



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE ENGENHARIA E AGRONOMIA DA BAHIA - CREA-BA

ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR

Processo: 05.003110/2026-21

Tipo de Processo: Aquisição/Contratação: Bens ou Serviços

Assunto: Operadora de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial

Interessado: Kelly Cristina Dias Carneiro

1. OBJETO

Constitui objeto deste Estudo Técnico Preliminar a análise da viabilidade técnica, operacional e econômica da contratação de operadora de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para a prestação de serviços continuados de assistência à saúde aos empregados do Conselho Regional de Engenharia e Agronomia da Bahia – Crea-BA, bem como aos seus dependentes e agregados elegíveis, compreendendo cobertura ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, laboratorial e terapêutica, incluindo atendimentos eletivos, de urgência e emergência, observadas as coberturas mínimas estabelecidas na Lei nº 9.656/1998, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e nas demais normas aplicáveis, com abrangência nacional para os atendimentos de urgência e emergência, bem como para os casos previstos na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, conforme as condições, requisitos e especificações que serão estabelecidos no Termo de Referência.

A contratação contempla plano de assistência médica com acomodação básica em enfermaria, facultada ao beneficiário a opção por acomodação em apartamento mediante o pagamento da diferença correspondente, além da disponibilização de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, atendimento presencial periódico por preposto da contratada, canais eletrônicos de atendimento, rede credenciada compatível com as necessidades da contratante e demais serviços necessários à adequada execução contratual.

Trata-se de serviço comum, de natureza continuada, sem dedicação exclusiva de mão de obra, cuja contratação será realizada por meio de licitação, na modalidade Pregão.

2. DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

O Conselho Regional de Engenharia e Agronomia da Bahia – Crea-BA necessita manter a prestação continuada de assistência à saúde aos seus empregados, dependentes e agregados elegíveis, por meio de plano privado de assistência à saúde, garantindo atendimento médico-hospitalar, ambulatorial, obstétrico, laboratorial e demais procedimentos previstos na legislação e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Atualmente os serviços são prestados pela operadora Promédica, cujo contrato possui vigência até 25/11/2026, razão pela qual torna-se necessária a realização de novo procedimento licitatório, de modo a assegurar a continuidade da assistência médica aos beneficiários, evitando descontinuidade da cobertura.

A presente contratação está alinhada ao Planejamento Estratégico do Crea-BA, especialmente ao objetivo de promover um ambiente de trabalho inclusivo, saudável e seguro, que valorize a diversidade, o desenvolvimento e a satisfação dos colaboradores, com atenção especial à gestão eficiente das inspetorias. A disponibilização de assistência à saúde aos empregados, dependentes e agregados elegíveis constitui importante instrumento de promoção do bem-estar, da qualidade de vida, da prevenção de agravos à saúde e da valorização das pessoas, contribuindo para a melhoria do ambiente organizacional, para a redução do absenteísmo e para o fortalecimento da política institucional de gestão de pessoas. Ademais, a contratação encontra-se prevista no Plano de Contratações Anual (PCA) de 2026, em conformidade com o planejamento institucional e com o princípio do planejamento previsto na Lei nº 14.133/2021.

A contratação mostra-se necessária para assegurar a continuidade da assistência aos 517 (quinhentos e dezessete) beneficiários vinculados ao plano de saúde institucional, evitando a interrupção da cobertura assistencial, situação que poderia ocasionar prejuízos aos beneficiários em tratamento continuado, aumento da judicialização, impactos na saúde ocupacional, redução da produtividade e comprometimento das atividades finalísticas da Autarquia.

Além da manutenção da assistência médica, a contratação busca aprimorar a qualidade da prestação dos serviços mediante a definição de requisitos técnicos objetivos, indicadores mínimos de desempenho, mecanismos de fiscalização, programas de promoção da saúde, atendimento administrativo aos beneficiários, melhoria da governança contratual e critérios transparentes para reajustes, coparticipação e acompanhamento da sinistralidade.

A manutenção do benefício também constitui importante instrumento de valorização dos empregados, contribuindo para a atração e retenção de profissionais qualificados, alinhando-se às políticas institucionais de gestão de pessoas e ao interesse público.

A elaboração de novo procedimento licitatório decorre da necessidade de substituição do contrato vigente em razão do término de sua vigência, bem como da atualização das especificações técnicas, adequando-as às disposições da Lei nº 14.133/2021, à Lei nº 9.656/1998, às normas vigentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e às boas práticas de contratação adotadas pela Administração Pública.

