



SENADO FEDERAL

CONVÊNIO DE RECIPROCIDADE Nº 339/2025

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

O **SENADO FEDERAL**, CNPJ/MF sob o nº 00.530.279/0001-15, com sede na Praça dos Três Poderes, em Brasília-DF, CEP 70165-900, doravante denominado **CONVENENTE**, neste ato representado por sua Diretora-Geral, **ILANA TROMBKA**, portadora do RG nº 2.188.073 SSP/DF e CPF 742.707.450-53 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 por sua Diretora Executiva, a Sra. **CINTIA LIMA GONÇALVES TEIXEIRA**, portadora do RG nº 4385827 SESP DF e CPF nº 093.889.327-06, celebram o presente **CONVÊNIO**, com fundamento na Lei nº 8.112/1990, na Lei nº 9.656/1998, na Lei nº 13.303/2016, 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, a prevenção de





SENADO FEDERAL

- doenças e o aprimoramento dos 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.





SENADO FEDERAL

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 que exigir autorização prévia pelo plano de saúde do CONVENIADO será submetido à análise deste, resultando em decisão de autorização ou negativa, conforme os critérios estabelecidos 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.

III – As negativas para autorização de procedimento serão encaminhadas ao CONVENENTE para comunicação ao beneficiário e/ou custeio próprio do procedimento pelo órgão CONVENENTE, caso entenda pertinente.

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 3ª (terceira) opinião, efetuando perícias quando couber.

II – Nos casos de solicitação de emissão de parecer técnico (de 3ª 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.





SENADO FEDERAL

III – Após a concordância do médico assistente e do médico auditor do CONVENIADO, o médico indicado pelo CONVENENTE providenciará o parecer técnico de 3ª 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 ressarcimento dos valores referentes às despesas médico-hospitalares, inclusive odontológicas, ao CONVENIADO, conforme tabela de preços negociada entre o CONVENIADO e a rede credenciada.

PARÁGRAFO DÉCIMO – O CONVENENTE deverá comunicar ao CONVENIADO as alterações que ocorrerem em sua estrutura, a fim de que seja avaliado pelo CONVENENTE a necessidade de ajustes, adequações ou formalização de novo instrumento de convênio.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS RESPONSABILIDADES OPERACIONAIS DO CONVENENTE

PARÁGRAFO PRIMEIRO – Constituem responsabilidades do CONVENENTE:





SENADO FEDERAL

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 do 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 lei autêntica aprovada 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 ressarcimento 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,





SENADO FEDERAL

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 do Senado.

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.

XIII – 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 de 5 (cinco) dias úteis.

XIV – Utilizar o canal oficial de comunicação, FALE CONOSCO, indicado pelo CONVENIADO, para realizar possíveis contestações, atendimento a dúvidas, questionamentos e/ou indicação de profissionais para credenciar.

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), ressarcimento 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.





SENADO FEDERAL

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





SENADO FEDERAL

XII – Analisar as solicitações de autorização prévia referentes aos beneficiários do CONVENENTE e emitir resposta de autorização ou negativa.

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 – Indicar o canal oficial de comunicação, FALE CONOSCO, para a CONVENENTE realizar possíveis contestações, bem como dúvidas, questionamentos, indicação de profissionais para credenciar.

XV – Na preliminar de sua contestação, após o recebimento de 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 dos beneficiários do SIS, dos parlamentares, seus dependentes, ex-parlamentares e seus cônjuges, das contas e participações vigentes, e do recolhimento para fins de seguridade social, assim como dos recursos orçamentários do SENADO, objeto da NOTA DE EMPENHO nº 2025NE4178, de 23 de dezembro de 2025.

PARÁGRAFO ÚNICO – As despesas decorrentes deste CONVÊNIO correrão à conta de Dotação Orçamentária classificada como Programa de Trabalho 01.331.0034.2004.5664 - Assistência Médica e Odontológica aos Servidores Cíveis e seus Dependentes - em Brasília, e, na sua insuficiência, à conta do Fundo de Reserva do SIS.





