DOS SERVIDORES (AGPSS), pessoa jurídica de direito público interno, integrante da Administração Pública Indireta do Município de Juiz de Fora, dotada de autonomia administrativa, técnica e financeira e de patrimônio próprio, inscrita no CNPJ sob o nº _____, com sede em _____, neste ato representada por _____, doravante denominada CONTRATANTE ou AGPSS, e, de outro lado, a operadora _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, regularmente registrada junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº _____, doravante denominada CONTRATADA, resolvem celebrar o presente CONTRATO ADMINISTRATIVO, considerando o resultado da **Pregão Eletrônico nº 109/2026**, conforme consta do processo administrativo eletrônico **nº ...../20.....**, firmam o presente contrato, obedecidas as disposições da Lei Federal nº 14.133/2021, suas alterações, demais dispositivos legais aplicáveis à espécie e às condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

1.1. O presente contrato rege-se pela Lei Municipal nº 15.448/2026, pela Lei Federal nº 14.133/2021, Lei Federal nº 9.656/1998, Lei Complementar Federal nº 101/2000, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD (Lei Federal nº 13.709/2018), Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, legislação municipal aplicável e demais normas pertinentes à saúde suplementar.

1.2. Aplicam-se subsidiariamente os princípios de Direito Público, as disposições do Edital, do Termo de Referência, da proposta vencedora e demais documentos integrantes do procedimento licitatório.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETO

2.1. Constitui objeto do presente contrato a prestação continuada de serviços de assistência médica, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, mediante disponibilização de PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL, de adesão facultativa, destinado aos beneficiários elegíveis do PASEPM, com opção entre as modalidades de acomodação hospitalar em apartamento individual e em enfermaria, nas condições do Termo de Referência e seus anexos.

2.2. A contratação compreenderá a operacionalização do plano coletivo empresarial com cobertura ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, disponibilização simultânea das modalidades

de acomodação em apartamento individual e enfermaria, por livre escolha do beneficiário, ambas com os mesmos demais atributos assistenciais e operacionais e coparticipação de 30% (trinta por cento), diferenciando-se apenas quanto ao padrão de acomodação e ao respectivo preço da mensalidade, rede assistencial e abrangência previstas no Termo de Referência, observância do Rol da ANS nos termos da legislação vigente, continuidade terapêutica, regras de carência e DLP/CPT, atendimento de urgência e emergência, remoção terrestre quando indicada, além das atividades operacionais descritas a seguir:

a) gestão da rede credenciada;
b) autorização de procedimentos;
c) regulação assistencial;
d) atendimento aos beneficiários;
e) auditoria assistencial;
f) sistemas informatizados de atendimento e autorização;
g) e demais atividades inerentes à operação da assistência suplementar à saúde.

2.3. A adesão ao plano coletivo empresarial possuirá natureza facultativa, permanecendo assegurada aos beneficiários a liberdade de escolha quanto à adesão ao produto disponibilizado, com opção, no momento da adesão, entre as modalidades apartamento e enfermaria, ou quanto à manutenção de vínculo com outro plano privado de assistência à saúde.

2.4. A AGPSS permanecerá responsável pela gestão, acompanhamento e fiscalização do presente contrato, observadas as competências de sua Diretoria Executiva, do gestor e dos fiscais formalmente designados, do Conselho de Administração e do Conselho Fiscal. O Município permanecerá responsável pela política municipal de auxílio-saúde e pelas demais obrigações que lhe sejam atribuídas pela legislação aplicável.

2.5. O presente contrato não implica assunção, pela AGPSS ou pelo Município, da operação assistencial do plano privado de assistência à saúde, da regulação médica, do risco assistencial ou da responsabilidade direta pela prestação dos serviços médico-hospitalares aos beneficiários, permanecendo tais atribuições sob responsabilidade exclusiva da CONTRATADA.

2.6. São parte integrante deste instrumento e vinculam a contratação, independentemente de transcrição por ser do conhecimento das partes, o **Anexo A – Termo de Referência** – e seus anexos, dos quais constam todas as demais especificações não transcritas para este instrumento.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA OPERACIONALIZAÇÃO FINANCEIRA

3.1. Os preços unitários iniciais do contrato serão os valores das Tabelas de Preços de Referência das modalidades apartamento e enfermaria do Anexo I do Termo de Referência após a aplicação do percentual único de desconto de .....% (.....) ofertado pela CONTRATADA no Pregão Eletrônico nº 109/2026.

3.2. O percentual de desconto permanecerá incorporado à estrutura econômica dos preços contratados e será observado nos termos aditivos, conforme a legislação, sem prejuízo dos reajustes e revisões regularmente admitidos.

3.2.1. O preço unitário de cada combinação de faixa etária e modalidade de acomodação será obtido pela aplicação matemática do percentual contratado ao respectivo preço de referência e não poderá ser alterado por recomposição unilateral de tabela, migração comercial de produto ou prática equivalente.

3.3. Nos termos do art. 56 da Lei Municipal nº 15.448/2026, o pagamento das mensalidades será realizado diretamente pelo beneficiário à CONTRATADA, sem prejuízo da aplicação da política de auxílio-saúde quando instituída e regulamentada.

3.4. A CONTRATADA será responsável pela disponibilização dos meios de cobrança e pagamento diretamente aos beneficiários, observadas a legislação aplicável, a regulamentação vigente da ANS e as condições do produto coletivo empresarial, não implicando a contratação responsabilidade solidária, subsidiária ou garantidora da AGPSS, do Município ou das entidades mantenedoras pelas obrigações financeiras individuais dos beneficiários.

3.5. Na hipótese de inadimplência individual do beneficiário que realiza o pagamento diretamente à CONTRATADA, deverão ser observadas a Lei Federal nº 9.656/1998, a Resolução Normativa ANS nº 593/2023, suas alterações e a regulamentação setorial vigente, inclusive quanto à existência de, no mínimo, duas mensalidades não pagas, consecutivas ou não, no período de doze meses, à prévia notificação, ao prazo regulamentar para purgação da mora, às limitações durante internação, à previsão nos instrumentos regulatórios aplicáveis e à ciência da pessoa jurídica contratante, quando exigida.

3.6. A inadimplência individual do beneficiário não se confunde com a inadimplência institucional das entidades mantenedoras, esta última submetida ao regime próprio da Lei Municipal nº 15.448/2026 e às disposições desta Minuta de Contrato, sem transferência automática de obrigações financeiras entre essas relações.

3.7. A AGPSS poderá exigir da CONTRATADA relatórios administrativos, assistenciais, econômico-financeiros e atuariais relacionados à movimentação da carteira coletiva, quantitativo de beneficiários por faixa etária e modalidade de acomodação, movimentações cadastrais e demais informações necessárias à fiscalização contratual.

3.8. O reajuste anual dos preços unitários contratados observará o Índice Técnico Atuarial de Custeio – ITAC, na forma da Lei Municipal nº 15.448/2026, constituindo o índice o limite máximo anual aplicável ao per capita contratado, sem prejuízo do cumprimento da regulamentação vigente da ANS e da preservação do equilíbrio econômico-financeiro do contrato.

