

Proc. Administrativo 27- 041/2026

De: Dennison M. - GRH

Para: GLC - Gerência de Licitações e Contratos - A/C Severino S.

Data: 13/05/2026 às 18:14:54

Setores envolvidos:

GAS, DTC, GLC, GCC, DAF, GJU, GOR, PRES, GRH

Contratação da prestação de serviços continuados de Plano/Seguro coletivo privado de Assistência à Saúde Médico-Hospitalar, com obstetrícia, para os Diretores e Empregados, com extensão aos dependentes legais, sem coparticipação e abrangência nacional

Prezado **Severino Augusto Barros Sousa - GLC**

Segue análise do pedido de impugnação.

Att.

—

Dennison Silva de Melo

Analista de Processos Organizacionais

Gerência de Recursos Humanos - GRH

Anexos:

Resposta_ao_pedido_de_impugnacao_Plano_de_Saude.pdf

Prezados,

Apresento análise do pedido de impugnação ao edital LIC-e 007/2026, apresentado pela Unimed:

a) DA ILEGALIDADE DA INDICAÇÃO NOMINAL DE PRESTADORES

A contratação de plano de saúde para empregados exige a garantia de acesso efetivo e oportuno a serviços hospitalares de média e alta complexidade, com capacidade de resposta adequada a eventos críticos, especialmente nas hipóteses de urgência/emergência, internações e procedimentos cirúrgicos de alta complexidade. Tal requisito decorre do dever de planejamento e da definição de requisitos da contratação com base na melhor solução para atendimento do interesse público, assegurando qualidade, continuidade e segurança assistencial.

O Termo de Referência estabelece requisitos de desempenho e qualidade compatíveis com a necessidade institucional, vedadas exigências impertinentes ou desproporcionais, mas admitidas aquelas indispensáveis à adequada execução do objeto e à mitigação de riscos assistenciais. Nesse sentido, a Lei nº 14.133/2021 proíbe restrições injustificadas à competitividade, ao mesmo tempo em que permite a fixação de requisitos pertinentes ao objeto, desde que motivados e necessários.

Adicionalmente, no âmbito regulatório da saúde suplementar, a operadora deve manter rede assistencial capaz de atender beneficiários nos prazos regulamentares, assegurando acesso e continuidade da assistência, o que reforça a essencialidade da rede hospitalar como elemento central do serviço contratado.

A exigência de hospitais gerais multidisciplinares, com Pronto-Socorro 24h, UTI (adultos e suporte correlato), internações em apartamentos individuais e estrutura para procedimentos cirúrgicos de alta complexidade, fundamenta-se nos seguintes critérios técnicos:

3.1. Capacidade instalada e resolutividade: a assistência em alta complexidade demanda disponibilidade de leitos (incluindo UTI), equipes multiprofissionais, centro cirúrgico e retaguarda diagnóstica avançada (imagem e laboratório), a fim de garantir resolutividade clínica e cirúrgica em casos tempo-dependentes.

3.2. Tempos de resposta e risco assistencial: em eventos agudos (IAM, AVC, politrauma, sepse, emergências cirúrgicas), o desfecho clínico é sensível ao tempo; logo, a rede deve assegurar pronto atendimento com estrutura adequada no próprio município, reduzindo atrasos de acesso e riscos de descontinuidade assistencial.

3.3. Continuidade do cuidado e redundância assistencial: exigir, no mínimo, 2 (dois) hospitais com tais atributos na cidade de João Pessoa confere redundância operacional, mitigando riscos de indisponibilidade pontual (superlotação, bloqueio de leitos, indisponibilidade de UTI, contingências operacionais ou suspensões temporárias), mantendo a continuidade do atendimento em patamar compatível com a necessidade do público beneficiário.

O Estudo Técnico Preliminar (ETP) contemplou levantamento das alternativas de rede hospitalar local, considerando: (i) capacidade instalada e serviços efetivamente disponíveis para alta complexidade; (ii) disponibilidade de pronto-socorro e UTI; (iii) aptidão para cirurgias especializadas e suporte diagnóstico avançado; (iv) histórico de disponibilidade/fluxo assistencial na praça; e (v) mitigação de riscos de acesso por indisponibilidade de leitos e picos de demanda.

Com base nesse levantamento, concluiu-se que, no mercado local, a manutenção do padrão mínimo de qualidade assistencial almejado requer que a rede contemple, pelo menos, 2 (dois) hospitais de referência em alta complexidade dentre os estabelecimentos listados, por reunirem atributos estruturais e operacionais compatíveis com: pronto atendimento, retaguarda de UTI, internações e capacidade cirúrgica especializada.

A exigência de “mínimo de 2 dentre 4” não tem por finalidade direcionar a contratação a determinada operadora, mas assegurar que o serviço contratado possua rede hospitalar com capacidade e resolutividade suficientes para atender o público beneficiário com segurança, qualidade e continuidade, sobretudo em cenários críticos e tempo-dependentes. Tal medida é proporcional ao risco assistencial envolvido, ao porte do universo de beneficiários e à necessidade de redundância de acesso em alta complexidade no município.