SENADO FEDERAL

CLÁUSULA SEXTA – DO RESSARCIMENTO DOS CUSTOS AO CONVENIADO

O valor correspondente à utilização da rede credenciada do CONVENIADO pelos beneficiários do CONVENENTE, assim como as demais despesas ou ônus decorrentes, será apurado pelo CONVENIADO e comunicado ao CONVENENTE, que efetuará o repasse do montante devido, nos prazos e condições estabelecidos neste CONVÊNIO.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – O montante previsto no caput será repassado pelo CONVENENTE ao CONVENIADO, mensalmente, 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 XML referente à utilização dos beneficiários do CONVENENTE.

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

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.





SENADO FEDERAL

PARÁGRAFO TERCEIRO – Em caso de não celebração, entre os Convenentes, de novo CONVÊNIO 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 sua rescisão, 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





SENADO FEDERAL

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, novação, 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 17.317 (dezesete mil, trezentos e dezessete) 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.





SENADO FEDERAL

PARÁGRAFO NONO – O CONVENENTE poderá contestar os valores pagos pelos procedimentos, informando as devidas justificativas 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 de faturamento encaminhado 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 ressarcimento 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 ressarcidos 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 necessária a apresentação de ofício que apresente os cálculos que





SENADO FEDERAL

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 necessária a 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, SIS 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 SIS, que indicará o(s) servidor(es) responsável(is) 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.





SENADO FEDERAL

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 30/12/2025, podendo haver prorrogação por iguais períodos, se houver acordo entre as partes, até o limite de sessenta meses.

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

PARÁGRAFO SEGUNDO – São motivos para rescisão do presente Convênio:

I – O inadimplemento de cláusulas pactuadas;

II – A constatação, a qualquer tempo, de irregularidades em sua execução;

III – A verificação de circunstâncias que ensejem a instauração de tomada de contas especial; ou

IV – A ocorrência de caso fortuito ou de força maior que, mediante comprovação, impeça a execução do objeto.

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 CONVENIENTE suspender o ressarcimento 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





SENADO FEDERAL

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.

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 PUBLICAÇÃO

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





SENADO FEDERAL

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

Brasília-DF, 24 de dezembro de 2025.

ILANA TROMBKA
DIRETORA-GERAL DO SENADO FEDERAL

CINTIA LIMA
GONCALVES
TEIXEIRA:09388932706

Assinado de forma digital por
CINTIA LIMA GONCALVES
TEIXEIRA:09388932706
Dados: 2025.12.24 12:23:11 -03'00'

CINTIA LIMA GONÇALVES TEIXEIRA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Testemunhas:

Diretor da SADCON

Coordenador da COPLAC





SENADO FEDERAL

**ANEXO I - PLANO DE TRABALHO – NOVO CONVÊNIO DE RECIPROCIDADE
SIS/SAÚDE CAIXA (2025–2028)**

1. IDENTIFICAÇÃO DO CONVENIADO:

Razão Social: Caixa Econômica Federal
CNPJ: 00.360.305/0001-04
Nome Fantasia: Saúde CAIXA
Endereço: SAUS Qd. 05, Lotes 9/10 – Ed. Matriz II – 6º andar, Brasília/DF – CEP 70070-050
Telefone: (61) 3206-3720
E-mail: gesad@caixa.gov.br

2. IDENTIFICAÇÃO DO CONVENENTE:

Órgão: Senado Federal
Unidade Gestora: Secretaria Integrada de Saúde (SISAUDE)
CNPJ: 00.530.279/0001-15
Endereço: Praça dos Três Poderes, Brasília-DF, CEP 70165-900
Telefone: (61) 3303-5023
E-mail: saude@senado.leg.br

3. CONVÊNIO VIGENTE

O objeto deste Plano de Trabalho está amparado pelo **Convênio de Reciprocidade nº 121/2020**, cuja vigência será encerrada em 29/12/2025, tendo o mesmo objeto ajustado por meio de **novo Termo de Convênio** de igual teor.





