

LICITAÇÃO ELETRÔNICA Nº 007/2026
RESPOSTA A IMPUGNAÇÃO AO EDITAL

A UNIMED JOÃO PESSOA - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, inscrita no CNPJ sob o nº 08.680.639/0001-77, registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 32.104-4, apresentou, tempestivamente, impugnação contra o ato convocatório da **Licitação Eletrônica nº 007/2026**, que tem por objeto a “*CONTRATAÇÃO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE PLANO/SEGURO COLETIVO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO-HOSPITALAR, CONFORME ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DETALHADAS NO ANEXO 2 – TERMO DE REFERÊNCIA*”.

A – DAS RAZÕES DA IMPUGNAÇÃO

Em síntese, a impugnante impugna o Edital da LIC-e 007/2026, no que diz respeito

a:

- i. Questiona a legalidade da exigência prevista no item 8.4.2 do Termo de Referência, que estabelece a necessidade de disponibilização de, no mínimo, 2 (dois) hospitais dentre os estabelecimentos indicados no referido dispositivo;
- ii. Protesta contra as disposições relativas ao reembolso integral previsto no item 8.3.3 do Termo de Referência, sob alegação de incompatibilidade com a Resolução Normativa ANS nº 566/2022;
- iii. Alega suposta ausência de delimitação quanto à abrangência das coberturas e necessidade de previsão obrigatória de contato prévio com a operadora para fins de reembolso;
- iv. Cita omissão quanto à aplicação da Resolução CONSU nº 13/1998 nas hipóteses de urgência, emergência e carência.

Ao final de sua peça recursal, a impugnante “*requer o integral provimento da presente impugnação, com a consequente adequação do instrumento convocatório aos princípios da legalidade, impessoalidade, competitividade, razoabilidade, segurança jurídica e seleção da proposta mais vantajosa para a Administração Pública*”.

A Gerência de Recursos Humanos da PBGÁS – GRH, área demandante da contratação, apresentou manifestação técnica detalhada acerca dos pontos suscitados, cujos fundamentos passam a integrar a presente decisão, por motivação *aliunde*, nos termos da jurisprudência consolidada acerca da validade da fundamentação administrativa remissiva.

É o que importa relatar.

B – DA ADMISSIBILIDADE

Conhece-se da impugnação apresentada, porquanto tempestiva e formalmente regular.

C – DOS FUNDAMENTOS

Com o intuito de analisar detidamente todas as teses levantadas pela impugnante, passa-se a analisar os pontos apresentados na peça de impugnação ao Edital.

Inicialmente, cabe destacar que todo procedimento licitatório da PBGÁS deve ser processado e julgado em consonância com o art. 31 da Lei 13.303/16, *in verbis*:

“As licitações realizadas e os contratos celebrados por empresas públicas e sociedades de economia mista destinam-se a assegurar a seleção da proposta mais vantajosa, inclusive no que se refere ao ciclo de vida do objeto, e a evitar operações em que se caracterize sobrepreço ou superfaturamento, devendo observar os princípios da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da eficiência, da probidade administrativa, da economicidade, do desenvolvimento nacional sustentável, da vinculação ao instrumento convocatório, da obtenção de competitividade e do julgamento objetivo.”

Ressalta-se aqui que a Minuta do Edital utilizada foi previamente analisada pela Gerência Jurídica da PBGÁS, com respaldo da Área Requisitante quanto aos requisitos técnicos das cláusulas ali dispostas.

C.1 – DA ALEGADA ILEGALIDADE DA INDICAÇÃO NOMINAL DE PRESTADORES

Sustenta a impugnante que a exigência constante do item 8.4.2 do Termo de Referência configuraria restrição indevida à competitividade ao exigir a disponibilização de hospitais específicos na cidade de João Pessoa/PB. Tal alegação não merece prosperar.

O item 8.4.2 do Termo de Referência, Anexo 2 do Edital, traz o seguinte:

8.4. Rede credenciada

(...)

8.4.2. Na cidade de João Pessoa, a operadora deverá possuir, em sua rede credenciada ou própria, hospitais gerais de natureza multidisciplinar que tenham em sua infraestrutura de Pronto Socorro, UTI, Internações em apartamentos individuais e Procedimentos Médicos cirúrgicos de alta complexidade, dentre os quais deverá conter, no mínimo, 2 (dois) dos hospitais abaixo indicados:

- a) Hospital Memorial São Francisco;
- b) Hospital Alberto Urquiza Wanderley;
- c) Hospital Clinepa;
- d) Hospital Nossa Senhora das Neves.

A exigência estabelecida no Termo de Referência decorre diretamente do planejamento da contratação e da definição técnica dos requisitos mínimos necessários à adequada execução do objeto, especialmente diante da natureza sensível dos serviços contratados, relacionados à assistência suplementar à saúde de empregados e dependentes da PBGÁS.

A Administração Pública, inclusive no âmbito das contratações regidas pela Lei nº 13.303/2016, possui discricionariedade técnica para definição das características e padrões mínimos de desempenho e qualidade necessários à satisfação do interesse público, desde que observados os princípios da razoabilidade, proporcionalidade, motivação e competitividade.