Na construção do presente Estudo Técnico Preliminar também foram considerados os pedidos de esclarecimento e a impugnação apresentados na licitação anterior, visando aperfeiçoar as especificações técnicas da contratação, reduzir ambiguidades, ampliar a competitividade do certame, conferir maior segurança jurídica ao processo licitatório e fortalecer os mecanismos de gestão e fiscalização contratual.

Dessa forma, a contratação proposta revela-se necessária e adequada ao atendimento do interesse público, assegurando a continuidade da assistência à saúde dos beneficiários, a eficiência da gestão contratual e a obtenção da proposta mais vantajosa para a Administração, observados os princípios da legalidade, eficiência, economicidade, planejamento, transparência e desenvolvimento nacional sustentável previstos na Lei nº 14.133/2021.

3. **HÁ PREVISÃO DA CONTRATAÇÃO NO PLANO DE CONTRATAÇÕES ANUAL?**

(x) Sim () Não

4. **REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO**

4.1. Para atendimento da necessidade identificada, a solução a ser contratada deverá observar, no mínimo, os seguintes requisitos técnicos, operacionais e legais:

4.2. **Dos requisitos legais**

4.2.1. **A operadora deverá:**

I - estar regularmente registrada e autorizada a funcionar pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

II - possuir registro ativo e situação regular perante os órgãos competentes durante toda a vigência contratual;

III - atender integralmente às disposições da Lei nº 9.656/1998, da Lei nº 14.133/2021 e às normas expedidas pela ANS vigentes durante a execução contratual;

IV - manter todas as condições de habilitação jurídica, fiscal, trabalhista, econômico-financeira e técnica durante toda a execução do contrato.

4.3. **Da cobertura assistencial**

4.3.1. A assistência deverá contemplar, no mínimo:

I - consultas médicas em todas as especialidades reconhecidas pela medicina;

II - atendimentos ambulatoriais;

III - exames laboratoriais;

IV - exames complementares;

V - procedimentos diagnósticos;

VI - internações clínicas;

VII - internações cirúrgicas;

VIII - internações obstétricas;

IX - internações em Unidade de Terapia Intensiva – UTI;

X - atendimentos de urgência e emergência;

XI - terapias;

XII - procedimentos de alta complexidade;

XIII - tratamentos oncológicos;

XIV - cobertura para transtornos mentais, conforme legislação vigente;

XV - demais procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

4.4. **Da abrangência**

4.4.1. A solução deverá possuir:

I - A operadora deverá assegurar cobertura assistencial em todo o território nacional para atendimentos de urgência e emergência, bem como atendimento eletivo em toda a Bahia, observando a rede credenciada mínima estabelecida neste estudo e no Termo de Referência;

II - disponibilizar atendimento ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, laboratorial e terapêutico, compreendendo procedimentos eletivos, atendimentos de urgência e emergência e demais coberturas previstas na Lei nº 9.656/1998 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

III - manter rede credenciada suficiente, compatível com a distribuição geográfica da massa assistida e com as necessidades dos beneficiários, observando a rede assistencial mínima estabelecida neste Estudo Técnico Preliminar e no Termo de Referência, sem prejuízo da suficiência da rede exigida pela ANS;

IV - garantir o atendimento aos beneficiários dentro dos prazos máximos estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para consultas, exames, procedimentos, internações e demais serviços cobertos pelo plano, assegurando a continuidade da assistência durante toda a vigência contratual.

V - assegurar a manutenção da rede credenciada apresentada na proposta durante toda a vigência contratual, admitindo a substituição de prestadores apenas por outros tecnicamente equivalentes, localizados no mesmo município ou região de atendimento, de forma a preservar a continuidade e a qualidade da assistência aos beneficiários.

4.5. Da rede credenciada

4.5.1. A operadora deverá possuir rede credenciada suficiente para atendimento dos beneficiários, observando critérios de qualidade, capacidade operacional e distribuição geográfica.

4.5.2. Na hipótese de indisponibilidade ou inexistência de prestador integrante da rede credenciada, deverão ser observadas as normas da ANS relativas à garantia de atendimento, inclusive quanto ao transporte do beneficiário quando aplicável.

4.5.3. A rede credenciada deverá permanecer atualizada durante toda a execução contratual, sendo obrigatória a substituição de prestadores eventualmente descredenciados por outros tecnicamente equivalentes.