SENADO FEDERAL

4. OBJETO

O presente Plano de Trabalho tem por objeto a cooperação técnica e operacional entre o Sistema Integrado de Saúde do Senado Federal (SIS) e o Saúde CAIXA, visando ao:

- a) Compartilhamento da rede credenciada nacional do Saúde CAIXA em todo o território nacional, para utilização pelos beneficiários do SIS;
- b) Troca de informações técnicas e administrativas relacionadas à gestão assistencial e à qualidade do atendimento;
- c) Implementação conjunta de ações de promoção e prevenção em saúde, estudos e auditorias;
- d) Aprimoramento dos modelos de autogestão, assegurando eficiência operacional e sustentabilidade financeira.

5. JUSTIFICATIVA

O Sistema Integrado de Saúde (SIS), atualmente regulamentado pelo Anexo VI do Ato da Comissão Diretora nº 14, de 2022, do Senado Federal, tem por finalidade proporcionar aos servidores ativos e inativos do Senado Federal e a seus dependentes, titulares de pensões instituídas por morte dos servidores efetivos, ativos ou inativos, bem como senadores e ex-senadores e respectivos cônjuges e dependentes devidamente cadastrados, assistência com vistas à prevenção de doenças e à promoção, tratamento, recuperação e manutenção da saúde, mediante modelo associativo fechado, de caráter social, sem fins lucrativos, sob a modalidade de autogestão.

O custeio do SIS ocorre por meio de recursos da União, alocados ao Senado Federal na Lei Orçamentária Anual (LOA), correspondentes a, no mínimo, 3,5% da dotação orçamentária do exercício para sua despesa total com pessoal e encargos sociais, além de um fundo de reserva, formado por contribuições, participações, receitas de aplicações financeiras, taxas e multas cobradas dos beneficiários.

O SIS se submete ao regime de autogerenciamento, havendo um Conselho de Supervisão, composto também por beneficiários do sistema, com competências definidas no art. 55 do Anexo VI do Ato da Comissão Diretora nº 14, de 2022, do Senado Federal, qualificando-se, portanto, como entidade de autogestão. Por sua vez, o Saúde Caixa, plano de saúde da Caixa Econômica Federal, além de





SENADO FEDERAL

pertencer à administração pública, também é organizado no modelo de autogestão de saúde copatrocinada, da mesma forma que o SIS, que presta assistência médica, hospitalar, laboratorial, radiológica, odontológica, psicológica, fisioterápica, terapêutica ocupacional, serviço social, fonoaudiológica e nutricional, por meio de uma rede de profissionais e entidades credenciadas em todo o país, no modelo de autogestão - modelo em que a própria organização administra o programa de assistência à saúde dos seus empregados e dependentes.

É importante ressaltar que, embora a Caixa Econômica Federal seja uma instituição financeira com natureza jurídica de Empresa Pública, que explora atividade econômica com finalidade lucrativa (área financeira), os serviços prestados pelo Saúde Caixa não se caracterizam como atividade econômica, porquanto não disputam no mercado, isto é, não têm finalidade lucrativa. Prestam, ao reverso, assistência a seus funcionários e ex-funcionários.

Logo, deve-se fazer a distinção entre a atividade fim da Caixa, de natureza lucrativa, com a atividade de assistência à saúde prestada por meio do Saúde Caixa. Destarte, podemos concluir que o SIS e o Saúde Caixa são entidades congêneres de autogestão, e ambos não têm finalidade lucrativa.

Nos moldes previstos no parágrafo único do art. 21 da Resolução Normativa (RN) nº 137/2006 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar, com a redação que lhe deu a RN nº 272/2011:

Art. 21 A entidade de autogestão deverá operar por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, cuja administração será realizada de forma direta.