3.9. A CONTRATADA não poderá substituir unilateralmente as tabelas de preços contratados, alterar a relação econômica entre faixas etárias ou modalidades de acomodação, reduzir o desconto vencedor ou diferenciar os atributos assistenciais e operacionais entre apartamento e enfermaria. Reajustes, revisões, reequilíbrios, coparticipação e demais mecanismos financeiros somente poderão produzir efeitos quando observadas, cumulativamente, a Lei Municipal nº 15.448/2026, a Lei Federal nº 14.133/2021, a Lei Federal nº 9.656/1998, a regulamentação vigente da ANS e a preservação do equilíbrio econômico-financeiro da contratação.

3.10. Eventual pedido de revisão extraordinária ou restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro será analisado em instituto próprio, mediante demonstração do fato gerador, impacto e nexo causal, não

se confundindo com o reajuste anual pelo ITAC e não autorizando transferência automática de riscos ordinários da operação à AGPSS, ao Município ou aos beneficiários.

CLÁUSULA QUARTA – DA EXECUÇÃO CONTRATUAL E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

4.1. A CONTRATADA deverá assegurar continuidade assistencial adequada aos beneficiários vinculados ao sistema, especialmente durante o período de implantação e transição operacional do modelo atualmente existente, reconhecendo plenamente o tempo de carência já cumprido no PAS-JF, vedada a reimposição de carências já cumpridas, e observando as regras específicas de DLP e CPT previstas no Termo de Referência e na regulamentação vigente da ANS.

4.1.1. Aos beneficiários atuais do PAS-JF que aderirem ao plano coletivo empresarial no período de migração/adesão inicial definido pela AGPSS será assegurado o reconhecimento integral das carências já cumpridas, observada, quanto a eventual saldo de carência em curso, a legislação e a regulamentação vigente da ANS.

4.1.2. A declaração de saúde, a identificação de Doença ou Lesão Preexistente – DLP e eventual Cobertura Parcial Temporária – CPT dos beneficiários atuais/migração somente poderão ser tratadas nas hipóteses e limites admitidos pela regulamentação da ANS para plano coletivo empresarial, sem prejuízo da continuidade dos tratamentos cuja preservação seja obrigatória.
4.1.3. Os ingressos futuros, inclusões posteriores e reinclusões após interrupção da cobertura submeter-se-ão às regras de carência, DLP e CPT vigentes na ANS na data do ingresso, inclusive às hipóteses de isenção ou dispensa legal ou regulatória aplicáveis.

4.1.4. A CONTRATADA deverá informar de forma clara e prévia as regras aplicáveis a cada modalidade de ingresso, sendo vedada a imposição de carências, CPT ou outras restrições além das admitidas pela legislação, pela regulamentação da ANS, pelo edital e pelo contrato.

4.2. A transição operacional deverá ocorrer de forma planejada, gradual e assistida, observadas medidas destinadas:

4.2.1. O período legal de transição para implantação do PASEPM e da AGPSS observará o prazo ordinário de 6 (seis) meses previsto no art. 67 da Lei Municipal nº 15.448/2026, prorrogável excepcionalmente por mais 6 (seis) meses na hipótese legal de não conclusão do procedimento licitatório, sem prejuízo das obrigações de transição operacional da CONTRATADA.

a) à preservação da continuidade assistencial;
b) à redução de impactos aos beneficiários;
c) e à manutenção da segurança assistencial da carteira coletiva.

4.3. A CONTRATADA deverá adotar mecanismos específicos de acompanhamento e transição assistida para beneficiários em situação de maior vulnerabilidade assistencial, incluindo:

a) pacientes em tratamento oncológico;
b) beneficiários submetidos a terapias continuadas;
c) pacientes psiquiátricos;

d) pessoas com deficiência;
e) pacientes em tratamento para transtornos do neurodesenvolvimento;
f) gestantes;
g) pacientes crônicos;
h) beneficiários em internação.

4.4. A CONTRATADA deverá assegurar preservação terapêutica dos tratamentos regularmente em curso no momento da implantação da nova contratação.

4.5. Alterações relevantes da rede credenciada deverão observar critérios de equivalência assistencial e continuidade terapêutica.

4.6. A CONTRATADA deverá disponibilizar estrutura específica de apoio à implantação e migração operacional, incluindo:

a) canais de orientação;
b) suporte cadastral;
c) esclarecimento de dúvidas;
d) acompanhamento da transição assistencial.

4.7. Na hipótese de encerramento, rescisão ou extinção contratual, deverão ser adotadas medidas destinadas à preservação da continuidade assistencial dos beneficiários, especialmente daqueles submetidos a tratamentos continuados, terapias seriadas, internações em curso ou situações de maior vulnerabilidade assistencial.

4.8. Em caso de demissão sem justa causa e exoneração de cargo em comissão, observar-se-á o art. 54 da Lei Municipal nº 15.448/2026, assegurando-se ao ex-servidor e seus dependentes, pelo período máximo de 6 (seis) meses a partir da data de saída, a manutenção das regras de cobertura, carência e contribuição vigentes no regime anterior, desde que o ex-servidor assuma integralmente o pagamento, sem direito a subsídio.

4.9. Informações complementares das condições gerais de execução, continuidade assistencial, transição operacional e preservação terapêutica e condições de recebimento, que integram este instrumento constam:

4.9.1. Conforme detalhamento descrito na **Cláusula 10** constante do **Anexo A** Termo de Referência**.**

4.9.2. Conforme detalhamento descrito na **Cláusula 11** constante do **Anexo A** Termo de Referência**.**

CLÁUSULA QUINTA – DA VIGÊNCIA E SUBCONTRATAÇÃO

5.1. O contrato formalizado regular-se-á, no que concerne a sua alteração, inexecução ou rescisão, pelas disposições da Lei Federal nº 14.133/2021 observadas suas alterações posteriores, pelas disposições do Edital e pelos preceitos do direito público.

5.2. A contratada reconhece que as hipóteses de rescisão são aquelas previstas no artigo 137 da Lei Federal nº 14.133/2021 e reconhece os direitos da Administração previstos nos artigos 138 e 139 da

mesma Lei.

5.3. O prazo de vigência do contrato é de 12 (doze) meses, contados da assinatura do contrato, admitida a prorrogação, nos termos dos Arts. 106 e 107 da Lei Federal nº 14.133/2021.

5.3.1. A eventual prorrogação contratual ficará condicionada à manutenção da regularidade da operadora perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, da capacidade operacional da contratada e da adequação da execução contratual aos interesses da AGPSS e dos beneficiários vinculados ao sistema.

5.4. O contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e as normas da Lei Federal nº 14.133/2021, e cada parte responderá pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

5.5. DA SUBCONTRATAÇÃO

5.5.1. Não será admitida a cessão ou transferência da operação do plano, da posição contratual ou da responsabilidade regulatória da CONTRATADA a outra operadora sem autorização e sem observância das hipóteses legais e regulatórias aplicáveis.

5.5.2. Não se caracteriza como subcontratação vedada a prestação de serviços médico-hospitalares por integrantes da rede própria, credenciada, cooperada, referenciada ou contratada da operadora, por constituir forma ordinária de execução da assistência suplementar à saúde.

CLÁUSULA SEXTA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

6.1. Executar os serviços objeto da contratação em conformidade com as disposições do Termo de Referência, do instrumento contratual, da Lei Municipal nº 15.448/2026, da Lei Federal nº 9.656/1998, das Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e demais normas aplicáveis ao setor de saúde suplementar.

