

TERMO PARA CONVÊNIO DE RECIPROCIDADE Nº 2024/257.0

CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE CÂMARA DOS DEPUTADOS E A CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, OBJETIVANDO A MÚTUA COOPERAÇÃO PARA O APRIMORAMENTO DOS RESPECTIVOS PLANOS DE SAÚDE E COMPARTILHAMENTO DA REDE CREDENCIADA.

A CÂMARA DOS DEPUTADOS, inscrito no CNPJ 00.530.352/0001-59, com sede na Praça dos Três Poderes, Brasília/DF, doravante denominado **CONVENENTE**, neste ato representado pelo Diretora Administrativo, **MAURO LIMEIRA MENA BARRETO**, brasileiro, residente e domiciliado em Brasília - DF, RG nº [REDACTED] e a CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, com sede no Setor Bancário Sul, Quadra 04, Lotes 3/4, em Brasília/DF, inscrita no CNPJ 00.360.305/0001-04, daqui por diante denominado **CONVENIADO**, neste ato representada pelo Diretor de Pessoas **SIDNEY SOARES FILHO**, [REDACTED] 01, celebram o presente **CONVÊNIO**, com fundamento na Lei nº 8.112/1990, na Lei nº 9.656/1998, na Lei nº [REDACTED], na Lei nº 14.133/2021 e nas normas regulamentares do CONVENENTE e do plano de saúde do CONVENIADO, observadas as cláusulas a seguir enumeradas.

CONSIDERANDOS

Considerando que as convenentes buscarão na execução do **CONVÊNIO**:

- O compartilhamento da rede de credenciados de serviços de assistência e atendimento médico, em regime ambulatorial e hospitalar, inclusive internações psiquiátricas e domiciliares (*home care*), hospitalar com obstetrícia e odontológica, em âmbito nacional, mediante rede de atendimento básica e de alta referência, de modo que a utilização pelos beneficiários do CONVENENTE ocorra preferencialmente na rede de credenciados do CONVENIADO situada fora do Distrito Federal, sendo admitida a utilização da rede presente no Distrito Federal de forma complementar à rede conveniada própria do CONVENENTE;
- O intercâmbio de informações pertinentes aos interesses ajustados entre as convenentes;
- A assistência na implementação de programas e projetos voltados à assistência médico-hospitalar e social dos respectivos beneficiários;
- A disponibilização de informações sobre procedimentos administrativos, bem como o desenvolvimento de esforços nas áreas médica e assistencial de interesse comum;
- O compartilhamento de análises e pareceres técnicos em casos de avaliação de procedimentos, valores e negociações;
- O fortalecimento da autogestão, com ações que incentivem a promoção de saúde e prevenção de doenças e aprimorem os planos de saúde oferecidos pelas filiadas;
- A realização de estudos, pesquisas e outras atividades para melhoria dos serviços de saúde das convenentes;
- O compartilhamento de conhecimentos sobre tecnologias, formas de gestão, parametrização e operacionalização dos sistemas, tabelas e regras de negócios, dentre outros, que visem melhorias e sustentabilidade dos planos de saúde suplementar dos convenentes.

As partes resolvem estipular as seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

Constitui objeto do presente convênio a mútua cooperação para o aprimoramento dos planos de saúde oferecidos aos titulares e dependentes do CONVENENTE e aos beneficiários do CONVENIADO; e o compartilhamento da

rede de credenciados do CONVENIADO aos beneficiários do CONVENENTE, de modo que a utilização pelos beneficiários do CONVENENTE ocorra preferencialmente na rede de credenciados do CONVENIADO situada fora do Distrito Federal, sendo admitida a utilização da rede presente no Distrito Federal de forma complementar à rede conveniada própria do CONVENENTE.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA FORMA DE UTILIZAÇÃO DO CONVÊNIO DE RECIPROCIDADE

PARÁGRAFO PRIMEIRO – O CONVENIADO permitirá a utilização, por parte dos beneficiários do CONVENENTE, de toda a sua rede credenciada em igualdade de condições com os beneficiários do plano de saúde do CONVENIADO, de modo que a utilização pelos beneficiários do CONVENENTE ocorra preferencialmente na rede de credenciados do CONVENIADO situada fora do Distrito Federal, sendo admitida a utilização da rede presente no Distrito Federal de forma complementar à rede conveniada própria do CONVENENTE.

PARÁGRAFO SEGUNDO – As partes mantêm sua independência administrativa, funcional e financeira, ficando vedada qualquer ingerência de um plano de saúde na gestão do outro, não se considerando como tal as medidas administrativas necessárias para a verificação da correta execução do presente Convênio.

PARÁGRAFO TERCEIRO – O CONVENENTE poderá propor o credenciamento de profissionais e entidades de saúde ao CONVENIADO. A participação do CONVENENTE em negociações de valores, composições de pacotes, diárias e demais regras administrativas e técnicas a serem acordadas com o proposto credenciado se dará através de compartilhamento de análises, avaliações e pareceres técnicos. A decisão final sobre o credenciamento ou valores adotados é apenas do CONVENIADO.