§1º É facultada a contratação ou celebração de convênio quanto à rede de prestação de serviços de entidade congênera ou de outra operadora de modalidade diversa, (. . .).

Imperioso esclarecer que o convênio firmado com a Caixa tem por objetivo principal a ampliação dos profissionais e estabelecimentos de saúde aptos a prestarem serviços aos beneficiários do SIS. Frise-se que o SIS não tem a mesma capacidade de credenciar profissionais notadamente fora do





SENADO FEDERAL

Distrito Federal sem a celebração dessa avença, nem tampouco operar a malha de pagamentos a centenas de novos credenciados em todo o Brasil.

O SIS possui cerca de 17.000 vidas incluindo servidores comissionados, efetivos, pensionistas, senadores e ex-senadores, podendo sofrer alteração, para mais ou menos, em quantidade e faixa etária, em razão de nomeações, aniversários, nascimentos, falecimentos, separações e exonerações.

A cooperação entre o Saúde Caixa e o SIS visa propiciar maior economia e eficiência aos planos, pois aquele não comercializa seu plano de saúde no mercado, apenas disponibiliza sua rede credenciada para utilização dos servidores do Senado. Por evidente, existem despesas de atos vinculados, direta ou indiretamente, à utilização da rede credenciada do Saúde Caixa pelos beneficiários do SIS. O repasse dos custos com a utilização da rede de profissionais e prestadores de serviços de saúde consiste apenas em reembolso entre os partícipes para cobrir despesas pelo uso da rede alheia, como por exemplo taxas de administração, inexistindo gastos que reflitam vantagem remuneratória.

Adicionalmente a isso, o aperfeiçoamento técnico, por meio da realização de estudos e pesquisas e outras atividades proporciona melhoria do sistema de saúde dos convenentes. Assim, a troca de conhecimentos e a expertise adquirida ao longo do tempo propicia aperfeiçoamento mútuo nos processos de gestão.

Em um modelo de licitação em que fossem adotadas regras semelhantes às hoje praticadas no convênio com o Saúde Caixa, alguns problemas poderiam surgir. Inicialmente, haveria um potencial aumento de custo para o Senado, uma vez que o Saúde Caixa não tem fins lucrativos. Em segundo momento, pode haver dificuldades em se encontrar entidades privadas que oferecessem exclusivamente o serviço de compartilhamento de sua rede credenciada e de faturamento, como ocorre hoje com a Caixa, sem o pagamento do prêmio correspondente. Para tal, o alcance/capilaridade em território nacional e interesse em compartilhar a rede credenciada com esta Casa já são reconhecidos na Caixa. O fato de haver cerca de 20% de nossos beneficiários residentes fora do DF, estando distribuídos em todos os demais estados da Federação, reforça ainda mais a exclusividade do Saúde Caixa nesse contexto.

Esse tipo de convênio confere liberdade aos convenentes para gerir seus planos de acordo com as necessidades existentes, com manutenção do foco na atenção integral à saúde. Por outro lado,





SENADO FEDERAL

beneficia os convenentes com maior volume de atendimentos na rede credenciada, ampliando o poder de negociação com os profissionais, clínicas e hospitais.

Assim, o acordo baseia-se na comunhão de interesses entre o Saúde Caixa e o SIS, que visam, na união de suas forças, a atingir uma finalidade comum – prestação de serviços de assistência à saúde aos seus beneficiários. Além das similaridades entre as operadoras e os mútuos benefícios apresentados, as convenentes utilizam a mesma plataforma tecnológica como ferramenta de gestão de informação (Benner Sistemas). Isso já facilita a troca de informações e o compartilhamento de dados devido a compatibilidade de sistemas e processos informacionais.

Desse modo, o ajuste se fundamenta na convergência de interesses entre as convenentes, despidos de interesse lucrativo ou pretensão de vantagem econômica, com benefícios mútuos aos usuários de ambos os planos.

