



ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR Nº 10/2026

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 58, DE 08 DE AGOSTO DE 2022

Processo Administrativo nº 2026.14.30049662

1. Informações Básicas:

1.1. Este documento apresenta os estudos técnicos preliminares, onde será avaliada a contratação pretendida, demonstrando os elementos e as informações essenciais que servirão para embasar a elaboração do Termo de Referência, quando for considerada viável, de modo a melhor atender aos interesses e as necessidades do Creci/MS, em observância às normas vigentes e aos princípios que regem a Administração Pública.

Fundamentação: Lei 14.133/2021, art. 18, § 1º
IN SEGES 58/2022, art. 9º
Lei 6.514/1977 - PCMSO
Portaria MTB nº 3.214/1978

1.2. A proposta feita pelo fornecedor, será para 1 grupo com os 02 (dois) itens com o menor valor global, não cabendo o parcelamento dos lances.

1.3. O prazo de vigência da contratação é de 05 (cinco) anos, contados da assinatura do contrato, na forma dos artigos 105 e 107 da Lei nº14.133 de 2021.

1.4. O quantitativo inicialmente indicado no Documento de Formalização de Demanda – DFD considerou exclusivamente o número de servidores ativos do CRECI/MS, atualmente correspondente a 34 colaboradores.

1.5. Contudo, considerando que o objeto da contratação contempla não apenas os titulares, mas também a possibilidade de inclusão de seus respectivos dependentes, conforme previsto no próprio DFD, faz-se necessária a ampliação do quantitativo estimado de beneficiários para fins de planejamento da contratação.

1.6. Dessa forma, o quantitativo total foi ajustado para 41 vidas, incluindo titulares e dependentes, tratando-se de estimativa para assegurar a adequado dimensionamento da contratação, não configurando obrigação de adesão integral, mas apenas previsão para fins licitatórios e orçamentários.





2. Descrição da Necessidade:

2.1. A presente contratação tem por objeto a prestação de serviços continuados de plano de saúde com assistência à saúde e assistência odontológica, na modalidade de plano empresarial coletivo, destinados aos servidores do Conselho Regional de Corretores de Imóveis da 14ª Região – CRECI/MS, com cobertura estadual, rede credenciada qualificada, plano de saúde sem coparticipação, e plano odontológico completo.

2.2. A contratação visa garantir a prestação de serviços especializados em atenção médica e odontológica, alinhada aos princípios da eficiência e da valorização do servidor público.

2.3. O plano de assistência à saúde deverá possuir abrangência regional, compreendendo a totalidade do território do Estado de Mato Grosso do Sul, com ampla rede credenciada, especialmente nos municípios-polo do estado, e deverá ser ofertado na modalidade sem coparticipação, garantindo ao servidor livre acesso aos serviços contratados sem cobrança adicional no momento da utilização.

2.4. O plano de assistência odontológica, igualmente coletivo e empresarial, deverá possuir cobertura regional e contemplar a integralidade dos procedimentos previstos no rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Odontológica da ANS, com prioridade para ações preventivas e de manutenção da saúde bucal, além de ampla rede credenciada.

2.5. A contratação tem por objetivo assegurar a prestação de serviços especializados de saúde e odontologia, voltados à promoção do bem-estar físico e mental dos servidores, à prevenção de agravos e à melhoria contínua das condições de trabalho e qualidade de vida no âmbito do CRECI 14ª REGIÃO/MS.

2.6. Esta demanda fundamenta-se na Lei Federal 14.133/2021, que estabelece diretrizes gerais para licitações e contratos administrativos, visando assegurar os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência na gestão pública.

3. Área requisitante:

Área Requisitante: **Gestão de Conformidade**

Responsável pela Formalização da Demanda: **Guilherme Rubens Arcanjo Hinze**

4. Descrição dos Requisitos da Contratação:

4.1. As características e especificações do objeto da referida contratação são:





4.1.1. Registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): É imprescindível que a empresa operadora de planos de saúde e do plano odontológico. Esse registro confirma sua autorização legal para atuar no mercado de saúde suplementar, assegurando o cumprimento das normas e regulamentações do setor.

4.1.2. Cobertura Abrangente: O plano deve oferecer cobertura para consultas, exames, internações, procedimentos cirúrgicos e atendimentos de urgência e emergência, garantindo que os servidores e seus dependentes tenham acesso a uma gama completa de serviços médicos.

4.1.3. Rede Credenciada: É essencial que o plano possua uma rede credenciada ampla e diversificada, incluindo hospitais, clínicas e profissionais de saúde de qualidade, permitindo que os beneficiários escolham os prestadores de serviços que melhor atendam às suas necessidades.

4.1.4. Sem Coparticipação: O plano será contratado sem a exigência de coparticipação em consultas, exames e procedimentos, o que representa um benefício significativo para os servidores, evitando custos adicionais que poderiam impactar o orçamento familiar. Essa condição é essencial para assegurar que todos os colaboradores tenham acesso pleno aos serviços de saúde, sem barreiras financeiras.