6.2. Disponibilizar e manter plano coletivo de assistência suplementar à saúde apto ao atendimento dos beneficiários elegíveis vinculados ao Município de Juiz de Fora, observadas as condições assistenciais, operacionais e regulatórias previstas no Termo de Referência.

6.3. Garantir cobertura assistencial compatível com a segmentação contratada, observando integralmente o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, bem como os prazos máximos de atendimento estabelecidos pela regulamentação aplicável.

6.4. Manter rede credenciada suficiente, regular e operacional no Município de Juiz de Fora e região, assegurando aos beneficiários acesso adequado aos serviços hospitalares, ambulatoriais, laboratoriais, terapêuticos, obstétricos e de urgência e emergência necessários à execução da assistência suplementar à saúde.

6.5. Responsabilizar-se integralmente pela gestão operacional da assistência suplementar à saúde,

incluindo autorização de procedimentos, regulação assistencial, auditoria médica, gestão da rede credenciada, atendimento aos beneficiários e processamento das demandas assistenciais decorrentes da execução contratual.

6.6. Manter regularidade cadastral, autorização de funcionamento e plena aptidão operacional perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS durante toda a vigência contratual.

6.7. Manter as condições de solvência, reservas técnicas, patrimônio mínimo ajustado, garantias financeiras e demais requisitos regulatórios exigidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para operação regular dos planos privados de assistência à saúde.

6.8. Comunicar imediatamente à AGPSS quaisquer fatos relevantes que possam impactar a continuidade da execução contratual, especialmente:

I - alteração significativa da rede credenciada;
II - instauração de regime especial pela ANS;
III - suspensão de comercialização de produtos;
IV - restrições regulatórias relevantes;
V - alterações societárias capazes de afetar a operação assistencial;
VI - eventos que possam comprometer a continuidade da assistência aos beneficiários**.**

6.9. Disponibilizar canais permanentes de atendimento aos beneficiários, incluindo atendimento telefônico, portal eletrônico, aplicativo digital, canais de acompanhamento de solicitações e mecanismos adequados de registro e tratamento de reclamações administrativas.

6.10. Disponibilizar sistemas informatizados aptos à operacionalização da contratação, incluindo mecanismos eletrônicos de autorização, movimentação cadastral, acompanhamento de utilização da rede e emissão de documentos necessários à execução contratual.

6.11. Promover a inclusão, exclusão e movimentação cadastral dos beneficiários nos prazos e condições estabelecidos contratualmente, observadas as normas regulatórias aplicáveis e as informações encaminhadas pela AGPSS.

6.12. Garantir continuidade assistencial aos beneficiários regularmente vinculados ao plano coletivo, inclusive em hipóteses de substituição de prestadores, reorganização da rede credenciada ou alterações operacionais da assistência, observadas as exigências da ANS.

6.13. Fornecer à AGPSS relatórios periódicos relacionados à execução contratual, contendo informações administrativas, operacionais, econômico-financeiras, atuariais e assistenciais consolidadas necessárias ao acompanhamento da contratação, observadas as limitações decorrentes da legislação de proteção de dados pessoais e do sigilo médico.

6.14. Permitir e facilitar a atuação da fiscalização contratual designada pela AGPSS, prestando todos os esclarecimentos, documentos e informações necessários ao acompanhamento da execução do contrato.

6.15. Responsabilizar-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários, tributários, regulatórios, comerciais e demais obrigações decorrentes da execução contratual, inexistindo qualquer vínculo

jurídico entre a AGPSS ou o Município e empregados, prestadores ou terceiros vinculados à operadora contratada.

6.16. Observar integralmente a legislação relacionada à proteção de dados pessoais, sigilo médico e confidencialidade das informações dos beneficiários, adotando medidas técnicas e administrativas aptas à preservação da segurança das informações tratadas no âmbito da execução contratual.

6.17. Responder integralmente pelos atos praticados por sua rede credenciada, prestadores vinculados, profissionais contratados e terceiros utilizados na execução da assistência suplementar à saúde disponibilizada aos beneficiários.

6.18. Manter, durante toda a execução contratual, as condições de habilitação, qualificação técnica, regularidade econômico-financeira e capacidade operacional exigidas no procedimento licitatório.

6.19. Executar os serviços observando os princípios da continuidade assistencial, eficiência operacional, transparência administrativa, proteção ao beneficiário e regularidade regulatória da assistência suplementar à saúde.

6.20. Comunicar imediatamente à AGPSS eventual inadimplência institucional de entidade mantenedora, relacionada às obrigações de aporte previstas na Lei Municipal nº 15.448/2026, de que tenha conhecimento e que possa impactar os fluxos financeiros do PASEPM ou a execução contratual, para adoção das providências legais cabíveis.

6.21. Durante o período de inadimplência institucional das entidades mantenedoras, manter integralmente as coberturas assistenciais dos beneficiários, nos termos da Lei Municipal nº 15.448/2026, sendo vedado o financiamento dessa manutenção com recursos do Fundo de Reserva Técnica – FRT. A mora institucional não se confunde com a inadimplência individual do beneficiário perante a CONTRATADA.

CLÁUSULA SÉTIMA – DAS OBRIGAÇÕES MÍNIMAS DA AGPSS E DO MUNICÍPIO

7.1. Compete à AGPSS disponibilizar à operadora contratada as informações administrativas necessárias à adequada operacionalização da contratação, especialmente aquelas relacionadas à inclusão, exclusão e atualização cadastral dos beneficiários elegíveis ao plano coletivo, com base nos dados fornecidos pelo Município e pelas demais entidades mantenedoras.

7.2. Compete à AGPSS exercer a gestão administrativa, a governança, o acompanhamento e a fiscalização da contratação, observadas as competências do Conselho de Administração, do Conselho Fiscal e da Diretoria Executiva.

7.3. Compete à AGPSS acompanhar e fiscalizar a execução contratual, especialmente quanto:

I - à manutenção das condições operacionais do plano coletivo;
II - à regularidade da rede credenciada;
III - ao cumprimento das obrigações administrativas e regulatórias da operadora;
IV - à observância das condições previstas no Termo de Referência e no instrumento contratual;
V - à evolução da sinistralidade;

VI - à evolução da composição etária da carteira;
VII - à política de reajustes;
VIII - à estabilidade da rede credenciada;
IX - aos indicadores de satisfação dos beneficiários.

7.4. Compete à AGPSS designar formalmente gestor e fiscais do contrato, responsáveis pelo acompanhamento administrativo, operacional e financeiro da execução contratual, sob coordenação da Diretoria Executiva, nos termos da Lei Federal nº 14.133/2021.

7.5. Compete à AGPSS encaminhar à contratada, em tempo hábil, as informações necessárias às movimentações cadastrais dos beneficiários, observadas as rotinas administrativas definidas entre as partes.

7.6. Compete à AGPSS adotar as providências administrativas de sua competência necessárias à adequada execução contratual, observadas as disposições da Lei Municipal nº 15.448/2026 e a disponibilidade dos recursos vinculados ao PASEPM.

7.7. Compete à AGPSS promover o acompanhamento periódico da execução contratual, inclusive mediante análise de relatórios operacionais, administrativos, assistenciais, econômico-financeiros e atuariais fornecidos pela operadora contratada.