Ressalta-se que a exigência permanece vinculada a critérios técnicos de desempenho e qualidade, e sua motivação encontra respaldo no planejamento da contratação e no dever de definir requisitos pertinentes ao objeto, em consonância com os princípios da razoabilidade, proporcionalidade, eficiência e competitividade.

Para preservar o caráter competitivo do certame e evitar a imposição de ônus desnecessário aos licitantes, não será exigida na fase de habilitação a apresentação de contratos/credenciamentos com prestadores. A comprovação documental da rede assistencial será solicitada exclusivamente ao licitante vencedor, na etapa de apresentação da documentação para assinatura do contrato.

Esse desenho procedimental está alinhado ao entendimento consolidado pelo Tribunal de Contas da União de que é vedada a inclusão de exigências de habilitação/pontuação que imponham custos não necessários anteriormente à celebração do contrato (Súmula TCU 272), ao mesmo tempo em que assegura que, antes da formalização contratual, a Administração verifique objetivamente o atendimento integral aos requisitos assistenciais definidos no TR.

Diante do exposto, a exigência prevista no item 8.4.2 é tecnicamente motivada, proporcional aos riscos assistenciais e necessária para garantir qualidade, continuidade e segurança do serviço contratado, especialmente no tocante à alta complexidade em João Pessoa. Ademais, a comprovação da rede será requerida apenas do vencedor antes da assinatura do contrato, preservando a competitividade do certame e evitando ônus indevido aos licitantes.

b) **DA ADEQUAÇÃO DAS REGRAS DE REEMBOLSO À RN Nº 566/2022 DA ANS**

O item 8.3.3 do Termo de Referência estabelece que o reembolso integral será devido em conformidade com a RN ANS nº 566/2022, nas hipóteses descritas nos itens “a” a “e”, as quais se restringem a situações de falha na garantia de atendimento — notadamente inexistência de prestador no município da demanda, indisponibilidade de prestador para atendimento nos prazos regulamentares ou não viabilização do agendamento dentro dos prazos máximos definidos pela Resolução.

Nessas circunstâncias, o reembolso integral não se confunde com o mecanismo de livre escolha de prestadores, pois decorre do descumprimento das obrigações de garantia de atendimento e se aplica quando o beneficiário for obrigado a arcar com os custos do atendimento, nos termos do art. 10 da RN nº 566/2022.

c) **DO CONTATO PRÉVIO E LIMITES DE COBERTURA (ROL ANS E ABRANGÊNCIA)**

O Termo de Referência, em consonância com a Resolução Normativa ANS nº 566/2022, prevê reembolso quando houver falha na garantia de atendimento, caracterizada pelo descumprimento das providências previstas para as hipóteses de indisponibilidade ou inexistência de prestador no município da demanda, bem como pelo não cumprimento dos prazos máximos regulamentares.

Nessas situações, caso o beneficiário seja obrigado a arcar com os custos do atendimento, o reembolso deverá ser realizado de forma integral, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da solicitação, inclusive quanto às despesas de transporte quando cabíveis.

A concessão do reembolso deverá estar condicionada à comprovação do efetivo pagamento e dos elementos que evidenciem o descumprimento da garantia de atendimento (por exemplo, registros de tentativa de agendamento, resposta/encaminhamento inadequado e protocolos de atendimento).

O contato prévio com a operadora é uma medida recomendável para viabilizar as alternativas de atendimento e para fins de registro e rastreabilidade (inclusive com emissão de número de protocolo), não constituindo, contudo, requisito obrigatório estabelecido pela RN nº 566/2022, devendo ser orientado e amplamente divulgado pelas operadoras aos seus beneficiários.

Ademais, os itens 8.1.1 e 8.1.2, bem como seus subitens, estabelecem de forma expressa a abrangência e o rol de coberturas nos termos da RN nº 465/2021 e suas atualizações (ou outra norma que venha a substituí-la).

d) **DAS REGRAS DE URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E CARÊNCIAS**

O subitem 8.1.3.3 do Termo de Referência estabelece carência de 24 (vinte e quatro) horas, contadas a partir da vigência do beneficiário, para atendimentos de urgência e/ou emergência, inclusive os decorrentes de complicações no processo gestacional, em conformidade com o prazo máximo previsto na Lei nº 9.656/98 e com as orientações da ANS.

Ressalta-se que os prazos de carência definidos na legislação e divulgados pela ANS constituem limites máximos, de modo que a operadora poderá, por liberalidade, praticar carências inferiores às previstas normativamente.

Adicionalmente, a cobertura de urgência e emergência durante o cumprimento de carências deve observar as regras específicas da Resolução CONSU nº 13/1998, cujas disposições variam conforme a segmentação assistencial contratada (por exemplo, plano ambulatorial e/ou hospitalar) e podem impactar a extensão da cobertura no período de carência.

Assim, a ausência de menção expressa à Resolução CONSU nº 13/1998 no Termo de Referência não afasta sua incidência: quando aplicável, a execução contratual deverá respeitar integralmente a regulamentação vigente e as normas expedidas pelos órgãos competentes.



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: FC5F-9A48-610B-3C90

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ DENNISON SILVA DE MELO (CPF 052.XXX.XXX-77) em 13/05/2026 18:15:35 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://pbgas.1doc.com.br/verificacao/FC5F-9A48-610B-3C90>