PARÁGRAFO QUARTO – Os atendimentos objeto deste Convênio são os previstos no rol de cobertura do CONVENIADO, exclusivamente, sendo excluídos do presente convênio os procedimentos realizados pela modalidade de reembolso.

PARÁGRAFO QUINTO – Todo procedimento em que o plano de saúde do CONVENIADO exigir autorização prévia, a solicitação de autorização prévia será analisada e autorizada ou negada pelo CONVENIADO.

I – Havendo negativa de autorização para realização do procedimento e/ou serviço solicitado por profissional de saúde devidamente habilitado, a CONVENENTE deverá informar ao beneficiário detalhadamente, em linguagem clara e adequada, o motivo da negativa de autorização do procedimento, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique.

II – O CONVENIADO, ou equipe por ele indicado, avaliará as contestações de negativas parciais do CONVENENTE somente nos casos de procedimentos eletivos cirúrgicos e desde que autorizado o procedimento principal.

PARÁGRAFO SEXTO – Os Convenentes compartilharão as normas e procedimentos que regem os respectivos planos de saúde e, quando necessário, providenciarão o treinamento de seus empregados/servidores, com a finalidade de capacitá-los à operação do sistema e das rotinas previstas, conforme as normas, regras, regulamentos e procedimentos utilizados pelo CONVENIADO e por ela acordado com os seus prestadores.

PARÁGRAFO SÉTIMO – Atendimentos de urgência e emergência, assim como todos os outros procedimentos, obedecem a regra do CONVENIADO, prevista no regulamento do seu plano de saúde, e contrato com os prestadores, inclusive com relação a horário especial.

PARÁGRAFO OITAVO – O CONVENENTE poderá ser demandado pelo CONVENIADO nas situações descritas a seguir.

I – Elaborar, quando solicitado, parecer técnico nos processos em grau de recurso ou em casos de divergências de opiniões entre o médico assistente e o médico auditor do CONVENIADO para os beneficiários do plano de

saúde do CONVENIADO em que haja a necessidade de instauração de junta médica e emissão de 3^a (terceira) opinião, efetuando perícias quando couber.

II – Nos casos de solicitação de emissão de parecer técnico (de 3^a opinião) para sanar a divergência de opiniões, o CONVENENTE indicará o nome do médico responsável para compor a junta médica em até 02 (dois) dias úteis da solicitação do plano de saúde do CONVENIADO.

III – Após a concordância do médico assistente e do médico auditor do CONVENIADO, o médico indicado pelo CONVENENTE providenciará o parecer técnico de 3^a opinião em até 05 (cinco) dias úteis da formação da junta médica.

IV – Prestar assistência na implementação de programas e projetos voltados à assistência médico-hospitalar e social dos respectivos beneficiários, disponibilizando, inclusive, servidores do quadro do CONVENENTE para participarem de grupos de trabalho e reuniões previamente agendadas pelo CONVENIADO.

V – Auxiliar em negociação de valores de procedimentos, bem como de pacotes, diárias, taxas, dentre outros eventos médicos e não médicos e analisar e emitir pareceres técnicos em casos de avaliação de procedimentos, valores e negociações, quando solicitados pelo CONVENIADO.

VI – Disponibilizar servidor do quadro do CONVENENTE para auxiliar o CONVENIADO na realização de estudos e pesquisas para melhoria dos serviços de saúde das convenentes.

VII – Elaborar, quando solicitado, parecer técnico nos processos de inclusão, manutenção ou exclusão dos beneficiários do Plano de saúde do CONVENIADO no programa de medicamentos, Programa de Atenção Domiciliar, Assistência geriátrica, cuidador, custeio de procedimentos exclusivos pela modalidade reembolso, para os beneficiários do Plano de saúde do CONVENIADO em que haja a necessidade de instauração de junta médica e emissão de terceira opinião, efetuando perícias quando couber.

VIII – Disponibilizar servidor para Compartilhamento de conhecimentos sobre parametrização, operacionalização dos sistemas, tabelas e regras de negócios da saúde suplementar.

PARÁGRAFO NONO - Em caso de utilização, por parte dos beneficiários do CONVENENTE, da rede de credenciados do CONVENIADO situada no Distrito Federal, ainda que coincidente com o credenciamento direto com o CONVENENTE, haverá o devido resarcimento dos valores referentes às despesas médico-hospitalares, inclusive odontológicas, ao CONVENIADO, conforme tabela de preços negociada entre o CONVENIADO e a rede credenciada.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS RESPONSABILIDADES OPERACIONAIS DO CONVENENTE

PARÁGRAFO PRIMEIRO – Constituem responsabilidades do CONVENENTE:

I – O cadastro dos beneficiários do CONVENENTE, sendo responsável inteira e exclusivamente pela inclusão, atualização, manutenção e exclusão dos dados dos beneficiários no sistema do CONVENIADO.

a) Em havendo divergência cadastral de beneficiário doou a CONVENENTE, que estejam ou não impactando o faturamento, o CONVENENTE deverá corrigir o cadastro em até 3 (três) dias úteis contados a partir do recebimento da comunicação sobre a divergência.

II – Emitir a carteira de identificação do plano de saúde do CONVENIADO, conforme leiaute aprovado pelo CONVENIADO.