4.6. Dos beneficiários

4.6.1. O contrato deverá atender aproximadamente 517 (quinhentos e dezessete) beneficiários, compreendendo:

- I - empregados;
- II - empregados despedidos sem justa causa nos termos do art. 30 e 31 da Lei 9.656/98 e RN 488/2022;
- III - empregados aposentados desligados da empresa;
- IV - dependentes legais;
- V - agregados admitidos pelas normas internas do Crea-BA.

4.6.2. O quantitativo poderá variar durante a execução contratual em razão de admissões, desligamentos, aposentadorias, alterações cadastrais e demais movimentações administrativas.

4.7. Do tipo de acomodação

4.7.1. O plano básico disponibilizado pela Administração deverá possuir acomodação em enfermaria.

4.7.2. Será facultado ao beneficiário optar por plano com acomodação em apartamento, assumindo integralmente o pagamento da diferença de valor correspondente, conforme regras estabelecidas pela contratante.

4.8. Da coparticipação

4.8.1. A contratação deverá prever mecanismo de coparticipação dos beneficiários, conforme critérios definidos pela Administração, observando:

- I - moderação da utilização dos serviços;
- II - transparência na cobrança;
- III - disponibilização de extratos individualizados;
- IV - envio de relatórios para conferência da contratante;
- V - observância da regulamentação da ANS.

4.9. Dos programas de promoção da saúde

4.9.1. A solução deverá contemplar programas permanentes voltados à promoção da saúde e prevenção de doenças, incluindo:

- I - acompanhamento de doenças crônicas;
- II - promoção da saúde da mulher;
- III - saúde mental;
- IV - gestação saudável;
- V - envelhecimento saudável;
- VI - campanhas educativas;
- VII - utilização consciente do plano;
- VIII - qualidade de vida.

4.9.2. As ações poderão ocorrer presencialmente ou por meios eletrônicos.

4.10. Do atendimento administrativo

4.10.1. A contratada deverá disponibilizar estrutura adequada de atendimento aos beneficiários, contemplando:

- I - atendimento telefônico;
- II - portal eletrônico;
- III - aplicativo móvel;

- IV - emissão de carteiras digitais;
- V - emissão de segunda via;
- VI - canais de autorização;
- VII - acompanhamento de solicitações.

4.10.2. Além disso, deverá manter preposto presencial na sede do Crea-BA três vezes por semana, em dias alternados, das 08h às 17h, bem como atendimento remoto durante todos os dias úteis.

4.11. **Da gestão contratual**

4.11.1. A solução deverá possibilitar:

- I - acompanhamento da sinistralidade;
- II - emissão de relatórios gerenciais;
- III - indicadores de desempenho;
- IV - controle da coparticipação;
- V - controle de beneficiários;
- VI - acompanhamento das autorizações;
- VII - fornecimento de informações necessárias à fiscalização do contrato.

4.12. **Do desempenho mínimo**

4.12.1. A contratada deverá observar indicadores mínimos de desempenho estabelecidos no Termo de Referência, especialmente quanto a:

- I - inclusão de beneficiários;
- II - exclusão de beneficiários;
- III - emissão de carteiras;
- IV - atendimento das solicitações;
- V - atualização cadastral;
- VI - resposta à fiscalização;
- VII - resolução de demandas administrativas;
- VIII - resolução de demandas assistenciais;
- IX - atendimento do preposto.

4.13. **Das exigências de qualificação técnica**

As exigências de qualificação técnica previstas no Termo de Referência foram estabelecidas considerando a natureza continuada e a relevância da contratação de assistência à saúde, bem como o quantitativo estimado de aproximadamente 517 (quinhentos e dezessete) beneficiários. Busca-se, com tais exigências, assegurar que a futura contratada disponha de experiência operacional e desempenho assistencial compatíveis com a dimensão e as características do objeto.

Para comprovação da capacidade técnico-operacional, será exigida a apresentação de atestados de capacidade técnica que demonstrem a execução de serviços compatíveis com o objeto da contratação, observando-se o quantitativo mínimo estabelecido no Termo de Referência. O percentual definido tem por finalidade comprovar experiência prévia em operação de plano de assistência à saúde com quantitativo de beneficiários suficiente para demonstrar capacidade de atendimento e gestão compatível com a contratação pretendida, sem exigir a comprovação da execução de quantitativo equivalente à totalidade do objeto.