7.8. Compete à AGPSS comunicar formalmente à operadora contratada eventuais irregularidades verificadas na execução contratual, solicitando as medidas administrativas necessárias à regularização das inconformidades identificadas.

7.9. Compete à AGPSS observar, no tratamento das informações recebidas da operadora contratada, as disposições da legislação relacionada à proteção de dados pessoais, sigilo médico e confidencialidade das informações dos beneficiários.

7.10. Compete ao Município, quando instituída e regulamentada a política específica de auxílio-saúde, realizar sua gestão e operacionalização, bem como fornecer à AGPSS as informações funcionais e cadastrais necessárias à execução do PASEPM e executar as demais rotinas administrativas que lhe sejam atribuídas pela legislação aplicável.

7.12. O Município, na condição de mantenedor principal do PASEPM, observará as obrigações de aporte, planejamento orçamentário e avaliação atuarial independente previstas na Lei Municipal nº 15.448/2026, encaminhando os resultados aos órgãos de governança da AGPSS, quando cabível.

7.13. A participação institucional dos beneficiários e das entidades sindicais na governança do PASEPM ocorrerá por meio do Conselho de Administração e do Conselho Fiscal da AGPSS, sem prejuízo de outros mecanismos consultivos que não conflitem com as competências legais desses órgãos.

7.14. A atuação da AGPSS e do Município no âmbito do PASEPM não implicará assunção da operação assistencial do plano privado de assistência à saúde, da regulação médica, da autorização de procedimentos ou do risco assistencial inerente à atividade da operadora contratada.

7.15. A operacionalização do auxílio-saúde, quando instituído e regulamentado em legislação específica,

e os aportes das entidades mantenedoras permanecerão sujeitos às competências do Município e das demais entidades mantenedoras, nos termos da Lei Municipal nº 15.448/2026 e da legislação específica.

CLÁUSULA OITAVA – DA FISCALIZAÇÃO E GESTÃO DO CONTRATO

8.1. Nos termos do art. 117 da Lei Federal nº 14.133/2021, será designado representante para acompanhar e fiscalizar a execução do contrato, anotando em registro próprio todas as ocorrências relacionadas com a execução e determinando o que for necessário à regularização de falhas ou defeitos observados e encaminhando os apontamentos à autoridade competente para as providências cabíveis.

8.2. A fiscalização de que trata este item não exclui nem reduz a responsabilidade da Contratada, inclusive perante terceiros, por qualquer irregularidade, ainda que resultante de imperfeições técnicas ou vícios redibitórios, e, na ocorrência desta, não implica em corresponsabilidade da Administração ou de seus agentes e prepostos, de conformidade com o art. 120 Lei Federal nº 14.133/2021.

8.3. O fiscal do contrato será auxiliado pelos órgãos de assessoramento jurídico e de controle interno da Administração.

8.4. FISCALIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO

8.4.1. A execução contratual será acompanhada e fiscalizada por gestor e fiscais formalmente designados pela AGPSS, nos termos do art. 117 da Lei Federal nº 14.133/2021, sob coordenação da Diretoria Executiva, sem prejuízo das competências de supervisão e controle atribuídas ao Conselho de Administração e ao Conselho Fiscal pela Lei Municipal nº 15.448/2026.

8.4.2. A fiscalização contratual compreenderá, especialmente:

I - o acompanhamento da manutenção da regularidade da operadora perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
II - a verificação da suficiência e regularidade da rede credenciada;
III - o acompanhamento da operacionalização das inclusões e exclusões cadastrais;
IV - a análise da regularidade dos canais de atendimento aos beneficiários;
o monitoramento do cumprimento das obrigações previstas no Termo de Referência;
V - a análise dos indicadores administrativos, operacionais e assistenciais relacionados à execução contratual;
VI - monitoramento da evolução atuarial da carteira coletiva;
VII - acompanhamento da estabilidade econômico-financeira da operação;
VIII - acompanhamento da composição etária da carteira;
IX - acompanhamento da evasão de beneficiários;
X - acompanhamento da política de reajustes.

8.4.3. O acompanhamento da execução contratual poderá ocorrer mediante:

I - análise de relatórios administrativos, operacionais, econômico-financeiros, atuariais e assistenciais;
II - reuniões técnicas periódicas;
III - solicitações formais de esclarecimentos;
IV - acompanhamento de indicadores de desempenho;

V - monitoramento da evolução da utilização da carteira coletiva;
VI - verificação da regularidade da rede assistencial disponibilizada;
VII - análise da evolução da sinistralidade;
VIII - acompanhamento da composição etária e da evasão da carteira.

8.4.4. A operadora contratada deverá disponibilizar à AGPSS relatórios gerenciais periódicos e painéis executivos de acompanhamento da execução contratual, contendo informações administrativas, operacionais, econômico-financeiras e assistenciais relacionadas à carteira coletiva vinculada ao contrato. Os relatórios e painéis deverão possibilitar o monitoramento contínuo da execução contratual, especialmente quanto:

I - à evolução quantitativa da carteira de beneficiários;
II - à utilização da rede assistencial;
III - aos indicadores de sinistralidade;
IV - à evolução do custo assistencial;
V - aos índices de reclamações;
VI - aos tempos médios de autorização;
VII - aos indicadores regulatórios da ANS;
VIII - à rede credenciada ativa;
IX - aos descredenciamentos relevantes;
X - aos indicadores de atendimento e satisfação dos beneficiários;
XI - à judicialização relacionada à carteira coletiva;
XII - aos programas de atenção primária, prevenção e gestão de crônicos, quando existentes.
Os relatórios e painéis deverão permitir análise evolutiva, comparativa e histórica dos principais indicadores da carteira, incluindo sinistralidade, frequência de utilização, comportamento assistencial, custo per capita, judicialização, estabilidade da rede credenciada, evasão de beneficiários e composição etária da massa.

8.4.5. A AGPSS instituirá mecanismos permanentes de acompanhamento administrativo, operacional, financeiro e atuarial da execução contratual, no âmbito de sua estrutura administrativa e dos órgãos de governança previstos na Lei Municipal nº 15.448/2026. A participação institucional dos beneficiários e das entidades sindicais ocorrerá pelos Conselhos de Administração e Fiscal, sem prejuízo de outros mecanismos consultivos compatíveis com a legislação.

8.4.5.1. Matérias relativas à aprovação de orçamento, contratação da operadora, reajustes ou quaisquer decisões que afetem diretamente os beneficiários observarão as competências do Conselho de Administração da AGPSS e serão deliberadas nos termos da Lei Municipal nº 15.448/2026, inclusive quanto ao quórum qualificado de 2/3 e à convocação específica com comunicação prévia às entidades sindicais representadas no Conselho.

8.4.6. A fiscalização exercida pela AGPSS possui natureza administrativa, contratual e regulatória, não implicando assunção da operação assistencial do plano privado de assistência à saúde, da regulação médica, da autorização de procedimentos ou da responsabilidade direta pela prestação dos serviços médico-hospitalares aos beneficiários.

8.4.7. A operadora contratada deverá fornecer à fiscalização contratual todas as informações, documentos, relatórios e esclarecimentos necessários ao adequado acompanhamento da execução do

contrato, observadas as limitações decorrentes da legislação de proteção de dados pessoais e do sigilo médico.