III – Orientar os beneficiários do CONVENENTE que a utilização da rede credenciada do CONVENIADO se dará mediante apresentação da carteira de identificação do plano de saúde do CONVENIADO vigente e documento de identidade oficial válido.

a) No caso de exclusão de beneficiário, é responsabilidade do CONVENENTE solicitar e dilacerar a carteira vigente de identificação do plano de saúde do CONVENIADO, tanto do titular quanto de seus dependentes. Ainda é necessário que seja realizado o cancelamento do beneficiário e das carteiras vinculadas a ele no sistema disponibilizado pelo plano de saúde do CONVENIADO.

b) Caso haja utilização indevida, inclusive após a exclusão em sistema, é de responsabilidade do CONVENENTE o resarcimento da utilização ao CONVENIADO.

IV – Ressarcir todos os atendimentos, procedimentos, serviços hospitalares, ambulatoriais, médico-hospitalares, urgência-emergência, apoio ao diagnóstico e terapia, entre outros, realizados por seus beneficiários, ativos ou inativos, portando ou não o cartão de identificação vigente, na Rede de Credenciados do CONVENIADO, conforme disposto na cláusula sexta do presente convênio.

V – Dar ciência ao CONVENIADO, formalmente, de qualquer anormalidade ou irregularidade que verificar na execução dos serviços prestados pelos credenciados do CONVENIADO, subsidiando na manutenção de uma rede credenciada de qualidade.

VI – Analisar as solicitações de exames e tratamentos dos beneficiários do CONVENENTE, quando forem negadas pelo CONVENIADO e recorridas pelos beneficiários.

VII – Ressarcir ao CONVENIADO os valores revertidos em razão da análise dos recursos de glosas apresentados pelos credenciados referentes aos beneficiários do CONVENENTE.

VIII – Informar a quantidade de beneficiários, sempre que solicitado pelo CONVENIADO.

IX – Acessar o sistema disponibilizado pelo plano de saúde do CONVENIADO para consulta de dados que permitirão a análise e execução de atividades relacionadas à contra auditoria, atendimento, contestação de glosas e cobranças referentes aos beneficiários do CONVENENTE.

X – Indenizar o CONVENIADO por quaisquer despesas por ela eventualmente despendidas em razão de penalidades aplicadas em processos administrativos junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou em virtude de condenações em ações judiciais, propostos por beneficiários do CONVENENTE em desfavor do CONVENIADO, ressalvados casos de comprovada culpa ou dolo por parte do CONVENIADO ou de seus credenciados.

XI – Estabelecer medidas que visem a utilização pelos beneficiários do CONVENENTE preferencialmente na rede situada fora do Distrito Federal, sendo admitida a utilização da rede presente no Distrito Federal de forma complementar à rede conveniada própria da Câmara.

XII – Conceder acesso ao CONVENIADO de qualquer termo de credenciamento celebrado entre o CONVENENTE e sua rede própria de prestadores, assegurando a replicação desse termo entre o CONVENIADO e o prestador, desde que isso não implique qualquer responsabilização do CONVENENTE pela operação decorrente de avença que venha a ser celebrada.

PARÁGRAFO SEGUNDO – As partes especificam, para efeitos deste convênio, da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 (incluindo medidas provisórias que a alteraram), da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, de todas as Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar, vigentes e/ou que venham a ser editadas e de todas as Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigentes e/ou que venham a ser editadas, que apenas o CONVENENTE será a operadora de plano de saúde, suportando esta, todo o respectivo ônus, em especial: pagamento de taxas, informação da massa (beneficiários), resarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), Notificação de Investigação Preliminar (NIP), autuações, ações judiciais etc., sendo garantido ao CONVENIADO o direito de exigir, ainda que judicialmente do CONVENENTE, a restituição dos prejuízos suportados em virtude de quaisquer demandas judiciais e/ou administrativas ingressadas por seus usuários, ressalvadas as condenações oriundas de condutas incompatíveis com o escopo do convênio ou de comprovada culpa ou dolo por parte do CONVENIADO ou das empresas de auditoria médica contratadas pelo CONVENIADO.

CLÁUSULA QUARTA – DAS RESPONSABILIDADES OPERACIONAIS DO CONVENIADO

Constituem responsabilidades do CONVENIADO:

I – Disponibilizar relação de credenciados do CONVENIADO para o CONVENENTE.

II – Cientificar a rede de credenciados do CONVENIADO do teor do presente Convênio, assim como do modelo de identificação adotado pelo CONVENENTE.

III – Efetuar o pagamento das despesas realizadas pelos beneficiários do CONVENENTE à rede credenciada do CONVENIADO, mantendo em arquivos as notas fiscais correspondentes, pelo prazo previsto nas normas internas do CONVENIADO.

IV – Efetuar a digitação das Guias TISS referentes aos atendimentos de beneficiários do CONVENENTE.

V – Realizar as análises e devidas atualizações (alterações/liberações/glosas), no sistema de processamento de dados do CONVENIADO, dos dados referentes às cobranças dos credenciados relativas a atendimentos de beneficiários do CONVENENTE.