4.1.5. Atendimento Preventivo: O plano deve incluir programas de saúde preventiva, como check-ups regulares, campanhas de vacinação e acompanhamento de doenças crônicas, promovendo a saúde e o bem-estar dos beneficiários e reduzindo a incidência de doenças mais graves.

4.1.6. Suporte e Atendimento ao Cliente: É fundamental que a operadora do plano ofereça um serviço de atendimento ao cliente eficiente, com canais de comunicação acessíveis e suporte para esclarecimento de dúvidas e resolução de problemas. Além de procedimentos de ouvidoria e reclamações.

4.1.7. A empresa deverá possuir um escritório e/ou posto para atendimento na cidade onde está a CONTRATANTE para prestar auxílio, regularizar documentos, fornecer guias de exames e realizar outras atividades necessárias que sejam solicitadas pelos usuários.

4.1.8. Caso não possua escritório na localidade poderá manter canal virtual para atendimento.

4.1.9. A Credenciada deverá possuir Central de Atendimento funcionando 24 (vinte e quatro) horas por dia, inclusive aos sábados, domingos e feriados, com pessoas habilitadas para informar sobre locais para a realização de exame especializado ou complementar, atendimento de urgência e/ou emergência em hospitais ou clínica odontológica, autorização





para a realização de procedimentos cirúrgicos, clínicas odontológicas, orientações sobre reembolso de despesas, nos termos da Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011 ou qualquer outra que vier a suceder a RN vigente, ou em atendimento de emergência ou urgência, quando não for possível a utilização de serviço próprio, rede credenciada/referenciada ou das congêneres.

4.1.10. Apesar da diversidade de empresas no setor, é importante ressaltar que, devido à distribuição específica do quadro funcional no Estado do Mato Grosso do Sul.

4.1.11. O CRECI/MS arcará com o pagamento integral da mensalidade do Plano de Saúde e Odontológico Empresarial que vier a ser contratado aos seus funcionários ativos os quais serão considerados usuários titulares, sem qualquer coparticipação por parte do usuário titular e de seu dependente em virtude da utilização dos procedimentos. O usuário titular irá reembolsar o CRECI/MS sobre o valor da mensalidade do Plano de Saúde Empresarial de seu dependente;

4.1.12. A empresa vencedora da licitação deverá manter atualizada a lista de médicos e clínicas autorizados nas áreas específicas que serão mencionadas ao longo do documento, além de uma relação de médicos e clínicas autorizados que atendam, pelo menos, nos municípios de Campo Grande/MS, Dourados/MS e Três Lagoas/MS, sem considerar a extensão da cobertura, para atender ao que está estipulado neste documento de formalização de demanda;

4.1.13. São considerados BENEFICIÁRIOS para efeito do objeto a ser contratado, o BENEFICIÁRIO TITULAR e seus respectivos dependentes, devidamente relacionados pela Coordenadoria Contábil-Financeira do CRECI/MS, conforme regulamentos internos do CRECI 14ª REGIÃO/MS.

4.1.14. A decisão e a determinação do número de empregados/dependentes que serão gerados durante a duração do contrato são de responsabilidade única do CRECI/MS, sendo incluídos no total da quantia orçamentária disponível. A inclusão do colaborador e de seus dependentes no Programa de Saúde Corporativa será realizada através de uma declaração explícita e voluntária.

4.2. O prazo de vigência inicial da presente contratação será de 5 (cinco) anos, considerada da data de assinatura do respectivo instrumento de ajuste; podendo ser prorrogada, nas hipóteses e nos termos dos arts. 105 e seguintes da Lei 14.133/21.

5. Uma vez autorizada, a contratação pretendida deverá possuir previsão e adequação orçamentária e financeira com o orçamento vigente, necessariamente demonstrada, e em compatibilidade com as diretrizes e metas definidas nas ferramentas de planejamento





aprovadas em 31 de outubro de 2025, através do ATO Nº 011/2025 - 232ª Sessão Plenária – 6ª da Gestão 2025 / 2027.

6. Levantamento de Mercado:

6.1. Foram analisadas contratações similares feitas por outras entidades, por meio de consultas no Banco de Preços, com o intuito de identificar a existência de novas metodologias, tecnologias ou inovações que melhor atendessem às necessidades da Administração e as identificadas, quando possível e consideradas viáveis, foram incorporadas na contratação em análise. Constatou-se, inclusive, que para a realização de despesas semelhantes ao objeto do presente estudo técnico, diversas entidades públicas efetivam a contratação de forma análoga à que se pretende adotar pela Administração, cumprindo as regras e exigências legais e normativas.

6.2. O valor estimado é resultante de pesquisa de preços de contratações públicas semelhantes, realizada no sítio eletrônico www.bancodepreços.gov.br, em 21/04/2026.