No caso concreto, a exigência prevista no item 8.4.2 não decorre de preferência subjetiva ou direcionamento mercadológico, mas da necessidade objetiva de assegurar rede hospitalar com efetiva capacidade operacional e resolutividade assistencial compatíveis com a complexidade do objeto contratado.

A definição das características mínimas da rede assistencial integra a esfera de discricionariedade técnica da Administração, especialmente quando vinculada à mitigação de riscos assistenciais, continuidade do atendimento e garantia de resolutividade compatível com a complexidade do objeto.

Conforme manifestação técnica da Gerência de Recursos Humanos – GRH, a exigência encontra fundamento nos critérios técnicos a seguir relacionados:

- a) a necessidade de atendimento de média e alta complexidade;
- b) a disponibilidade de pronto atendimento 24 horas;
- c) a existência de leitos de UTI e estrutura hospitalar apta à realização de procedimentos cirúrgicos de maior complexidade;
- d) a continuidade da assistência;
- e) a mitigação de riscos decorrentes de indisponibilidade temporária de leitos, superlotação, contingências operacionais ou restrições momentâneas de atendimento.

A contratação em questão não visa apenas assegurar cobertura formal de procedimentos, mas garantir efetiva capacidade de acesso assistencial em situações críticas e tempo-dependentes, especialmente nos casos de urgência e emergência, nos quais o tempo de resposta representa fator determinante para preservação da vida e mitigação de riscos clínicos. Nesse contexto, a previsão de rede hospitalar apta a suportar eventos de alta complexidade constitui requisito diretamente relacionado ao objeto contratado e ao dever de planejamento da Administração.

O Edital da LIC-e 007/2026 exige em sua Qualificação Técnica o seguinte:

11.3.3.4 - Declaração do próprio licitante, segundo modelo do Anexo H, de disponibilidade de rede própria ou credenciada em cumprimento às exigências previstas neste edital, especialmente as previstas no Anexo 2 - Termo de Referência.

Ou seja: na fase de habilitação exige-se apenas declaração formal de disponibilidade da rede, sendo a comprovação documental detalhada exigida apenas do licitante vencedor. A exigência estabelecida não impõe exclusividade de credenciamento com determinado prestador específico, tampouco restringe previamente a participação de licitantes no certame. Ao contrário, a comprovação documental da rede assistencial somente será exigida do licitante vencedor, preservando-se integralmente a competitividade do procedimento licitatório e evitando-se a imposição de ônus desnecessários aos participantes durante a fase competitiva. Tal modelagem encontra consonância com o entendimento consolidado do na Súmula 272/2012¹ do Tribunal de Contas da União, especialmente no que se refere à vedação de exigências desnecessárias ou excessivamente onerosas na fase de habilitação.

Assim, verifica-se que a exigência prevista no item 8.4.2 do Termo de Referência encontra-se tecnicamente motivada, possui pertinência direta com o objeto licitado e revela-se proporcional aos riscos assistenciais inerentes à contratação, não havendo ilegalidade ou restrição indevida à competitividade. Pelo exposto, julga-se **IMPROCEDENTE** a impugnação em seu ponto **i**.

C.2 – DA ADEQUAÇÃO DAS REGRAS DE REEMBOLSO À RN Nº 566/2022 DA ANS

O segundo ponto (**ii.**), impugnante UNIMED João Pessoa sustenta que as hipóteses de reembolso integral previstas no item 8.3.3 do Termo de Referência seriam incompatíveis com a Resolução Normativa ANS nº 566/2022. Também neste ponto não merece prosperar a insurgência.

O item 8.3.3 do Termo de Referência, em comento, traz o seguinte:

8.3. Do Custeio e do Reembolso

(...)

8.3.3 Em conformidade com a RN/ANS 566/2022, caberá aos beneficiários o reembolso integral, ou seja, de 100% (cem por cento) das despesas efetuadas com consultas, exames, honorários médicos e serviços hospitalares, com medicamentos e materiais utilizados durante o período de internação e com as demais taxas hospitalares, nas seguintes hipóteses:

a) Despesa efetuada nas localidades em que a operadora de plano coletivo ou seguro coletivo privado não dispuser de rede médico-hospitalar, laboratorial e serviços complementares ao diagnóstico e terapia credenciada, referenciada ou própria;

¹ Súmula nº 272/2012 TCU: No edital de licitação, é vedada a inclusão de exigências de habilitação e de quesitos de pontuação técnica para cujo atendimento os licitantes tenham de incorrer em custos que não sejam necessários anteriormente à celebração do contrato

b) Em situações de greve, paralisações ou outras que impeçam o atendimento pela rede própria, referenciada ou credenciada da operadora de plano coletivo ou seguro coletivo privado;

c) Nos casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços na rede própria, credenciada ou referenciada da operadora de plano coletivo ou seguro coletivo privado, aqueles como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente;

d) Quando ocorrer indisponibilidade do serviço na rede credenciada ou referenciada da operadora de plano coletivo ou seguro coletivo privado por qualquer razão, independentemente da localidade, sendo direito ao reembolso suspenso após a formalização do restabelecimento do atendimento, exceto nos casos de tratamentos sequenciados com as terapias que não possam ser interrompidos;

e) Quando a operadora não conseguir agendar o atendimento dentro dos prazos definidos na RN/ANS 566/2022 (ex: 7 dias para consultas básicas, 14 dias para especialistas, 21 dias para cirurgias eletivas) e o beneficiário for forçado a pagar particular por falta de opção na rede.