VI – Manter arquivo das Guias TISS e quaisquer outros documentos comprobatórios de despesas médico-hospitalares, referentes aos beneficiários do CONVENENTE, nos prazos e regras previstas nas normas internas do CONVENIADO, à disposição do CONVENENTE e do CONVENIADO, bem como dos órgãos de controle externo.

VII – Auditar as Guias TISS referentes a atendimentos dos beneficiários do CONVENENTE, emitidos pelos credenciados ao CONVENIADO.

VIII – Conferir técnica e administrativamente todas as Guias TISS, avaliando a necessidade e a fidelidade do preenchimento dos campos e a legitimidade das cobranças efetuadas pelos credenciados.

IX – Disponibilizar aos beneficiários do CONVENENTE somente profissionais registrados em seus respectivos Conselhos de Classe.

X – Manter sigilo, sob pena de responsabilidade, sobre todo e qualquer assunto de interesse do CONVENENTE, ou de terceiros de que tomar conhecimento em razão da execução do objeto deste Convênio, devendo orientar seus empregados nesse sentido.

XI – Enviar arquivos em formato TXT ou XML referente à utilização dos beneficiários do CONVENENTE.

a) Em caso de eventual impossibilidade operacional para emissão e/ou envio do arquivo TXT ou XML, o CONVENENTE receberá os arquivos em formato definido por ambas as partes, até a regularização do formato TXT ou XML.

XII – Todo procedimento em que o plano de saúde do CONVENIADO exigir autorização prévia, a solicitação de autorização prévia será analisada e autorizada ou negada pelo CONVENIADO.

XIII – Conceder ao CONVENENTE acesso ao sistema disponibilizado pelo plano de saúde do CONVENIADO para consulta de solicitação de autorização e para consulta de dados que permitirão a análise e realização de contra auditoria, atendimento a beneficiários do CONVENENTE, contestação de glosas, cobranças e outras atividades correlatas.

XIV – Fornecer subsídios e informações para a defesa judicial do CONVENENTE nos casos em que a análise técnica for de responsabilidade do CONVENIADO no prazo máximo úteis.

XV – Indicar o canal oficial de comunicação, FALE CONOSCO, para a CONVENENTE realizar possíveis

contestações, bem como dúvidas, questionamentos, indicação de profissionais para credenciar.

XVI – Na preliminar de sua contestação, após o recebimento de 5 (cinco) dias citações e/ou intimações judiciais relativas a beneficiários do CONVENENTE, o CONVENIADO fará constar que a responsabilidade administrativa e financeira é somente do CONVENENTE, e que a correção do polo passivo se faz necessária, substituindo-se a CAIXA pela UNIÃO FEDERAL, de modo que as citações/intimações devem ser direcionadas à Advocacia Geral da União – AGU.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A alocação pelo CONVENIADO do pessoal necessário à execução desse Convênio não figurará vínculo empregatício de qualquer natureza com o CONVENENTE, nem gerará qualquer tipo de obrigação trabalhista e previdenciária para este.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Todo o atendimento realizado por prestadores da rede credenciada do plano de saúde do CONVENIADO, complementar à rede do CONVENENTE, tanto dentro quanto fora do Distrito Federal, será avaliado pela auditoria médica e especializada do plano de saúde do CONVENIADO, inclusive a autorização prévia dos procedimentos.

CLÁUSULA QUINTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

A despesa decorrente deste Convênio correrá à conta das contribuições mensais, das cotas partes e da correspondente diferença da cobertura das despesas efetuadas pelos beneficiários do CONVENENTE, e do recolhimento para fins de segurança social, assim como recursos próprios do orçamento do CONVENENTE de 2024, no valor estimado de R\$ 200.000.000,00 (duzentos milhões de reais), objeto da nota de empenho nº 2025NE001726 e consignado na seguinte dotação orçamentária:

- Programa de Trabalho:
01.301.0034.2004.5664 – Assistência Médica e Odontológica aos Servidores Civis, Empregados, Militares e seus Dependentes
- Natureza da Despesa:
3.00.00 – Despesas Correntes
3.30.00 – Outras Despesas Correntes
3.3.90.00 – Aplicações Diretas
3.3.90.39 – Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica.

CLÁUSULA SEXTA – DO RESSARCIMENTO DOS CUSTOS AO CONVENIADO

O valor decorrente da utilização da rede credenciada do CONVENIADO pelos beneficiários do CONVENENTE, bem como as demais despesas ou ônus decorrentes, serão apurados pelo CONVENIADO e informados ao CONVENENTE, o qual efetuará o repasse do montante devido ao CONVENIADO, nos prazos e condições estabelecidos neste CONVÊNIO.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – O montante previsto no *caput* será repassado pelo CONVENENTE ao CONVENIADO, semanalmente, no prazo de até 10 (dez) dias úteis, contados a partir do dia subsequente ao do recebimento de ofício a ser encaminhado pelo CONVENIADO.

I – O conveniado enviará o arquivo em formato TXT ou XML referente à utilização dos beneficiários do CONVENENTE.

a) Em caso de eventual impossibilidade operacional para emissão e/ou envio do arquivo TXT ou XML, o CONVENENTE receberá os arquivos em formato definido por ambas as partes, até a regularização do formato TXT ou XML.

II – É vedado ao CONVENENTE glosar os valores apresentados pelo CONVENIADO.