6.3. A metodologia utilizada foi a Média Aritmética dos preços obtidos.

6.4. A partir do levantamento de mercado, foram identificadas as seguintes alternativas como modelos de assistência à saúde: a contratação de plano de saúde coletivo do tipo empresarial e a implementação de planos de autogestão.

5.4.1. Plano de Saúde e Odontológico Coletivo Empresarial: Consiste na contratação de uma operadora de plano de saúde devidamente registrada na ANS (Agência Nacional de Saúde), com o propósito de oferecer assistência suplementar à saúde. Este modelo está em conformidade com a Lei nº 9.656/98, que regulamenta os planos de saúde, estabelecendo a amplitude e os tipos de cobertura permitidos.

5.4.2. Os modelos de contratação para a solução são classificados como pré-pago e pós-pago. No pré-pagamento, o Contratante paga um valor mensal por vida, podendo incluir ou não coparticipação adicional, quando os beneficiários utilizam os serviços. O reajuste ocorre após 12 (doze) meses, seguindo o contrato estabelecido (índice de inflação, sinistralidade, etc.). A fatura mensal tende a se estabilizar até o próximo reajuste, e o risco de utilização indevida do plano é absorvido pela operadora contratada.

5.4.3. Destaca-se que o plano pode envolver coparticipação nos serviços utilizados, com definição de um valor fixo ou um percentual do serviço utilizado, aplicável de forma integral ou parcial. Nos planos sem coparticipação, apenas as mensalidades são pagas, sem custos adicionais pela utilização dos serviços. Vale ressaltar que, nessa opção, as mensalidades tendem a ser mais elevadas para compensar a ausência de coparticipação.

5.4.4. Os planos pós-pagos, também conhecidos como Custo Operacional, implicam a cobrança de uma taxa mensal por vida, baseada no percentual de uso. Todos os custos





gerados pelos beneficiários são repassados ao Contratante pela operadora. Nesse tipo de contratação, há necessidade de uma estrutura adicional no órgão para analisar os custos gerados e evitar o uso desenfreado dos serviços de saúde, evitando a inviabilização orçamentária ou a sobrecarga financeira dos usuários. Essa modalidade pode não ser a mais viável devido à incerteza quanto ao valor das faturas, que variam mensalmente devido ao grau de utilização.

5.4.5. Em síntese, a diferença entre os modelos reside quando a empresa reconhece as despesas geradas na data base do reajuste contratual (pré - pagamento) ou ao longo do ano, conforme são pagas e repassadas pela administradora do plano (pós - pagamento).

5.4.6. **As vantagens da solução:** incluem o conhecimento histórico de riscos provenientes de um processo licitatório dessa natureza. O Conselho não precisará alterar sua estrutura funcional e processos de trabalho para executar as atividades administrativas relacionadas ao gerenciamento de um plano de saúde. Quanto às desvantagens, destaca-se a concorrência limitada devido à escassez de prestadores com as competências necessárias para esse serviço.

5.4.7. **Autogestão em Saúde:** É uma modalidade de assistência à saúde com gestão própria e sem fins lucrativos. O órgão patrocina o benefício aos seus agentes públicos, já os dependentes ficam a cargo do usuário. No sistema de autogestão, o órgão é responsável pela implantação do plano de assistência à saúde, o que pode resultar em melhoria na qualidade do atendimento e redução das despesas com assistência médica.

5.4.8. Nessa solução, a instituição deve estabelecer com os funcionários o formato do plano, definir o credenciamento das redes médicas, abrangência, especialidade, limites de utilização, períodos de carência e a presença ou não de coparticipação.

5.4.9. Vantagens incluem um plano em conformidade com as características e necessidades do órgão, com controle de custos confiável. Desvantagens compreendem a necessidade de alto investimento inicial para estruturar serviços e custos, responsabilização significativa do órgão e escassez de gerenciadores especializados. A justificativa para não escolher essa solução se baseia na administração direta de todos os aspectos relacionados à implementação e suporte do plano de saúde, exigindo alto investimento financeiro e de tempo para adequar a estrutura e etapas necessárias. Além disso, a formação de uma equipe multidisciplinar específica demanda tempo e recursos para o processo de estruturação.

5.4.10. Frente o exposto fica evidente que o atual formato de contratação adotado pelo Conselho tende ser o mais viável, ou seja, o Plano de Saúde Coletivo Empresarial pré-pago.

7. Descrição da solução como um todo:





7.1. A prestação de serviços de assistência médica, hospitalar, laboratorial e auxiliar de diagnóstico e tratamento, por meio de operadora de plano de saúde e o atendimento pelo plano odontológico, devem ser fornecidos junto aos estabelecimentos comerciais e profissionais habilitados, de acordo com a legislação pertinente, regulamentação da Agência Nacional de Saúde – ANS e do Código de Defesa do Consumidor.

7.2. Especificações mínimas do Plano de Saúde:

7.2.1. O plano de assistência à saúde deverá ter abrangência regional, compreendendo a totalidade do território do Estado de Mato Grosso do Sul, com ampla rede credenciada nos principais municípios do estado (incluindo obrigatoriamente Campo Grande, Dourados, Três Lagoas).