Ou seja: o Termo de Referência prevê hipóteses bem específicas de reembolso, vinculadas à falha na garantia de atendimento pela operadora, especialmente nas situações de: inexistência de prestador apto no município da demanda; indisponibilidade de atendimento nos prazos regulamentares e ainda a não viabilização do atendimento nos prazos máximos previstos pela regulamentação da ANS.

Portanto, o reembolso previsto no instrumento convocatório não se confunde com mecanismo irrestrito de livre escolha de prestadores. Ao contrário, trata-se de medida associada ao descumprimento das obrigações regulatórias de garantia de atendimento impostas às operadoras de saúde suplementar, em conformidade com a própria sistemática prevista na RN ANS nº 566/2022.

A regulamentação da ANS estabelece deveres relacionados à garantia de atendimento adequado e oportuno aos beneficiários, inclusive quanto à observância dos prazos máximos para realização de consultas, exames, procedimentos e internações. Dessa forma, configurada eventual falha da operadora em assegurar o atendimento nos moldes regulamentares, mostra-se legítima a previsão de reembolso integral das despesas suportadas pelo beneficiário.

Não procede, portanto, a alegação **ii.** de incompatibilidade normativa suscitada pela impugnante.

C.3 – DO CONTATO PRÉVIO COM A OPERADORA E DA ABRANGÊNCIA DAS COBERTURAS

A impugnante UNIMED João Pessoa sustenta, ainda, que o Termo de Referência não teria estabelecido de forma adequada a necessidade de contato prévio com a operadora para

fins de reembolso, bem como não teria delimitado corretamente as coberturas assistenciais. Novamente, sem razão.

O Termo de Referência estabelece, de forma expressa, que as coberturas observarão as disposições da regulamentação aplicável da Agência Nacional de Saúde Suplementar, inclusive a RN nº 465/2021 e suas atualizações.

Além disso, a previsão de reembolso constante do item 8.3.3 está condicionada à demonstração da falha na garantia de atendimento, mediante comprovação documental pertinente, incluindo registros de tentativa de agendamento, protocolos e demais elementos aptos à verificação da ocorrência.

Quanto ao contato prévio com a operadora, verifica-se que a RN nº 566/2022 não estabelece tal providência como requisito absoluto e exclusivo para caracterização das hipóteses de reembolso decorrentes de falha assistencial. Trata-se, evidentemente, de procedimento recomendável e desejável para fins de rastreabilidade e tentativa de solução administrativa, circunstância inclusive reconhecida pela própria área técnica demandante.

Todavia, não encontra amparo normativo transformar referido procedimento operacional em condição impeditiva absoluta ao direito de reembolso em hipóteses de comprovada falha na garantia assistencial.

Logo, não há inconsistência normativa no Termo de Referência quanto ao ponto **iii.** suscitado na impugnação.

C.4 – DAS REGRAS DE URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E CARÊNCIAS

No tocante às alegações relacionadas à Resolução CONSU nº 13/1998, igualmente não assiste razão à impugnante.

O subitem 8.1.3.3 do Termo de Referência prevê expressamente carência de 24 (vinte e quatro) horas para atendimentos de urgência e emergência, em conformidade com os limites estabelecidos na Lei nº 9.656/1998 e na regulamentação da ANS.

Além disso, as normas regulatórias expedidas pelos órgãos competentes integram automaticamente o regime jurídico da contratação, independentemente de transcrição literal de todas as disposições normativas no instrumento convocatório.

Assim, eventual aplicabilidade da Resolução CONSU nº 13/1998 ocorrerá naturalmente no curso da execução contratual, conforme a segmentação assistencial contratada e as hipóteses concretamente incidentes.

Não há, portanto, qualquer omissão apta a comprometer a legalidade do certame conforme alegado no item **iv.** da peça de impugnação.

D – DA CONCLUSÃO E DECISÃO

CONCLUSÃO

Diante do exposto, considerando os fundamentos técnicos apresentados pela Gerência de Recursos Humanos, os princípios aplicáveis às contratações públicas e a adequação das disposições editalícias à legislação e à regulamentação pertinente, não se verificando qualquer ilegalidade capaz de justificar alteração do instrumento convocatório. Assim,

DECIDE-SE:

- a) conhecer da impugnação apresentada pela Unimed João Pessoa, por tempestiva;
- b) no mérito, **NEGAR-LHE PROVIMENTO**, mantendo-se integralmente os termos do Edital LIC-e 007/2026 e respectivos anexos.

Esse é o entendimento que se apresenta, salvo melhor juízo.

João Pessoa, 14 de maio de 2026.

Severino Augusto Barros Sousa

Agente de Licitação