III – Eventuais diferenças entre o valor presente no arquivo em formato TXT ou XML e o valor informado em ofício pelo CONVENIADO serão objeto de ajustes nas faturas subsequentes.

IV - O CONVENIADO encaminhará, trimestralmente, relatório referente aos serviços prestados pela auditoria médica externa aos beneficiários do **CONVENENTE**.

PARÁGRAFO SEGUNDO – O ofício de que trata o Parágrafo Primeiro desta Cláusula deverá informar o valor de repasse, conforme relatório que discrimine o montante utilizado no período de referência, com base no valor dos serviços prestados aos beneficiários do **CONVENENTE**; ou, em caso de impossibilidade operacional, com base em cálculo da média semanal de utilização apurada nos últimos 6 (seis) meses.

I – A média a que se refere o presente Parágrafo será calculada uma única vez em cada mês, devendo ser utilizada como parâmetro para as solicitações de repasse abrangidas naquele período.

II – Após solucionada a impossibilidade operacional, para o ajuste dos valores semanais apurados pela média de utilização, o **CONVENIADO** enviará os arquivos na forma prevista no item XI da Cláusula Quarta.

III – O **CONVENIADO** deverá apurar mensalmente o valor exato do montante utilizado pelos beneficiários do **CONVENENTE** em período de referência anterior e enviá-lo até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente, realizando os ajustes no valor de repasse a ser informado ao **CONVENENTE** no mês imediatamente subsequente ao do envio do relatório.

PARÁGRAFO TERCEIRO – Em caso de não celebração, entre os Convenentes, de novo CONVÉNIO para a mesma finalidade, serão devidos os repasses semanais referentes aos atendimentos realizados durante a vigência do convênio e os atendimentos realizados após a data da rescisão do convênio, cujos procedimentos foram realizados em decorrência de tratamento continuado, pré-natal ou pré-operatório, e os que necessitem de atenção especial, bem como o atendimento dos beneficiários que estejam impossibilitados de transferência por questões médicas.

I – Os beneficiários permanecerão internados ou em continuidade com seus tratamentos ambulatoriais, até que a transferência esteja configurada como segura, sendo que todas as despesas geradas em decorrência da continuidade de tais tratamentos serão faturadas para o **CONVENENTE**.

II – O **CONVENIADO** apresentará, no prazo de 30 (trinta) dias, contados da notificação de rescisão, relação dos pacientes em tratamento continuado, pré-natal, pré-operatório ou que necessitem de atenção especial.

III – Qualquer utilização após a data da rescisão será considerada indevida, sendo de responsabilidade do **CONVENENTE**, o pagamento de todo e qualquer procedimento realizado por qualquer dos beneficiários.

IV – Os débitos devidos que forem oriundos deste convênio e que surgirem após a rescisão do mesmo, serão cobrados do **CONVENENTE**.

V – O **CONVENENTE** reconhece como dívida líquida e certa, em favor do **CONVENIADO**, quaisquer despesas decorrentes de atendimentos prestados a seus beneficiários, cessadas as responsabilidades do **CONVENIADO**, independente da data de início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento.

PARÁGRAFO QUARTO – No caso de descumprimento do prazo previsto no Parágrafo Primeiro desta cláusula, haverá a cobrança, pelo **CONVENIADO** do valor devido atualizado pelo INPC pro rata dia, a partir da data de origem do compromisso até o seu cumprimento legal, e o **CONVENIADO** comunicará a rede credenciada, após 10 (dez) dias, a suspensão dos atendimentos aos beneficiários do **CONVENENTE**, mediante notificação ao **CONVENENTE**.

I – A suspensão persistirá até que os pagamentos pendentes sejam realizados e não prejudicará o direito do **CONVENIADO** de receber por quaisquer atendimentos prestados aos usuários do **CONVENENTE** durante o período de suspensão, seja em caráter eletivo e/ou de urgência e emergência.

PARÁGRAFO QUINTO – O inadimplemento pelos Convenentes dos termos acordados na presente Cláusula, ressalvadas as hipóteses de força maior e caso fortuito, devidamente justificados, poderá configurar descumprimento do CONVÊNIO de reciprocidade, cabendo-lhes decidir sobre a aplicação dos itens II e III do *caput* da Cláusula Décima, que versa sobre a denúncia.

PARÁGRAFO SEXTO – Qualquer tolerância quanto ao descumprimento, atraso no cumprimento ou cumprimento irregular das condições aqui pactuadas não implica em perdão, renovação, renúncia, ou alteração do que fora contratado.