8.4.8. A AGPSS poderá convocar representantes da operadora contratada para adoção imediata de providências relacionadas a irregularidades operacionais, reclamações recorrentes, alteração relevante da rede credenciada, falhas de atendimento ou quaisquer situações que possam comprometer a adequada execução contratual ou a continuidade assistencial dos beneficiários.

8.4.8.1. A AGPSS e os órgãos de governança competentes deverão adotar monitoramento reforçado da execução contratual quando identificados indicadores relevantes de deterioração operacional, assistencial, regulatória ou econômico-financeira capazes de comprometer a continuidade da assistência suplementar disponibilizada aos beneficiários.

8.4.8.2. Poderão ser considerados, entre outros elementos:

I - crescimento relevante da sinistralidade;
II - aumento expressivo de reclamações administrativas;
III - deterioração de indicadores regulatórios da ANS;
IV - aumento significativo de judicialização;
V - descredenciamentos relevantes sem reposição equivalente;
VI - crescimento anormal dos tempos de autorização;
VIII - instabilidade operacional da rede assistencial ou eventos capazes de comprometer a continuidade assistencial da carteira coletiva;
IX - evasão relevante da carteira;
X - concentração excessiva de beneficiários em faixas etárias de alto custo assistencial;
XI - crescimento relevante do custo per capita;
XII - deterioração da sustentabilidade atuarial da carteira;
XIII - perda de prestadores estratégicos.

8.4.8.3. Identificadas irregularidades relevantes ou deterioração dos indicadores de desempenho da contratação, a AGPSS poderá solicitar apresentação de plano de ação corretivo pela operadora contratada, contendo medidas operacionais, assistenciais ou administrativas destinadas à regularização das inconformidades verificadas.
O plano de ação deverá conter prazos, responsáveis, medidas corretivas objetivas, indicadores de acompanhamento e plano de comunicação aos beneficiários quando houver risco de impacto assistencial.

8.4.9. A constatação de irregularidades na execução contratual poderá ensejar determinação de medidas corretivas, registro de ocorrência contratual, aplicação de penalidades administrativas e adoção das demais providências previstas na legislação aplicável e no instrumento contratual.

8.4.9.1. Na adoção de medidas corretivas, aplicação de sanções ou eventual encerramento contratual, a AGPSS deverá observar a preservação da continuidade assistencial dos beneficiários, especialmente em relação a tratamentos continuados, terapias seriadas, pacientes crônicos, internações em curso e demais situações de maior vulnerabilidade assistencial.

8.4.10. O acompanhamento e a fiscalização da execução contratual não excluem nem reduzem a responsabilidade da operadora contratada pelo integral cumprimento das obrigações assumidas,

permanecendo a contratada responsável pela adequada prestação da assistência suplementar à saúde disponibilizada aos beneficiários.

8.4.11. A AGPSS não se responsabilizará por tratativas realizadas pela operadora contratada com setores, agentes ou terceiros não formalmente autorizados para interlocução contratual, salvo nas hipóteses expressamente reconhecidas pela fiscalização designada.

8.4.12. A fiscalização contratual observará os princípios da continuidade assistencial, eficiência administrativa, transparência, proteção ao beneficiário e preservação do interesse público, considerando a natureza essencial dos serviços disponibilizados no âmbito da presente contratação.

8.4.13. As informações deverão ser disponibilizadas em formato eletrônico acessível, preferencialmente mediante dashboards, painéis digitais ou sistemas informatizados que permitam análise comparativa, acompanhamento evolutivo e extração de relatórios consolidados pela fiscalização contratual.

8.4.14. A disponibilização das informações observará a legislação aplicável à proteção de dados pessoais, ao sigilo médico e à confidencialidade das informações assistenciais individualizadas.

8.5. DA GESTÃO DO CONTRATO

8.5.1. As partes responderão pelas consequências decorrentes da inexecução total ou parcial das obrigações assumidas, nos termos da Lei Federal nº 14.133/2021, da legislação aplicável ao setor de saúde suplementar e das cláusulas contratuais estabelecidas.

8.5.2. A gestão contratual será realizada pela AGPSS por meio de gestor e fiscais formalmente designados, sob coordenação da Diretoria Executiva, competindo-lhes promover o acompanhamento administrativo da execução contratual, a interlocução institucional com a operadora contratada e a adoção das providências necessárias à adequada execução do contrato.

8.5.3. As comunicações entre a AGPSS e a operadora contratada deverão ocorrer preferencialmente por meio eletrônico, admitida qualquer forma escrita apta à comprovação formal da ciência das partes.

8.5.4. A Administração poderá convocar representantes da operadora contratada para reuniões técnicas, apresentação de esclarecimentos, adoção de providências corretivas ou prestação de informações relacionadas à execução contratual.

8.5.5. A operadora contratada deverá manter representante técnico e canais permanentes de interlocução com a AGPSS durante toda a vigência contratual.

8.5.6. A gestão contratual deverá contemplar mecanismos permanentes de governança, acompanhamento atuarial, monitoramento assistencial e análise da sustentabilidade da carteira coletiva.

8.5.7. As matérias relativas à aprovação de orçamento, contratação da operadora, reajustes ou outras decisões que afetem diretamente os beneficiários serão submetidas ao Conselho de Administração da AGPSS, observados o quórum qualificado, a convocação específica e os demais requisitos previstos na Lei Municipal nº 15.448/2026.

8.6. A CONTRATADA deverá disponibilizar dashboards, painéis digitais e relatórios gerenciais aptos ao monitoramento contínuo da execução contratual.

8.7. A participação institucional dos beneficiários e das entidades sindicais ocorrerá por meio do Conselho de Administração e do Conselho Fiscal da AGPSS, sem prejuízo de outros mecanismos consultivos compatíveis com a Lei Municipal nº 15.448/2026.

8.8. Identificadas irregularidades relevantes ou deterioração de indicadores regulatórios, assistenciais, operacionais ou econômico-financeiros, a Administração poderá exigir apresentação de plano corretivo pela CONTRATADA.

CLÁUSULA NONA – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

9.1. O contratado será responsabilizado administrativamente pelas infrações estabelecidas no Art. 155 da Lei Federal nº 14.133/2021.