6. DAS METAS E RESULTADOS A SEREM ATINGIDOS

- a) Melhoria da qualidade da assistência à saúde de seus beneficiários;
- b) Aperfeiçoamento mútuo nos processos de trabalho;
- c) Fortalecimento da autogestão, com ações que incentivem a promoção de saúde e prevenção de doenças e aprimorem os planos de saúde oferecidos pelas filiadas;

7. DO CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Trata-se de novo termo de convênio, sendo que após a assinatura do presente convênio as partes necessitarão manter seguintes rotinas:

- a) Ressarcimento de custos: o CONVENIADO encaminhará, mensalmente, no prazo de até 10 (dez) dias úteis, contados a partir do dia subsequente ao do recebimento de ofício a ser encaminhado pelo CONVENIADO, conforme relatório que discrimine o montante utilizado no período de referência, com base no cálculo da prévia do valor que será pago aos prestadores; ou, em caso de impossibilidade operacional, com base no valor dos serviços prestados aos beneficiários do CONVENENTE; ou, em caso





SENADO FEDERAL

de impossibilidade operacional, com base em cálculo da média semanal de utilização apurada nos últimos 6 (seis) meses, conforme parágrafos primeiro e segundo, da cláusula sexta do Termo de Convênio.

8. DA PREVISÃO DE EVENTUAIS RECEITAS E DESPESAS

As despesas decorrentes da presente avença correrão à conta de dotação orçamentária classificada como Programa de Trabalho 01.331.0034.2004.5664 - Assistência Médica e Odontológica aos Servidores, Empregados e seus Dependentes - Nacionais.

Grupo de despesa	Despesa exercícios anteriores (DEA)	Despesa exercício corrente	Previsão demais exercícios
Período considerado	--	30/12/2025 a 31/12/2025	01/01/2026 a 29/12/2026
Custeio (GND 3)	R\$0,00	R\$525.192,19	R\$188.543.995,81
Investimento (GND 4)	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
Impacto por competência	R\$0,00	R\$525.192,19	R\$188.543.995,81
VALOR DA DESPESA A SER AUTORIZADA			R\$189.069.188,00

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Programa de trabalho	01.331.0034.2004.5664 - Assistência Médica e Odontológica aos Servidores Cíveis e seus Dependentes
UGR	020037 - Assistência Médica aos Senadores 020038 - Assistência Médica aos Ex-Senadores 020052 - Senado - Assistência Médica aos Servidores
Fonte de recursos	1000 - Recursos Livres da União 1004 - Assistência à Saúde Suplementar do Servidor e seus Dependentes
Natureza(s) de despesa	339039

9. VIGÊNCIA

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

10. GESTORES DO CONVÊNIO

Em consonância com as diretrizes do ADG nº 14/2022, o modelo esperado de gestão para a presente contratação deve contar com o seguinte corpo técnico: gestor encarregado das questões contratuais, aditativas, ajustes e renovações, da Secretaria Integrada de Saúde do Senado Federal.





SENADO FEDERAL

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

CUSTO MENSAL COM AUDITORIA MÉDICA, TÉCNICA E ADMINISTRATIVA

DESPESAS FIXAS	Valor Unitário	Quantidade de Beneficiários	Valor Total (conforme quantidade de beneficiários)
Custo com pessoal e despesas administrativas	R\$ 9,33	17.317	R\$ 161.567,61
Custo com processamento de dados	R\$ 1,29	17.317	R\$ 22.338,93
Custo com auditoria – DF, GO, MT, MS e MG	R\$ 4,85	14.786	R\$ 71.712,10
Custo com auditoria – SP, PR, SC e RS	R\$ 5,99	343	R\$ 2.054,57
Custo com auditoria – AC, AM, RO, RR, AP, PA, TO, MA, PI, CE, RN, PB, AL, SE, BA, ES e RJ	R\$ 4,84	2.188	R\$ 10.589,92
TOTAL MENSAL			R\$ 268.263,13