PARÁGRAFO SÉTIMO – Por despesas ou ônus decorrentes, entende-se o somatório das seguintes parcelas, sem prejuízo de outras:

- a) Total das faturas pagas pelo CONVENIADO à rede credenciada, por utilização dos beneficiários do CONVENENTE, no mês de referência.
- b) Custo mensal da CEF com despesas administrativas, de pessoas, tecnológicas e processamento de dados, para a execução deste convênio, cujo valor atual é de R\$ 8,19 (oito reais e dezenove centavos), e custo com processamento de dados com valor atual de R\$ 1,16, por beneficiário.
- c) Custo mensal com auditoria médica, técnica e administrativa, conforme Anexo I, por localidade de residência do beneficiário do CONVENENTE.
- d) Valor da contribuição social incidente sobre os serviços prestados pelos credenciados aos beneficiários do CONVENENTE e recolhido pelo CONVENIADO ao INSS, efetuado conforme a legislação aplicável à matéria.
- e) Custo trimestral com auditoria médica externa, referente aos serviços previstos no Anexo II, efetivamente executados aos beneficiários do CONVENENTE.
- f) O valor de qualquer contribuição sobre movimentação financeira desembolsada pelo CONVENIADO referente às despesas previstas nas alíneas "a", "b", "c", "d" e "e" deste parágrafo.

PARÁGRAFO OITAVO – Para fins de cobrança, a quantidade de beneficiários utilizada será fixada em 16.122 (dezesseis mil e cento e vinte e dois) beneficiários, distribuídos regionalmente conforme Anexo I.

I – Não haverá prejuízo de atendimento quando houver inclusão de beneficiários acima da quantidade fixa.

II – Não haverá alteração, para mais ou para menos, na quantidade de beneficiários, até a renovação deste convênio.

PARÁGRAFO NONO – O CONVENENTE poderá contestar os valores pagos pelos procedimentos, informando as devidas justificativa para cada item contestado, conforme padrão determinado pelo CONVENIADO.

I – As contestações deverão versar somente sobre pagamentos indevidos nos termos dos artigos 206 e 876 a 883 da Lei 10.406, Código Civil, não cabendo contestações quanto a glosas técnicas e administrativa, decorrentes de avaliações realizadas pelo CONVENIADO, bem como de acordos negociais entre CONVENIADO e credenciado, salvo:

- a) Quando o beneficiário não for vinculado ao CONVENENTE;
- b) Quando o beneficiário do CONVENENTE contestar o atendimento.

II – Os prazos para contestações previstos no item I deste parágrafo serão de 20 (vinte) dias úteis para a alínea "a" e de 180 (cento e oitenta) dias para a alínea "b", contados do efetivo recebimento do arquivo pelo CONVENIADO.

III – O CONVENIADO avaliará as contestações em até 20 (vinte) dias úteis e, sendo julgados pertinentes, será comandada glosa ao prestador e a devolução ao **CONVENENTE** ocorrerá após a glosa ser faturada ao prestador.

PARÁGRAFO DÉCIMO – Os serviços eventualmente não faturados serão objeto de acerto nos próximos faturamentos.

PARÁGRAFO DÉCIMO PRIMEIRO – Os valores definidos no Parágrafo Sétimo desta Cláusula serão ajustados, por meio de termo aditivo, sempre que houver alteração nas despesas ou ônus suportados pelo **CONVENIADO** mediante expedição de ofício do **CONVENIADO** à **CONVENENTE**, necessariamente acompanhado de comprovação formal que demonstre de maneira analítica a alteração dos custos.

I – O **CONVENENTE** deverá encaminhar o Termo Aditivo assinado em até 45 dias corridos.

II – Os valores, de que trata o parágrafo décimo primeiro, passarão a ser cobrados no primeiro resarcimento que ocorrer após os 45 dias corridos, independente do Termo Aditivo estar assinado ou não.

III – Os valores, de que trata o parágrafo Décimo Primeiro, deverão ser resarcidos conforme a data em que houve a alteração do custo das despesas, mesmo que retroativas, para não configurar prejuízo ou lucro para nenhuma das partes.

IV – Para comprovação analítica da alteração dos custos de que trata a alínea b) do Parágrafo Sétimo desta mesma Cláusula, será necessário apresentação de ofício que apresente os cálculos que demonstrem a alteração deste custo.

V – Para comprovação analítica da alteração dos custos de que trata a alínea c) do Parágrafo Sétimo desta mesma Cláusula, será necessário apresentação do contrato firmado entre **CONVENIADO** e Auditoria Médica Contratada e os respectivos Aditivos contratuais.

PARÁGRAFO DÉCIMO SEGUNDO – Não será cobrado ao **CONVENENTE** nenhum repasse de valor que configure lucro pelo **CONVENIADO**.

PARÁGRAFO DÉCIMO TERCEIRO – O ano-base se iniciará na data de assinatura deste instrumento e os demais, lhe serão subsequentes.

CLÁUSULA SÉTIMA – DOS ÓRGÃOS EXECUTORES

Para execução do objeto do presente Convênio ficam designadas as UNIDADES GESTORAS, atualmente, PRÓ-SAÚDE e a Gerência Nacional Saúde CAIXA - GESAD como órgãos executores pelo **CONVENENTE** e pelo **CONVENIADO**, respectivamente.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – As partes pactuam as seguintes condições gerais para comunicação entre si:

I – Todas as comunicações relativas ao presente Convênio serão consideradas como regularmente efetuadas se entregues ou enviadas por ofício ou por meio eletrônico com confirmação de recebimento ou geração de número de protocolo.

II – As comunicações de atos que não exijam comprovação de recebimento, por seu menor grau de importância, poderão ser efetuadas por meio de correio eletrônico.

III - As reuniões entre representantes das partes em que ocorrer decisões normativas ou operacionais serão obrigatoriamente registradas e assinadas.