7.2.2. Deverá ser ofertado na modalidade sem coparticipação, garantindo ao beneficiário livre acesso a consultas, exames e procedimentos sem custo adicional no momento da utilização.

7.2.3. A cobertura deverá ser integral e compatível com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, compreendendo, no mínimo:

- Consultas médicas em todas as especialidades reconhecidas pelo CFM;
- Exames laboratoriais e de imagem;
- Internações hospitalares (clínicas, cirúrgicas e obstétricas);
- Cirurgias eletivas e de urgência/emergência;
- Atendimento ambulatorial e hospitalar 24h;
- Atendimento de urgência e emergência em todo o território nacional;
- Terapias (fisioterapia, psicoterapia, fonoaudiologia, entre outras);
- Cobertura de doenças listadas pela OMS e tratamentos relacionados;
- Acompanhamento pré-natal e partos;
- Assistência em saúde mental;
- Transplantes cobertos pela ANS;
- Cobertura para recém-nascidos a partir do nascimento;
- Atendimento por telemedicina, quando disponível.
- O plano de saúde poderá ainda ofertar, como diferencial, a inclusão de procedimento salém do rol obrigatório, tais como: nutrição, quiropraxia, exames genéticos, sessões ilimitadas com psicólogos (a ANS cobre número limitado), acupuntura, entre outros, desde que previamente avaliados quanto à viabilidade orçamentária.

7.3. Especificações mínimas do Plano Odontológico:

7.3.1. O plano de assistência odontológica deverá ter abrangência estadual (Mato Grosso do Sul), com rede credenciada suficiente e adequada à demanda dos servidores,





preferencialmente com prestadores localizados em todas as regiões do Estado de Mato Grosso do Sul (incluindo obrigatoriamente Campo Grande, Dourados, Três Lagoas).

7.3.2. A cobertura deverá incluir, no mínimo, todos os procedimentos constantes no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS, com destaque para:

- Consultas e diagnósticos clínicos;
- Urgência e emergência odontológica;
- Limpezas, profilaxias e aplicação tópica de flúor;
- Radiografias odontológicas (inclusive panorâmicas);
- Tratamentos restauradores (resinas e amálgamas);
- Tratamento de canal (endodontia);
- Tratamentos periodontais (limpezas profundas, raspagens e alisamentos);
- Cirurgias orais menores (exodontias simples e complexas);
- Atendimento preventivo com foco em saúde bucal contínua;
- Procedimentos de manutenção e acompanhamento periódico.

7.3.3. O plano odontológico poderá ainda ofertar, como diferencial, a inclusão de procedimentos além do rol obrigatório, tais como: ortodontia (avaliação e instalação de aparelho), próteses parciais ou totais, clareamento, entre outros, desde que previamente avaliados quanto à viabilidade orçamentária.

7.4. O plano deverá considerar as seguintes definições de usuários:

a) **TITULAR:** é o empregado do CRECI/MS (permanecem os titulares ativos já inscritos no contrato existente).

b) **DEPENDENTE:** podem ser:

i. Cônjuge, sem eventual concorrência com o(a) companheiro(a);

ii. Companheiro(a), havendo união estável sem eventual concorrência do cônjuge;

iii. Filho(a) solteiro(a) com até 21 (vinte e um) anos de idade, ou 24 (vinte e quatro) anos de idade, desde que estejam cursando ensino superior/técnico;

iv. Companheiro ou companheira na união homoafetiva, obedecidos aos mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;

v. Menor sob a guarda judicial ou tutela;

vi. Filho(a) do cônjuge, solteiro e com até 21 (vinte e um) anos de idade, ou 24 (vinte e quatro) anos de idade, desde que estejam cursando ensino superior/técnico;

vii. Filhos incapazes sem limite de idade;

viii. Os dependentes ativos já inscritos no contrato em vigor, independentemente dos critérios constantes dos subitens anteriores.

7.5. Quanto às carências, deve ser observado pela operadora:





- a) Não poderá haver carência aos titulares, bem como de seus dependentes que solicitarem inclusão ao plano em até 60 dias após a assinatura deste Contrato;
- b) Não poderá haver carência aos novos titulares e seus dependentes, que tiverem sua inclusão ao plano solicitada em até 30 dias após a sua contratação ou posse no CRECI/MS;
- c) Não poderá haver carência ao(à) filho(a) de titular que solicitar sua inclusão ao plano em até 30 (trinta) dias após o parto, ou adoção;
- d) Os casos não incluídos nos subitens anteriores estarão sujeitos às seguintes carências, para os respectivos procedimentos:

i) Urgência e Emergência: 24 (vinte e quatro) horas.

I. Emergência são os atendimentos definidos como aqueles que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

II. Urgência são os atendimentos entendidos como resultantes de acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional.

III. Decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato ou adesão ao plano, será garantida a cobertura sem restrições para atendimentos médicos cobertos decorrentes de acidentes pessoais.

ii) Consultas médicas: 30 (trinta) dias.

iii) Análises clínicas, exames anatomopatológicos e citológicos (exceto necropsia), raios-X simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultrassonografia: 30 (trinta) dias.

iv) Fisioterapias: 180 (cento oitenta) dias.

v) Consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional: 180 (cento e oitenta) dias.

vi) Demais coberturas (exceto parto a termo): 180 (cento e oitenta) dias.

vii) Parto a termo, assim definidos aqueles que ocorrerem a partir da 37ª semana de gravidez: 300 (trezentos) dias.

e) Os períodos de carência já cumpridos por beneficiário em outro plano de saúde deverão ser aproveitados para redução dos prazos descritos no subitem anterior, após análise da operadora quanto à compatibilidade de cobertura dos planos, de acordo com a RN 438/18 da ANS.

i) Sempre que houver negativa para aproveitamento de cobertura, a operadora deverá encaminhar justificativa por escrito ao CRECI/MS no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas após a decisão.





f) Além das hipóteses descritas nos subitens anteriores, não poderá existir qualquer outro tipo de carência, nem imposição de limitações quanto à idade. Também não poderá haver limites quantitativos ou qualitativos de internação hospitalar e/ou UTI.

7.6. O plano deverá atender às exigências da Lei n.º 9.656/98 e respectivas resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), bem como de cobertura assistencial mínima com as seguintes características:

- a) Consultas médicas em número ilimitado, em todas as especialidades, diretamente nos consultórios dos médicos credenciados;
- b) Consultas médicas de emergência (24 horas - 07 dias por semana), bem como cirurgias de pequeno porte, curativos, aplicação de injeções, inalações, repouso para observações clínicas e serviços afins nos hospitais e pronto-socorro credenciados, conforme legislação e normatização vigentes;
- c) Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, e ainda consultas e sessões de psicoterapia, todas obedecendo ao mínimo regulamentado pela ANS, exceto na hipótese de prescrição médica, devidamente justificada, situação esta em que a operadora deverá prover a cobertura necessária.
- d) Internamento hospitalar clínico e cirúrgico, bem como em centros e unidades de terapia intensiva e isolamento, sem limite de diárias; serviços de enfermagem, nutrição, fisioterapia, taxa de sala de cirurgia e/ou gesso, medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, diálise e hemodiálise, e demais equipamentos e materiais utilizados durante o internamento.
- e) Honorários médicos de cirurgião, clínico, anestesistas, instrumentadores e especialistas;
- f) Atendimento obstétrico, incluindo analgesia do parto, e cobertura assistencial ao recém-nascido, durante os trinta dias após o parto;
- g) Transtornos psiquiátricos e dependência química, bem como a internação hospitalar para estes tratamentos, seguindo a normatização da Resolução do CONSU n.º 11/1998 e suas atualizações;
- h) Tratamento de doenças infectocontagiosas, incluindo síndrome de imunodeficiência adquirida, sem limitação de diárias;
- i) Todo e qualquer exame complementar e/ou auxiliar solicitado pelo médico, incluindo, dentre outros, exame de análise clínica, exames moleculares, anatomopatologia, cito patologia, ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, eco cardiografia, cineangiocoronariográfica, cateterismo, holter, laparoscopia e videolaparoscopia, mamografia, endoscopia e broncoscopia e medicina nuclear;





j) Remoção de pacientes, quando necessário, visando a transferência de hospital. A transferência deverá ser efetuada por meio de ambulância ou UTI móvel, conforme a necessidade do paciente, a ser definida pelo médico responsável;

k) Medicamentos e sessões de quimioterapia e radioterapia, ambulatorial e hospitalar, sem limite do número de sessões;

l) Sessões de fisioterapia, conforme solicitação do médico, sem limite de quantidade.

m) Prótese e órtese relacionadas ao ato cirúrgico, bem como a sua manutenção, restauração e substituição;

n) Transplante de rim e córnea, conforme legislação vigente;

o) Procedimento do tipo *cross-linking* do colágeno da córnea.

No que se referem às acomodações, a operadora deve considerar:

i) Apartamento individual: com banheiro privativo e direito a um acompanhante, independentemente da idade do paciente;

ii) Enfermaria: conforme normas estabelecidas pela ANS, inclusive para acompanhantes de menores e idosos.

iii) O titular poderá optar pelo tipo de acomodação, enfermaria ou apartamento individual, podendo ainda contratara como dação diferente da sua para seus dependentes.

iv) Na hipótese do titular escolher um tipo acomodação diferente do seu para os dependentes, poderá alterá-lo para um padrão superior, desde que assim permaneça por um período não inferior a 12 (doze) meses.