SENADO FEDERAL

CUSTO MENSAL COM AUDITORIA EXTERNA – SOB DEMADA

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\$ 102,72	R\$ 87,02	R\$ 88,34
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\$ 89,61	R\$ 104,95	R\$ 99,19
3	VISITA TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO DO PAD E PERÍCIA MÉDICA DOMICILIAR	Municípios relacionados no APENSO I	R\$ 135,84	R\$ 130,86	R\$ 104,46
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\$ 113,75	R\$ 109,60	R\$ 124,41





SENADO FEDERAL

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+C7:C8	R\$ 58,59	R\$ 87,02	R\$ 75,69
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\$ 13,02	R\$ 12,55	R\$ 12,43
7	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	Demandada pela CAIXA em prestadores da rede credenciada sediados nos estados da abrangência contratual, em municípios NÃO relacionados no APENSO I	R\$ 58,59	R\$ 56,46	R\$ 53,50





SENADO FEDERAL

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\$ 5,99	R\$ 5,78	R\$ 5,59
---	--	---	----------	----------	----------

*PAD – Programa de Assistência Domiciliar

CONTRATADO					1º Revisão Preços			
Início	02/12/2023	QTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR mensal	01/04/2025	QTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR mensal
Fim	01/12/2025				01/12/2025			
Região 1	Auditoria Concorrente/ Beira Leito	378,00	93,05	R\$ 35.172,90	Região 1	378,00	R\$ 102,72	R\$ 38.828,16
	Auditoria Concorrente/ Beira Leito (não)	10,00	81,18	R\$ 811,80		10,00	R\$ 89,61	R\$ 896,10
	Auditoria Concorrente (relacionados no	49,00	616,38	R\$ 30.202,62		49,00	R\$ 680,45	R\$ 33.342,05
	Auditoria concorrente (não relacionados no	9,00	905,52	R\$ 8.149,68		9,00	R\$ 999,65	R\$ 8.996,85
	Visita técnica de acompanhamento do PAD e	25,00	123,05	R\$ 3.076,25		25,00	R\$ 135,84	R\$ 3.396,00
	Visita técnica de acompanhamento do PAD e	11,00	103,04	R\$ 1.133,44		11,00	R\$ 113,75	R\$ 1.251,25
	Auditoria retrospectiva e auditoria de	771,00	53,08	R\$ 40.924,68		771,00	R\$ 58,59	R\$ 45.172,89
	Auditoria retrospectiva e auditoria de	11696,00	11,80	R\$ 138.012,80		11696,00	R\$ 13,02	R\$ 152.281,92
	Auditoria retrospectiva e auditoria de	15,00	53,08	R\$ 796,20		15,00	R\$ 58,59	R\$ 878,85
	Auditoria retrospectiva e auditoria de	3,00	5,43	R\$ 16,29		3,00	R\$ 5,99	R\$ 17,97
	Visita técnica de credenciamento (Apenso I)	5,00	123,65	R\$ 618,25		5,00	R\$ 136,50	R\$ 682,50
	Visita técnica de credenciamento (não)	2,00	154,25	R\$ 308,50		2,00	R\$ 170,28	R\$ 340,56
	Elaboração de quesitos judiciais	2,00	435,27	R\$ 870,54		2,00	R\$ 480,52	R\$ 961,04
Perícia presencial judicial	1,00	286,64	R\$ 286,64	1,00	R\$ 316,43	R\$ 316,43		
Vigência	24,00			R\$ 260.380,59	8,00			R\$ 287.362,57
Valor Mensal				R\$ 260.380,59	Valor Mensal			R\$ 287.362,57
Valor Acréscimo				R\$ -	Valor Acréscimo			R\$ -
Valor Descréscimo				R\$ -	Valor Descréscimo			R\$ -
Valor Aditamento				R\$ -	Valor Aditamento			R\$ 215.855,84
Valor da Vigência 02/12/2023 ate 01/12/2025				R\$ 6.249.134,16	Valor da Vigência 02/12/2023 ate 01/12/2025			R\$ 6.464.990,00
Valor Global Contrato Atualizado				R\$ 6.249.134,16	Valor Global Contrato Atualizado			R\$ 6.464.990,00
Percentual de Acréscimo				0,00%	Percentual de Acréscimo			0,00%
Percentual de Decréscimo				0,00%	Percentual de Decréscimo			0,00%
Percentual de ACRÉSCIMO Acumulado				0,00%	Percentual de ACRÉSCIMO Acumulado			0,00%
Percentual de DECRÉSCIMO Acumulado				0,00%	Percentual de DECRÉSCIMO Acumulado			0,00%
Valor dispêndio revisão de preços				R\$ -	Valor dispêndio revisão de preços			R\$ 215.855,84
Percentual variação revisão de preços				0,00%	Percentual variação revisão de preços			3,45%
Garantia - 30 dias -5%				R\$ 312.456,71	Garantia - 30 dias -5%			R\$ 10.792,79