PARÁGRAFO SEGUNDO – Considera-se órgão fiscalizador a UNIDADE GESTORA, atualmente PRÓ-SAÚDE, que indicará o(s) servidor(es) responsável(eis) pelos atos de acompanhamento e fiscalização do presente

Convênio.

CLÁUSULA OITAVA – DO SIGILO E DA AÇÃO PROMOCIONAL

O uso de informações e documentos pertinentes ao presente Convênio fica restrito às necessidades operacionais do CONVENIADO/CONVENENTE.

PARÁGRAFO ÚNICO – Em qualquer ação promocional relacionada com o objeto do presente Convênio será obrigatoriamente observado o disposto no parágrafo 1º, do art. 37, da Constituição Federal, ou seja, somente será permitida publicidade de caráter educativo, informativo ou de orientação social, não podendo constar nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal de autoridades ou servidores públicos.

CLÁUSULA NONA – DA VIGÊNCIA

O presente Convênio terá vigência de 12 (doze) meses, contados a partir de 30/12/2024 até 29/12/2025, podendo haver prorrogação por iguais períodos, se houver acordo entre as partes, até o limite estabelecido em lei.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A cada exercício financeiro, a continuidade da prestação de serviço ficará condicionada à existência de dotação orçamentária para fazer face às despesas dele decorrentes.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA DENÚNCIA

Este Convênio poderá ser denunciado por inadimplemento de quaisquer de suas cláusulas ou condições, ou pela superveniência de norma legal ou evento que o torne material ou formalmente inexequível, quando constatadas pelo menos uma das seguintes situações:

I – Utilização de recursos em desacordo com as normas constantes deste instrumento.

II – Quando as partes não cumprirem a contento suas obrigações, degradando o padrão de qualidade dos serviços prestados ou demonstrando incapacidade operacional.

III – Quando o CONVENENTE suspender o resarcimento dos gastos, salvo por motivo de caso fortuito ou força maior devidamente justificados e acordados pelo CONVENIADO.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – O presente Convênio também poderá ser denunciado por qualquer das partes, mediante notificação expressa com antecedência mínima de 180 (cento e oitenta) dias, ficando o denunciante obrigado a cumprir todas as obrigações assumidas até o término do prazo fixado, inclusive no caso de processamento e encaminhamento posterior dos gastos despendidos com atendimentos ocorridos no prazo da notificação ou eventual prorrogação deste Convênio.

I – Ocorrendo a denúncia, por qualquer das partes, os atendimentos realizados durante a vigência do Convênio, os realizados posteriormente a data da denúncia, bem como os atendimentos decorrentes de tratamento continuado, pré-natal ou pré-operatório, e os que necessitem de atenção especial serão faturados e repassados ao CONVENENTE.

II – Os beneficiários que estejam impossibilitados de transferência por questões médicas, permanecerão internados ou em continuidade com seus tratamentos ambulatoriais, até que a transferência seja configurada como segura.

- a) Todas as despesas geradas em decorrência da continuidade de tais tratamentos serão faturadas e repassadas para o CONVENENTE.

PARÁGRAFO SEGUNDO – Em qualquer das hipóteses de denúncia do presente Convênio, a partir da notificação, o CONVENIADO se responsabiliza pela comunicação do ato à rede de credenciados e o CONVENENTE, pela comunicação aos seus beneficiários.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO FORO

Para dirimir eventuais conflitos oriundos do presente Convênio, é competente o foro da Justiça Federal, Seção Judiciária do Distrito Federal, por força do Art. 109, I da Constituição Federal.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

Aplicam-se à execução do presente Contrato a Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021 e demais normas legais pertinentes.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA PUBLICAÇÃO

O CONVENENTE encaminhará o extrato do presente Convênio para publicação no Diário Oficial da União.

Justas e acordadas, as partes assinam o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual forma e teor.

BRASÍLIA, 19 de dezembro de 2024.

CONVENIADO
SIDNEY SOARES FILHO

CONVENENTE
MAURO LIMEIRA MENA BARRETO

ANEXO I - Custo mensal com auditoria médica, técnica e administrativa

DESPESAS FIXAS	Valor Unitário	Quantidade de Beneficiários	Valor Total JAN/2025
Custo com pessoal e despesas administrativas	R\$ 8,19	16.122	R\$ 132.039,18
Custo com processamento de dados	R\$ 1,16	16.122	R\$ 18.701,52
Custo com auditoria - DF, GO, MT, MS e MG	R\$ 4,85	14.390	R\$ 69.791,50
Custo com auditoria - SP, PR, SC e RS	R\$ 5,99	518	R\$ 3.102,82
Custo com auditoria - AC, AM, RO, RR, AP, PA, TO, MA, PI, CE, RN, PB, AL, SE, BA, ES e RJ	R\$ 4,84	1.214	R\$ 5.875,76