7.7. A operadora deverá garantir o atendimento aos beneficiários de acordo com os prazos máximos estipulados na RN259/2011, RN 395/16 e RN 424/17 da ANS, devendo:

a) Priorizar o atendimento dos casos onde houver risco à saúde do beneficiário, inclusive apresentando alternativas de solução à situação apresentada.

b) Em caso de necessidade de realização de perícia ou auditoria sobre procedimentos médicos-clínico-hospitalares, nos termos da RN 259/2011, sempre que o resultado for pela negativa de cobertura, a operadora deverá encaminhar justificativa por escrito ao CRECI/MS no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas.

7.8. Por ocasião da inclusão no plano, a operadora deverá fornecer, no mínimo:

a) Cartão de identificação (magnético ou com microprocessador) em meio físico ou virtual, contendo impresso a denominação do CRECI/MS e o nome do respectivo beneficiário. Os cartões deverão ser enviados ao CRECI/MS, que por sua vez os encaminhará aos beneficiários, bem como acesso ao cartão virtual do beneficiário e dependentes e demais serviços no Aplicativo. A dispensa da emissão do cartão de identificação magnético só poderá ocorrer mediante autorização do CRECI/MS.





- b) Orientação sobre o funcionamento do Plano de Saúde aos beneficiários titulares do Plano, por meio remoto ou equivalente, com o intuito de demonstrar as peculiaridades operacionais da operadora, prestando esclarecimentos gerais e respondendo aos questionamentos do público;
- c) Manual de orientação para a correta utilização do plano e relação atualizada contendo a rede credenciada, ambos por meio eletrônico e acessível por internet e Aplicativo;
- d) Acesso eletrônico ou por meio do Portal do CRECI/MS ao relatório demonstrativo de todos os serviços que tenha utilizado, incluindo, separadamente, os seus dependentes.

7.9. Todos os procedimentos e coberturas previstos e regulamentados pela Lei 9.656/98, o rol de procedimentos atual da ANS (RN-465/2021), bem como suas eventuais atualizações que resultem em inclusão de novos procedimentos, deverão ser automaticamente incorporadas à cobertura da operadora.

- a) Havendo remoção de procedimentos ou coberturas pelos mesmos instrumentos legais citados acima, estes poderão ser excluídos da cobertura da operadora mediante comunicação prévia ao CRECI/MS, com as respectivas justificativas legais.

7.10. A cobertura dos serviços deverá ser de abrangência regional. Nas localidades onde não haja atendimento médico, hospitalar ou laboratorial credenciado, o usuário do plano terá direito a se utilizar de consultas e/ou procedimentos médicos e hospitalares necessários por qualquer profissional ou hospital local, sendo reembolsado posteriormente pela operadora, conforme prevê a RN 259/11 da ANS.

- a) Mediante a comprovação da despesa efetiva, assim considerado o documento fiscal ou o recibo contendo a descrição do serviço e o valor pago, o reembolso será realizado pelo valor apresentado, cujo limite será o contido na Tabela da operadora
- b) O reembolso deverá ser efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da entrega da comprovação à operadora diretamente ao titular, por intermédio de depósito bancário.

7.11. Por ocasião da suspensão da prestação dos serviços, originada na rescisão ou término da vigência contratual, a operadora estará obrigada a garantir o atendimento do usuário do plano que estiver em tratamento interno (internado) ou em outra condição que represente risco à paralisação do atendimento em andamento. Nas mesmas situações, cabe ainda à operadora providenciar a transferência do plano a nova operadora, sem prejuízo ao CRECI/MS ou ao beneficiário.

7.12. Mensalmente a operadora deverá encaminhar ao CRECI/MS, em meio eletrônico, compatível com o aplicativo Excel, os relatórios que demonstrem as seguintes informações:

- a) Demonstrativo da sinistralidade do contrato, discriminando todas as informações de custos e receitas do período.





b) Demonstrativo de utilizações global:

i) Titular e seus dependentes que utilizaram o plano;

ii) Data do atendimento;

iii) Procedimento realizado;

iv) Prestador de serviços;

v) Quantidade;

vi) Custo.

c) Relatório de custos por categorias:

i) Consultas – quantidade e custo;

ii) Exames simples – quantidade e custo;

iii) Exames complexos – quantidade e custo;

iv) Terapias – quantidades e custo;

v) Internamentos (diárias, taxas, honorários) quantidades e custo.

d) Relatório cadastral: cadastro por família em ordem alfabética, com data de nascimento, sexo, grau dependência, data de inclusão e plano.

e) Outras informações relativas ao contrato e a sua execução que o CRECI/MS venha a entender necessárias, desde que formalmente comunicadas a operadora com 30 (trinta) dias de antecedência.