SENADO FEDERAL

CONTRATADO					2ª TA Revisão Preços			
Início	10/12/2023	QTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR mensal	01/04/2025	QTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR mensal
Fim	09/12/2025				09/12/2025			
Região 2	Auditoria Concorrente/ Beira Leito	428,00	78,83	R\$ 33.739,24	Região 2	428,00	R\$ 87,02	R\$ 37.244,56
	Auditoria Concorrente/ Beira Leito (não)	10,00	95,07	R\$ 950,70		10,00	R\$ 104,95	R\$ 1.049,50
	Auditoria Concorrente (relacionados no	32,00	299,06	R\$ 9.569,92		32,00	R\$ 330,15	R\$ 10.564,80
	Auditoria concorrente (não relacionados no	9,00	900,78	R\$ 8.107,02		9,00	R\$ 994,42	R\$ 8.949,78
	Visita técnica de acompanhamento do PAD e	114,00	118,54	R\$ 13.513,56		114,00	R\$ 130,86	R\$ 14.918,04
	Visita técnica de acompanhamento do PAD e	5,00	99,28	R\$ 496,40		5,00	R\$ 109,60	R\$ 548,00
	Auditoria retrospectiva e auditoria de	820,00	78,83	R\$ 64.640,60		820,00	R\$ 87,02	R\$ 71.356,40
	Auditoria retrospectiva e auditoria de	6610,00	11,37	R\$ 75.155,70		6610,00	R\$ 12,55	R\$ 82.955,50
	Auditoria retrospectiva e auditoria de	10,00	51,15	R\$ 511,50		10,00	R\$ 56,46	R\$ 564,60
	Auditoria retrospectiva e auditoria de	3,00	5,24	R\$ 15,72		3,00	R\$ 5,78	R\$ 17,34
	Visita técnica de credenciamento (Apenso I)	3,00	119,14	R\$ 357,42		3,00	R\$ 131,52	R\$ 394,56
	Visita técnica de credenciamento (não)	1,00	148,63	R\$ 148,63		1,00	R\$ 164,08	R\$ 164,08
	Elaboração de quesitos judiciais	2,00	419,40	R\$ 838,80		2,00	R\$ 463,00	R\$ 926,00
Perícia presencial judicial	1,00	276,19	R\$ 276,19	1,00	R\$ 304,90	R\$ 304,90		
Vigência	24,00		R\$ 208.321,40	8,00		R\$ 229.958,06		
Valor Mensal			R\$ 208.321,40	Valor Mensal		R\$ 229.958,06		
Valor Acréscimo			R\$ -	Valor Acréscimo		R\$ -		
Valor Decréscimo			R\$ -	Valor Decréscimo		R\$ -		
Valor Aditamento			R\$ -	Valor Aditamento		R\$ 173.093,28		
Valor da Vigência 10/12/2023 ate 09/12/2025			R\$ 4.999.713,60	Valor da Vigência 10/12/2023 ate 09/12/2025		R\$ 5.172.806,88		
Valor Global Contrato Atualizado			R\$ 4.999.713,60	Valor Global Contrato Atualizado		R\$ 5.172.806,88		
Percentual de Acréscimo			0,00%	Percentual de Acréscimo		0,00%		
Percentual de Decréscimo			0,00%	Percentual de Decréscimo		0,00%		
Percentual de ACRÉSCIMO Acumulado			0,00%	Percentual de ACRÉSCIMO Acumulado		0,00%		
Percentual de DECRÉSCIMO Acumulado			0,00%	Percentual de DECRÉSCIMO Acumulado		0,00%		
Valor dispêndio revisão de preços			R\$ -	Valor dispêndio revisão de preços		R\$ 173.093,28		
Percentual variação revisão de preços			0,00%	Percentual variação revisão de preços		3,46%		
Garantia - 30 dias -5%			R\$ 249.985,68	Garantia - 30 dias -5%		R\$ 8.654,66		