9.2. O Contratado que cometer qualquer das condutas previstas no art. 155 da Lei Federal n° 14.133/2021, ficará sujeito, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal, às seguintes sanções, previstas no art. 156 da Lei Federal nº 14.133/2021:

a) Advertência, no caso de dar causa à inexecução parcial do contrato, quando não se justificar a imposição de penalidade mais grave;

b) Multa;

c) Impedimento de licitar e contratar no âmbito da Administração Pública direta e indireta do ente federativo que tiver aplicado a sanção, pelo prazo máximo de 3 (três) anos, aplicada nos casos previstos no art. 156, § 4º, da Lei Federal nº 14.133/2021;

d) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar, no âmbito da Administração Pública direta e indireta de todos os entes federativos, pelo prazo mínimo de 3 (três) anos e máximo de 6 (seis) anos, aplicada nos casos previstos no art. 156, § 5º, da Lei Federal nº 14.133/2021;

9.3. A aplicação das sanções previstas nas alíneas "**b**" observará os seguintes parâmetros:

9.3.1. 0,1% (um décimo por cento) até 1% (um por cento) por dia útil sobre o valor da parcela em atraso do Contrato, a título de **multa moratória**, limitada a incidência a 15 (quinze) dias úteis. Após o décimo quinto dia útil e a critério da Administração, no caso de serviço com atraso, poderá ocorrer a não–aceitação do objeto, de forma a configurar, nessa hipótese, inexecução total da obrigação assumida, atraindo a aplicação da multa prevista na alínea "c", sem prejuízo da rescisão unilateral da avença;

9.3.2. 10% (dez por cento) até 15% (quinze por cento) sobre o valor da parcela em atraso do Contrato, em caso de atraso no serviço por período superior ao previsto no subitem anterior ou de inadimplemento parcial da obrigação assumida;

9.3.3. 15% (quinze por cento) até 20% (vinte por cento) sobre o valor do Contrato ou do saldo não atendido do Contrato, em caso de inadimplemento total da obrigação, inclusive nos casos de extinção

por culpa da CONTRATADA; e

9.3.4. As penalidades de multa decorrentes de fatos diversos serão consideradas independentes entre si.

9.3.5. A multa eventualmente imposta à CONTRATADA será automaticamente descontada da fatura que esta fizer jus, acrescida de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês.

9.4. A sanção estabelecida no **item 9.2, "c"** será precedida de análise jurídica e observará as regras previstas no art. 156, § 6º, I e II, da Lei Federal nº 14.133/2021;

9.5. As sanções previstas nas alíneas **"a", "b" e "c"** do **item 9.2** poderão ser aplicadas cumulativamente com a prevista na alínea **"b"** do mesmo item.

9.6. Se a multa aplicada e as indenizações cabíveis forem superiores ao valor de pagamento eventualmente devido pela Administração ao contratado, além da perda desse valor, a diferença será descontada da garantia prestada ou será cobrada judicialmente.

9.6.1. Caso a Contratada não tenha nenhum valor a receber do Contratante, ser-lhe-á concedido o prazo de 10 (dez) dias úteis, contados de sua Notificação, para efetuar o pagamento da multa. Após esse prazo, não sendo efetuado o pagamento, poderá a Administração proceder à cobrança judicial da multa.

9.7. A aplicação das sanções previstas no **item 9.2** não exclui, em hipótese alguma, a obrigação de reparação integral do dano causado à Administração Pública.

9.8. Na aplicação da sanção prevista no **item 9.2, alínea "b"**, será facultada a defesa do interessado no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data de sua intimação.

9.9. As multas previstas neste instrumento não possuem caráter compensatório, e, assim, o pagamento delas não eximirá a Contratada de responsabilidade pelas perdas e danos decorrentes das infrações cometidas.

9.10. As multas e penalidades serão aplicadas sem prejuízo das sanções cíveis ou penais cabíveis, ou processo administrativo.

9.11. A aplicação das multas independerá de qualquer interpelação judicial, sendo exigível desde a data do ato, fato ou omissão que lhe tiver dado causa, após instauração de Processo Administrativo respeitados os direitos à ampla defesa e ao contraditório.

9.12. A aplicação das sanções previstas no **item 9.2, alíneas "c" e "d"**, requererá a instauração de processo de responsabilização, a ser conduzido por comissão composta de 2 (dois) ou mais servidores estáveis, que avaliará fatos e circunstâncias conhecidos e intimará o licitante ou o contratado para, no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data de intimação, apresentar defesa escrita e especificar as provas que pretenda produzir, sendo observados conforme o caso o Art. 158, § 1º ao § 4º da Lei Federal nº 14.133/2021.

9.13. Os atos previstos como infrações administrativas nesta Lei ou em outras leis de licitações e contratos da Administração Pública que também sejam tipificados como atos lesivos na Lei nº 12.846, de

1º de agosto de 2013, serão apurados e julgados conjuntamente, nos mesmos autos, observados o rito procedimental e a autoridade competente definidos na referida Lei.

9.14. A personalidade jurídica poderá ser desconsiderada sempre que utilizada com abuso do direito para facilitar, encobrir ou dissimular a prática dos atos ilícitos previstos nesta Lei ou para provocar confusão patrimonial, e, nesse caso, todos os efeitos das sanções aplicadas à pessoa jurídica serão estendidos aos seus administradores e sócios com poderes de administração, a pessoa jurídica sucessora ou a empresa do mesmo ramo com relação de coligação ou controle, de fato ou de direito, com o sancionado, observados, em todos os casos, o contraditório, a ampla defesa e a obrigatoriedade de análise jurídica prévia.

9.15. A aplicação das sanções de impedimento de licitar e contratar e de declaração de inidoneidade para licitar e contratar deverá ser comunicada à Controladoria Geral do Município, no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da sua aplicação, que informará, para fins de publicidade, ao Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas – CEIS e ao Cadastro Nacional de Empresas Punidas (CNEP), na forma do art. 161 da Lei nº 14.133/2021.

9.16. É admitida a reabilitação do licitante ou contratado perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, observados os requisitos estabelecidos no art. 163 da Lei nº 14.133/2021.

9.17. As penalidades serão obrigatoriamente publicadas no órgão Oficial de Imprensa do Município.

9.18. A aplicação de penalidades previstas para os casos de inexecução do objeto, erro de execução, execução imperfeita, atraso injustificado, inadimplemento e demais condutas ilícitas será de competência da **autoridade gestora da despesa**, nos termos do art. 156, da Lei Federal nº 14.133/2021.

9.19. A autoridade competente, na aplicação das sanções, e nos termos da lei, levará em consideração:

I - a natureza e a gravidade da infração cometida;
II - as peculiaridades do caso concreto;
III - a existência de circunstâncias agravantes ou atenuantes;
IV - os danos decorrentes da infração para a AGPSS ou para os beneficiários;
V - a reincidência da contratada;
VI - a adoção de medidas corretivas pela operadora;
VII - a implantação ou aperfeiçoamento de programa de integridade, quando aplicável.

9.20. A autoridade gestora da despesa poderá, ainda, sem caráter de penalidade, declarar rescindido o contrato por conveniência administrativa ou interesse público, conforme disposto no Capítulo VIII - Das Hipóteses de Extinção dos Contratos, art. 137-139 da Lei Federal nº 14.133/2021 e suas alterações.

9.21. A CONTRATADA poderá apresentar:

9.21.1. Recurso a ser interposto perante a autoridade que tiver proferido a decisão recorrida, no prazo de **15 (quinze) dias úteis** contados da intimação da aplicação das penalidades estabelecidas nas alíneas "a", "b" e "c" do item **9.2**;

9.21.2. Recurso a ser interposto perante a autoridade que tiver proferido a decisão recorrida, no prazo

de **3(três) dias úteis)**contados da intimação da extinção do contrato quando promovido por ato unilateral e escrito da Administração;

9.21.3. Pedido de Reconsideração no prazo de **15 (quinze) dias úteis** contados da ciência da aplicação da penalidade estabelecida na alínea "d" do item **9.2**;

9.21.4. Os recursos a que aludem os itens **9.21.1** e **9.21.2** desta cláusula serão dirigidos à autoridade que tiver proferido a decisão recorrida, que, se não reconsiderar a decisão recorrida, encaminhará o recurso com sua motivação à autoridade superior para decisão.