8. Estimativa do valor da Contratação:

8.1. O CRECI 14ª REGIÃO/MS dispõe atualmente de um quadro com 41 vidas entre funcionários e dependentes. Assim, como o valor da contratação do plano de saúde é por faixa etária, o valor global, estimado para a presente contratação está estimado em R\$ 481.568,64 (quatrocentos e oitenta e um mil e quinhentos e sessenta e oito reais e sessenta e quatro centavos), conforme tabela abaixo:

GRUPO 1					
Item	Especificação	Unidade de medida	Quantidade Estimada (vida)	Preço Mensal	Preço Anual
1	<p>Plano de Saúde - Especificações mínimas do Plano de Saúde:</p> <p>O plano de assistência à saúde deverá ter abrangência regional, compreendendo a totalidade do território do Estado de Mato Grosso do Sul, com ampla rede credenciada nos principais municípios do estado (incluindo obrigatoriamente Campo Grande, Dourados, Três Lagoas).</p>	Vidas	41	R\$38.633,16	R\$463.597,92





	<p>Deverá ser ofertado na modalidade sem coparticipação, garantindo ao beneficiário livre acesso a consultas, exames e procedimentos sem custo adicional no momento da utilização.</p> <p>A cobertura deverá ser integral e compatível com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, compreendendo, no mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Consultas médicas em todas as especialidades reconhecidas pelo CFM;• Exames laboratoriais e de imagem;• Internações hospitalares (clínicas, cirúrgicas e obstétricas);• Cirurgias eletivas e de urgência/emergência;• Atendimento ambulatorial e hospitalar 24h;• Atendimento de urgência e emergência em todo o território nacional;• Terapias (fisioterapia, psicoterapia, fonoaudiologia, entre outras);• Cobertura de doenças listadas pela OMS e tratamentos relacionados;• Acompanhamento pré-natal e partos;• Assistência em saúde mental;• Transplantes cobertos pela ANS;• Cobertura para recém-nascidos a partir do nascimento;• Atendimento por telemedicina, quando disponível.• O plano de saúde poderá ainda ofertar, como diferencial, a inclusão de procedimentos além do rol obrigatório, tais como: nutrição, quiropraxia, exames genéticos, sessões ilimitadas com psicólogos (a ANS cobre número limitado), acupuntura, entre outros, desde que previamente avaliados quanto à viabilidade orçamentária.				
2	<p>Plano Odontológico - Especificações mínimas do Plano Odontológico: O plano de assistência odontológica deverá ter abrangência estadual (Mato</p>	Vidas	41	R\$1.497,56	R\$17.970,72





<p>Grosso do Sul), com rede credenciada suficiente e adequada à demanda dos servidores, preferencialmente com prestadores localizados em todas as regiões do Estado de Mato Grosso do Sul (incluindo obrigatoriamente Campo Grande, Dourados, Três Lagoas). A cobertura deverá incluir, no mínimo, todos os procedimentos constantes no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS, com destaque para:</p> <ul style="list-style-type: none">• Consultas e diagnósticos clínicos;• Urgência e emergência odontológica;• Limpezas, profilaxias e aplicação tópica de flúor;• Radiografias odontológicas (inclusive panorâmicas);• Tratamentos restauradores (resinas e amálgamas);• Tratamento de canal (endodontia);• Tratamentos periodontais (limpezas profundas, raspagens e alisamentos);• Cirurgias orais menores (exodontias simples e complexas);• Atendimento preventivo com foco em saúde bucal contínua;• Procedimentos de manutenção e acompanhamento periódico. <p>O plano odontológico poderá ainda ofertar, como diferencial, a inclusão de procedimentos além do rol obrigatório, tais como: ortodontia (avaliação e instalação de aparelho), próteses parciais ou totais, clareamento, entre outros, desde que previamente avaliados quanto à viabilidade orçamentária.</p>				
---	--	--	--	--

8.2. Demonstrativo por faixa etária:

Faixa etária	Quantidade de funcionários e dependentes
0-18	6
19-23	0
24-28	4
29-33	1
34-38	7





39-43	8
44-48	6
49-53	5
54-58	1
59 ou +	3
Total	41

8.3. Nos termos da norma vigente o valor previamente estimado da contratação deverá ser compatível com os valores praticados pelo mercado, considerados os preços constantes de bancos de dados públicos e orçamentos, levando-se em consideração as quantidades a serem contratadas, observadas a potencial economia de escala e as peculiaridades do local de execução do objeto. Informamos que, relativamente ao procedimento em tela, existe previsão de dotação específica no orçamento vigente, apropriada para a devida execução do objeto a ser contratado, conforme consulta prévia efetuada ao setor responsável.

8.4. A estimativa preliminar do valor da pretensa contratação, acompanhada do respectivo preço unitário referencial e com a indicação dos elementos que lhe dão suporte, constará de anexo classificado a este Estudo Técnico Preliminar - ETP, em decorrência da opção administrativa pelo orçamento estimado, conforme as disposições da Lei 14.133/21.

9. Justificativa para o Parcelamento ou não da Solução.

9.1. Considerados os aspectos e as características da solução que melhor atende aos interesses e as necessidades da Administração, acima detalhada e, ainda, as particularidades e a dinâmica das atividades a serem desenvolvidas, entende-se que sobre o objeto da presente contratação não deve incidir a possibilidade de parcelamento, mesmo no modo formal, não permitindo cotação de quantidade inferior à demandada no ato convocatório, para evitar a ocorrência inviável, no contexto operacional, de mais de um certame ou adjudicatário por item e o consequente prejuízo da economia de escala.