SENADO FEDERAL

1ª TA - REVISÃO DE PREÇO - VALOR INICIAL ATUALIZADO				
Início	09/10/2024			
Fim	02/12/2025			
REGIÃO 3	SERVIÇOS	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR MENSAL
	Auditoria Concorrente/ Beira Leito (relacionados no Apenso I)	399	R\$ 88,34	R\$ 35.247,66
	Auditoria Concorrente/ Beira Leito (não relacionados no Apenso I)	10	R\$ 99,19	R\$ 991,90
	Auditoria concorrente (relacionados no Apenso I)	43	R\$ 532,68	R\$ 22.904,38
	Auditoria concorrente (não relacionados no Apenso I)	15	R\$ 933,19	R\$ 13.997,85
	Visita técnica de acompanhamento do PAD e perícia médica domiciliar (não relacionados no Apenso I)	85	R\$ 124,41	R\$ 10.574,85
	Visita técnica de acompanhamento do PAD e perícia médica domiciliar (Apenso I)	9	R\$ 104,46	R\$ 940,14
	Auditoria retrospectiva e auditoria de fechamento de contas- internação	892	R\$ 75,69	R\$ 67.515,48
	Auditoria retrospectiva e auditoria de fechamento de contas- ambulatorial ou pronto socorro	6.290	R\$ 12,43	R\$ 78.184,70
	Auditoria retrospectiva e auditoria de fechamento de contas- internação (não relacionados no Apenso I)	10	R\$ 53,50	R\$ 535,00
	Auditoria retrospectiva e auditoria de fechamento de contas- ambulatorial ou pronto socorro (não relacionados no Apenso I)	3	R\$ 5,59	R\$ 16,77
	Visita técnica de credenciamento (Apenso I)	5	R\$ 112,30	R\$ 561,50
	Visita técnica de credenciamento (não relacionados no Apenso I)	2	R\$ 142,25	R\$ 284,50
	Elaboração de quesitos judiciais	2	R\$ 435,47	R\$ 870,94
	Perícia presencial judicial	1	R\$ 311,05	R\$ 311,05
TOTAL VALOR MENSAL				R\$ 232.936,72

APENSO I

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

MUNICÍPIO	UF
CURITIBA	PR
MARINGÁ	PR
NOVO HAMBURGO	RS
PORTO ALEGRE	RS





SENADO FEDERAL

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

MUNICÍPIO	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

MUNICÍPIO	UF
MACEIÓ	AL
MANAUS	AM






SENADO FEDERAL

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



 O documento foi assinado por:

Nathália Villela Ventura Guimarães Ferreira	26/12/2025 11:46:12	
FELIPE ORSETTI PRADO	26/12/2025 12:04:06	
ILANA TROMBKA	26/12/2025 14:25:45	

A assinatura digital deste documento é Válida e Confiável.

Para obter mais informações sobre o certificado usado para assinar digitalmente o documento clique em Detalhes.