9.22. As penalidades poderão ser aplicadas isolada ou cumulativamente, observadas a natureza da infração, a gravidade da conduta, a extensão do dano eventualmente causado à Administração ou aos beneficiários e os princípios da proporcionalidade e razoabilidade.

9.23. Constituem hipóteses passíveis de aplicação de sanções administrativas, sem prejuízo de outras previstas na legislação aplicável:

II - descumprimento das obrigações previstas no Termo de Referência;
III - interrupção injustificada da operacionalização do plano coletivo;
IV - falhas reiteradas na manutenção da rede credenciada;
V - descumprimento dos prazos regulatórios estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
VI - negativa indevida de cobertura assistencial obrigatória;
VII - descumprimento das obrigações relacionadas à movimentação cadastral dos beneficiários;
VIII - omissão ou prestação de informações falsas à AGPSS;
IX - descumprimento das obrigações regulatórias perante a ANS;
X - perda das condições de habilitação, capacidade operacional ou regularidade econômico-financeira exigidas para execução contratual;
XI - aplicação de medida regulatória ou ocorrência superveniente que comprometa a continuidade ou a estabilidade da execução contratual;
XII - prática de atos que comprometam a continuidade assistencial dos beneficiários vinculados ao sistema;
XIII - descumprimento das obrigações de governança e transparência;
XIV - não apresentação de relatórios periódicos obrigatórios;
XV - descumprimento do plano de transição assistida;
XVI - omissão de informações relevantes sobre rede, solvência, reajustes ou indicadores assistenciais.

9.24. A aplicação de sanções administrativas não afasta a possibilidade de:

I - rescisão contratual;
II - execução da garantia contratual;
III - adoção de medidas administrativas emergenciais destinadas à preservação da continuidade assistencial;
IV - responsabilização civil da contratada pelos prejuízos causados;
comunicação aos órgãos regulatórios e de controle competentes, quando cabível.

9.25. Sem prejuízo das demais hipóteses previstas na legislação aplicável e no Termo de Referência,

poderão ensejar aplicação de sanções administrativas, adoção de medidas corretivas, instauração de procedimento de apuração contratual ou, conforme a gravidade do caso, rescisão contratual:

I - instauração de direção fiscal, direção técnica, liquidação extrajudicial ou qualquer regime especial de intervenção pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS que comprometa a estabilidade operacional da contratada;
II - perda, suspensão ou restrição relevante do registro ou da autorização de funcionamento perante a ANS;
III - suspensão de comercialização de produtos incompatível com a adequada execução do objeto contratado;
IV - descumprimento reiterado de determinações regulatórias expedidas pela ANS;
V - deterioração relevante dos indicadores regulatórios da operadora, incluindo índices de reclamações, NIP, desempenho regulatório ou indicadores assistenciais incompatíveis com a adequada execução contratual;
VI - perda de capacidade operacional ou econômico-financeira capaz de comprometer a continuidade assistencial dos beneficiários;
VII - descredenciamento, interrupção ou perda de prestadores considerados estratégicos ou essenciais à manutenção da assistência suplementar à saúde disponibilizada aos beneficiários, sem substituição equivalente em prazo razoável;
VIII - redução significativa da rede hospitalar, laboratorial, ambulatorial ou assistencial utilizada pela carteira coletiva vinculada ao contrato;
IX - ocorrência de desassistência relevante, negativa reiterada de cobertura obrigatória ou interrupção injustificada da continuidade terapêutica dos beneficiários;
X- omissão, ocultação ou prestação de informações falsas relacionadas à situação regulatória, econômico-financeira ou operacional da operadora contratada;
XI - descumprimento dos compromissos relacionados à transição assistida, continuidade assistencial e preservação terapêutica previstos no Termo de Referência;
XII - deterioração relevante dos indicadores de solvência;
XIII - descumprimento reiterado das obrigações de governança e transparência;
XIV - não apresentação de plano de ação corretivo em prazo razoável;
XV - deterioração relevante da sustentabilidade atuarial da carteira coletiva.

9.26. Na hipótese de ocorrência de eventos regulatórios ou operacionais capazes de comprometer a continuidade assistencial da carteira coletiva, a AGPSS poderá determinar a adoção imediata de medidas mitigatórias, apresentação de plano corretivo, reforço operacional, substituição de rede assistencial, auditoria independente ou outras providências necessárias à preservação do interesse público e da assistência aos beneficiários.

9.27. A aplicação das medidas previstas no Termo de Referência observará a gravidade da ocorrência, o risco assistencial envolvido, a extensão dos impactos aos beneficiários e a necessidade de preservação da continuidade da assistência suplementar à saúde.

9.28. As hipóteses regulatórias previstas neste tópico não afastam a competência fiscalizatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS nem substituem os mecanismos regulatórios próprios do setor de saúde suplementar, possuindo natureza exclusivamente contratual e administrativa no âmbito da relação estabelecida entre a AGPSS e a operadora contratada.

9.29. A Administração poderá determinar medidas emergenciais destinadas à preservação da continuidade assistencial da carteira coletiva.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA GARANTIA DE EXECUÇÃO CONTRATUAL

10.1. Será exigida garantia de execução contratual, nos termos dos arts. 96 e 98 da Lei Federal nº 14.133/2021, correspondente a 5% (cinco por cento) do valor inicial do contrato, assim entendido o valor global da proposta vencedora após a aplicação do percentual único de desconto ao Valor Global de Referência – VGR, considerando a natureza continuada dos serviços, a essencialidade da assistência suplementar à saúde disponibilizada aos beneficiários e a necessidade de preservação da estabilidade operacional da execução contratual.

10.1.1. O contratado deverá optar por uma das modalidades de garantia do § 1º do art. 96 da Lei Federal nº 14.133/2021.

10.1.2. Quando o contratado optar pela modalidade de seguro garantia prevista no inciso II do § 1º do Art. 96 da Lei Federal nº 14.133/2021 e nos termos do § 3º do mesmo artigo, o prazo para a prestação da garantia será de 1 (um) mês, contado da data de homologação da licitação e anterior à assinatura do contrato.

10.1.3. A garantia, nas modalidades caução e fiança bancária, deverá ser prestada em até 10 dias úteis após a assinatura do contrato.

10.2. A garantia contratual terá por finalidade assegurar o adequado cumprimento das obrigações assumidas pela operadora contratada, especialmente quanto à manutenção das condições operacionais do plano coletivo, à continuidade administrativa da execução contratual e à reparação de prejuízos decorrentes de eventual inadimplemento das obrigações previstas no Termo de Referência e no instrumento contratual.

10.3. A contratada poderá optar por quaisquer das modalidades de garantia admitidas pela legislação aplicável, incluindo caução em dinheiro ou títulos da dívida pública, seguro-garantia ou fiança bancária.

10.4. A garantia deverá permanecer válida durante toda a vigência contratual, inclusive em eventuais prorrogações, cabendo à contratada promover sua renovação, complementação ou substituição sempre que necessário à manutenção de sua suficiência e regularidade.