10. Contratações Correlatas e/ou Interdependentes.

10.1. A presente contratação ocorre de forma independente, não dependendo de qualquer outro processo licitatório para que possa surtir seus efeitos capaz de interferir na viabilidade da efetivação desta contratação.

11. Alinhamento entre a Contratação e o Planejamento.





11.1. A contratação está alinhada ao Plano Anual de Contratações e Proposta Orçamentária - Nº 006, aprovado em 31 de outubro de 2025, através do ATO Nº 011/2025 - 232ª Sessão Plenária – 6ª da Gestão 2025 / 2027.

Ordem	TIPO	Classificação	Descrição	PA	ATIVIDADE
12	Serviços	Continuado	Plano de Saúde para os Funcionários do CRECI/MS e seus Dependentes	P 006 - Pessoal	Serviço Terceirizado

12. Benefícios a serem alcançados com a Contratação.

12.1. Atender as exigências legais quanto a Saúde Ocupacional.

12.2. A Administração almeja com a contratação da pretensa solução, em termos de economicidade, eficácia, eficiência e de melhor aproveitamento dos recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis, inclusive com respeito a impactos ambientais positivos, os seguintes resultados:

11.2.1. Em termos de economicidade, a efetivação da melhor contratação viável, especialmente quanto ao melhor custo-benefício, relativamente a:

11.2.1.1. Contratação de empresa especializada em saúde do trabalhador, a fim de fornecer plano de saúde e odontológico.

11.3. Com relação à eficácia, o atendimento de todas as demandas logísticas e funcionais, no suporte às atividades finalísticas da Administração, inerentes aos correspondentes serviços prestados de interesse público.

11.4. Quanto à eficiência, assegurar a continuidade da prestação regular de tais serviços, com demanda notadamente crescente, e do uso racional dos recursos financeiros disponíveis.

11.5. Relativo ao melhor aproveitamento dos recursos humanos, materiais e financeiros, com a contratação em análise, da forma como se apresenta, consideradas as especificações, prazos, quantitativos e demais exigências devidamente definidas - espera-se o regular cumprimento, por parte do interessado que venha a ser contratado, de todas as obrigações e compromissos assumidos, pois, desse modo, não haverá a necessidade de rescisão contratual ou outras sanções em decorrência de inexecução do instrumento de ajuste pactuado, permitindo ao contratante, em vez de envidar esforços para a realização de novo certame destinado a contratação do mesmo objeto, destinar seus recursos humanos, materiais e financeiros para outras atividades fins da Administração.

11.6. Entende-se que a correta execução do objeto da contratação em tela, cuja regularidade será fiscalizada pela Administração, não atenta quanto ao meio ambiente e, principalmente, não acarretará impactos ambientais negativos.





12. Providências a serem adotadas.

12.2. Não há nenhuma necessidade de adaptação direta ao ambiente físico, será utilizado ambiente já existente na unidade para as atividades desta tipologia de serviços.

13. Possíveis Impactos Ambientais.

13.2. Não há impactos ambientais para a Contratante, a atividade objeto desta contratação gerará produção de resíduos enquadrados como resíduos de serviços de saúde, à luz da RDC Anvisa nº. 222/2018. A gestão desses resíduos ficará a cargo da Contratada, conforme disposições expressas no Termo de Referência.

14. Declaração de Viabilidade.

14.1. Com base nas especificações e requisitos da solução escolhida que melhor atende aos interesses e as necessidades da Administração, bem como considerando os elementos obtidos nos estudos preliminares realizados, avalia-se viável a contratação pretendida.

Justificativa da Viabilidade.

14.2. Tendo em vista a disponibilidade deste objeto/solução no mercado e que a continuidade desse tipo de serviço é obrigatória para cumprimento da legislação vigente junto aos empregados, tem-se que é plenamente viável sobre a adequação da contratação para o atendimento da necessidade a que se destina (inciso XIII do § 1º do art. 18 da Lei 14.133/21), posicionamento conclusivo sobre a viabilidade e razoabilidade da contratação. (Art. 7º, inciso XIII da IN 40/2020). Declaro viável esta contratação.

14.3. Os recursos para cobrir as despesas decorrentes da contratação desta licitação são oriundos do Elemento de Despesa – 6.3.1.2.01.01.005: PLANO OU SEGURO DE SAUDE MÉDICO.

16. Responsável

CPF 057.247.661-24	Nome: Guilherme Rubens Arcanjo Hinze	Cargo/Função: Gestor de Conformidade
--------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Documento assinado digitalmente
gov.br GUILHERME RUBENS ARCANJO HINZE
Data: 23/04/2026 17:32:40-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Guilherme Rubens Arcanjo Hinze
Gestor de Conformidade
Creci 14ª Região MS