ANEXO II - Custo mensal com auditoria externa

ITEM	SERVIÇO	ABRANGÊNCIA	VALOR UNITÁRIO (R\$) REGIÃO 1	VALOR UNITÁRIO (R\$) REGIÃO 2	VALOR UNITÁRIO (R\$) REGIÃO 3
1	AUDITORIA CONCORRENTE/BEIRALEITO na sede dos prestadores hospitalares da rede credenciada, por internação no mês	Prestadores da rede credenciada sediados nos municípios relacionados no APENSO I	R\$ 93,05	R\$ 78,83	R\$ 84,54
2	AUDITORIA CONCORRENTE/BEIRALEITO na sede dos prestadores hospitalares da rede credenciada, por internação no mês	Demandada pela CAIXA em prestadores da rede credenciada sediados nos estados da abrangência contratual, em municípios NÃO relacionados no APENSO I	R\$ 81,18	R\$ 95,07	R\$ 94,93
3	VISITA TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO DO PAD E PERÍCIA MÉDICA DOMICILIAR	Municípios relacionados no APENSO I	R\$ 123,03	R\$ 118,54	R\$ 119,06
4	VISITA TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO DO PAD E PERÍCIA MÉDICA DOMICILIAR	Demandado pela CAIXA nos estados da abrangência contratual, em municípios NÃO relacionados no APENSO I	R\$ 103,04	R\$ 99,28	R\$ 99,97
5	AUDITORIA RETROSPECTIVA DO PRONTUÁRIO MÉDICO E AUDITORIA DE FECHAMENTO DE CONTAS por conta hospitalar de Internação, total ou parcial, contempladas todas as assistências e despesas referente ao mesmo atendimento, fechada pelo prestador e auditada, inclusas todas as assistências e despesas do beneficiário no período referência	Prestadores da rede credenciada sediados nos municípios relacionados no APENSO I	R\$ 53,08	R\$ 78,83	R\$ 72,44
6	AUDITORIA RETROSPECTIVA DO PRONTUÁRIO MÉDICO E AUDITORIA DE FECHAMENTO DE CONTAS por conta hospitalar (ambulatorial ou pronto socorro), contempladas todas as assistências e despesas referente ao mesmo atendimento, fechada pelo prestador e auditada, inclusas todas as assistências e despesas do beneficiário no período referência	Prestadores da rede credenciada sediados nos municípios relacionados no APENSO I	R\$ 11,80	R\$ 11,37	R\$ 11,90
7	AUDITORIA RETROSPECTIVA DO PRONTUÁRIO MÉDICO E AUDITORIA DE FECHAMENTO DE	Demandada pela CAIXA em prestadores da rede	R\$ 53,08	R\$ 51,15	R\$ 51,20

	CONTAS por conta hospitalar de Internação, total ou parcial, contempladas todas as assistências e despesas referente ao mesmo atendimento, fechada pelo prestador e auditada, inclusas todas as assistências e despesas do beneficiário no período referência	credenciada sediados nos estados da abrangência contratual, em municípios NÃO relacionados no APENSO I			
8	AUDITORIA RETROSPECTIVA DO PRONTUÁRIO MÉDICO E AUDITORIA DE FECHAMENTO DE CONTAS por conta hospitalar (ambulatorial ou pronto socorro), contempladas todas as assistências e despesas referente ao mesmo atendimento, fechada pelo prestador e auditada, inclusas todas as assistências e despesas do beneficiário no período referência	Demandada pela CAIXA em prestadores da rede credenciada sediados nos estados da abrangência contratual, em municípios NÃO relacionados no APENSO I	R\$ 5,43	R\$ 5,24	R\$ 5,35

APENSO I

REGIÃO 1: São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul

MUNICIPIO	UF
CURITIBA	PR
MARINGÁ	PR
NOVO HAMBURGO	RS
PORTO ALEGRE	RS
FLORIANÓPOLIS	SC
JOINVILLE	SC
CAMPINAS	SP
CARAPICUIBA	SP
JUNDIAÍ	SP
MAUÁ	SP
OSASCO	SP
PIRACICABA	SP
RIBEIRÃO PIRES	SP
RIBEIRÃO PRETO	SP
SANTO ANDRÉ	SP
SÃO BERNARDO DO CAMPO	SP
SÃO JOSE DO RIO PRETO	SP
SÃO JOSE DOS CAMPOS	SP
SÃO PAULO	SP
SOROCABA	SP

REGIÃO 2: Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Minas Gerais

MUNICIPIO	UF
BRASÍLIA	DF
GOIÂNIA	GO
BELO HORIZONTE	MG
JUIZ DE FORA	MG
CAMPO GRANDE	MS
CUIABÁ	MT

REGIÃO 3: Acre, Amazonas, Roraima, Rondônia, Amapá, Pará, Tocantins, Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Bahia, Espírito Santo e Rio de Janeiro

MUNICIPIO	UF
MACEIÓ	AL
MANAUS	AM
MACAPÁ	AP
SALVADOR	BA
FORTALEZA	CE
SERRA	ES
VILA VELHA	ES
VITÓRIA	ES
SÃO LUÍS	MA
BELÉM	PA
JOÃO PESSOA	PB
OLINDA	PE
RECIFE	PE
TERESINA	PI
DUQUE DE CAXIAS	RJ
NITERÓI	RJ
RESENDE	RJ
RIO DE JANEIRO	RJ
NATAL	RN
PORTO VELHO	RO
ARACAJU	SE
PALMAS	TO