10.5. A eventual exigência de garantia contratual não substitui nem afasta as obrigações regulatórias próprias das operadoras de planos privados de assistência à saúde relacionadas à manutenção de reservas técnicas, patrimônio mínimo ajustado, garantias financeiras e demais requisitos de solvência exigidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

10.6. A Administração poderá executar a garantia contratual nas hipóteses de inadimplemento das obrigações assumidas, descumprimento contratual, interrupção injustificada da operacionalização do plano coletivo, aplicação de penalidades administrativas não adimplidas ou ocorrência de prejuízos decorrentes de falhas relevantes na execução contratual.

10.7. A execução da garantia não impedirá a aplicação das demais sanções administrativas cabíveis nem

afastará a responsabilização da contratada pelos prejuízos eventualmente causados à AGPSS ou aos beneficiários vinculados ao sistema.

10.8. Encerrada a execução contratual e verificado o integral cumprimento das obrigações assumidas pela contratada, a garantia será liberada ou restituída na forma da legislação aplicável.

10.9. A garantia prevista no Termo de Referência possui natureza exclusivamente contratual e administrativa, não implicando assunção, pela AGPSS ou pelo Município, do risco assistencial, atuarial ou operacional inerente à atividade de saúde suplementar, permanecendo a operadora integralmente responsável pela execução e gestão da assistência disponibilizada aos beneficiários.

10.10. A AGPSS poderá exigir, durante a execução contratual, apresentação periódica de indicadores de solvência, provisões técnicas, patrimônio mínimo ajustado, ativos garantidores, liquidez regulatória e demais informações econômico-financeiras aptas a demonstrar a manutenção da capacidade operacional da operadora contratada.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA EXTINÇÃO CONTRATUAL

11.1. O CONTRATANTE poderá extinguir administrativamente o Contrato, por ato unilateral, na ocorrência das hipóteses previstas no art. 137, incisos I a IX, da Lei Federal nº 14.133/2021, mediante decisão fundamentada, assegurado o contraditório e a ampla defesa, e observado o art. 138, § 2º, da Lei Federal nº 14.133/2021.

11.2. Na hipótese de encerramento contratual, deverão ser adotadas medidas destinadas à preservação da continuidade assistencial dos beneficiários.

11.3. A Administração poderá adotar medidas mitigatórias destinadas à proteção da assistência suplementar disponibilizada aos beneficiários.

11.4. A extinção operará seus efeitos a partir da publicação do ato administrativo no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP).

11.5. Na hipótese de extinção por culpa da contratada, a CONTRATADA, além das demais sanções cabíveis, ficará sujeita à **multa** de até 20% (vinte por cento) calculada sobre o saldo reajustado do Contrato, ou, ainda, sobre o valor do Contrato, conforme o caso.

11.5.1. A **multa** referida no item anterior não tem caráter compensatório e será descontada do valor da garantia. Se a garantia for insuficiente, o débito remanescente, inclusive o decorrente de penalidades anteriormente aplicadas, poderá ser compensado com eventuais créditos devidos pelo CONTRATANTE.

11.6. Nos casos de extinção com culpa exclusiva da CONTRATANTE, deverão ser promovidos:
a) a devolução da garantia;
b) os pagamentos devidos pela execução do Contrato até a data da extinção, caso haja;
c) o pagamento do custo de desmobilização, caso haja;
d) o ressarcimento dos prejuízos comprovadamente sofridos.

11.7. No caso de extinção amigável, esta será reduzida a termo, tendo a CONTRATADA direito aos pagamentos devidos pela execução do Contrato, se for o caso, conforme atestado em laudo da comissão especial designada para esse fim e à devolução da garantia.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA PROTEÇÃO DE DADOS E SIGILO

12.1. As partes deverão observar integralmente a legislação relacionada à proteção de dados pessoais, sigilo médico e confidencialidade das informações assistenciais.

12.2. A CONTRATADA deverá adotar medidas técnicas e administrativas aptas à proteção das informações dos beneficiários.

12.3. O compartilhamento de informações com a AGPSS ocorrerá exclusivamente na extensão necessária à gestão e fiscalização contratual, em formato compatível com a LGPD e com o sigilo médico. O compartilhamento com o Município somente ocorrerá quando necessário à operacionalização da política de auxílio-saúde ou de outras competências legais, observadas as bases legais e os princípios da necessidade e minimização de dados.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DAS ALTERAÇÕES

13.1. Eventuais alterações contratuais reger-se-ão pela disciplina dos arts. 124 e seguintes da Lei Federal nº 14.133/2021.

13.2. As alterações contratuais deverão ser promovidas mediante celebração de termo aditivo, submetido à prévia aprovação da assessoria jurídica do CONTRATANTE.

13.3. Registros que não caracterizam alteração do Contrato podem ser realizados por simples apostila, dispensada a celebração de termo aditivo, na forma do art. 136 da Lei Federal nº 14.133/2021.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS COMUNICAÇÕES

14.1. As comunicações entre as partes contratantes, relacionadas com o acompanhamento e controle do presente contrato, serão feitas sempre por escrito.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA
DA PUBLICAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO CONTRATO

15.1. Incumbirá ao CONTRATANTE divulgar o presente instrumento no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP), na forma prevista no art. 94 da Lei Federal nº 14.133/2021, bem como no respectivo sítio oficial na Internet, em atenção ao art. 8º, §2º, da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, e publicar extrato da contratação no Diário Oficial do Município.

15.1.1. A divulgação do Contrato e de seus aditamentos no Portal Nacional de Contratações Públicas – PNCP, condição indispensável para sua eficácia, deverá ocorrer nos prazos estipulados pelo art. 94 da Lei Federal nº 14.133/2021.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA– DISPOSIÇÕES GERAIS E DO FORO

16.1. A CONTRATADA se obriga a manter, durante todo o período de execução do Contrato, as condições de habilitação jurídica, qualificação técnica, qualificação econômico–financeira, regularidade fiscal e regularidade trabalhista exigidas no Edital por meio do qual foi licitada o objeto do presente instrumento e o teor da sua proposta de preço, sob pena de rescisão do Contrato.

16.2. Fazem parte do presente contrato as prerrogativas constantes do art. 104 da Lei Federal nº 14.133/2021.

16.3. É eleito o Foro da Comarca de Juiz de Fora – MG para dirimir os litígios que decorrerem da execução deste Termo de Contrato que não possam ser compostos pela conciliação, conforme art. 92, §1º da Lei Federal nº 14.133/2021.

16.4. Os casos omissos serão decididos pela CONTRATANTE, segundo as disposições contidas na Lei Federal nº 14.133/2021 e demais normas de licitações e contratos administrativos e, subsidiariamente, segundo as normas e princípios gerais dos contratos.

16.5. Incumbirá à CONTRATANTE providenciar a publicação deste instrumento, por extrato, no Diário Oficial, de acordo com o previsto na Lei Federal nº 14.133/2021.

E por estarem assim acordados, assinam este contrato os representantes das partes, na presença das testemunhas abaixo, para que produza seus regulares efeitos.

Prefeitura de Juiz de Fora, ... de ..... de 20.....

GESTOR(ES) RESPONSÁVEL(IS)
EMPRESA
Representante Legal
Cargo

Testemunha 1	**Testemunha 2**
Ass.:_____	Ass.:_____
Nome:_____	Nome:_____
C.I.:_____	C.I.:_____
C.P.F.:_____	C.P.F.:_____