A exigência de comprovação de experiência anterior mostra-se pertinente em razão da necessidade de assegurar a capacidade da contratada para administrar a carteira de beneficiários, operacionalizar o atendimento, manter a rede assistencial e cumprir, de forma contínua, as obrigações inerentes à prestação dos serviços de assistência à saúde.

Também será exigida a apresentação do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS, divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com resultado mínimo de 0,6510, conforme parâmetro estabelecido no Termo de Referência. A utilização do indicador tem caráter complementar à comprovação da capacidade técnica e busca estabelecer parâmetro objetivo de desempenho da operadora, considerando aspectos relacionados à qualidade da atenção à saúde, garantia de acesso, sustentabilidade e gestão de processos e regulação.

O conjunto das exigências de qualificação técnica foi, portanto, definido em razão das características e dos riscos inerentes ao objeto, especialmente a necessidade de assegurar a continuidade da assistência aos beneficiários, a capacidade de gestão da carteira e a adequada prestação dos serviços contratados, devendo os requisitos ser observados de forma proporcional às necessidades da contratação e em conjunto com a pesquisa de mercado realizada no processo, de modo a preservar a competitividade do certame.

4.13.1. **Justificativa da exigência de experiência mínima**

A exigência de comprovação de experiência mínima de 3 (três) anos na prestação de serviços de assistência à saúde suplementar justifica-se pela natureza continuada e essencial do objeto e pela necessidade de reduzir os riscos associados à contratação de empresa sem histórico suficiente de atuação no segmento.

A definição desse período considerou as características do mercado de saúde suplementar e o histórico de atuação das operadoras que atendem ao mercado baiano. Observa-se que as principais operadoras com atuação na região possuem trajetória consolidada no setor, com períodos de atuação superiores a três anos, o que demonstra que o prazo estabelecido se encontra em patamar compatível com a experiência usualmente observada entre empresas atuantes no segmento.

A exigência busca assegurar que a futura contratada possua experiência efetiva na operação de planos de assistência à saúde, especialmente na gestão de carteira de beneficiários, organização e manutenção de rede assistencial, autorização e regulação de procedimentos e atendimento contínuo aos usuários. Trata-se de requisito destinado a reduzir riscos relacionados à capacidade operacional e à continuidade da assistência, considerando as características e a relevância do objeto para os beneficiários do Crea-BA.

O período mínimo de 3 (três) anos não constitui, isoladamente, garantia de solvência, qualidade ou permanência futura da operadora no mercado, mas representa requisito objetivo de qualificação técnica destinado a demonstrar experiência prévia e continuada no segmento. Sua exigência deverá ser analisada em conjunto com os demais requisitos de habilitação, a regularidade perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, a capacidade operacional, a rede assistencial e os demais critérios estabelecidos para a contratação.

Ressalta-se, ainda, que a definição do prazo de 3 (três) anos busca conciliar a necessidade de comprovação de experiência compatível com o objeto com a preservação da competitividade, evitando a adoção de período excessivamente elevado que possa restringir injustificadamente a participação de empresas aptas à execução dos serviços.

I - Estimativa das quantidades para a contratação, acompanhadas das memórias de cálculo e dos documentos que lhes dão suporte.

A estimativa quantitativa da contratação foi elaborada com base no levantamento atualizado da massa de beneficiários vinculados ao plano de assistência à saúde do Crea-BA, considerando empregados ativos, dependentes e agregados elegíveis, bem como a possibilidade de inclusão e exclusão de beneficiários ao longo da execução contratual.

Para fins de dimensionamento da contratação e formação do preço pelas licitantes, estima-se um universo de aproximadamente **517 (quinhentos e dezessete) beneficiários**, distribuídos entre titulares, dependentes e agregados, conforme levantamento realizado pela Coordenação de Gestão de Pessoas.

Ressalta-se que esse quantitativo possui caráter estimativo e poderá sofrer variações durante a execução contratual em decorrência de admissões, desligamentos, aposentadorias, exonerações, inclusão ou exclusão de dependentes e agregados, alterações cadastrais e demais movimentações decorrentes da gestão de pessoas, não gerando à contratada direito à manutenção de quantitativos mínimos ou máximos.

A formação da estimativa observou os seguintes critérios:

- quantitativo atual de beneficiários vinculados ao contrato vigente;
- histórico de movimentações cadastrais dos últimos exercícios;
- projeção de admissões e desligamentos durante a vigência contratual;
- possibilidade de adesão de novos dependentes e agregados, conforme regulamentação interna;
- manutenção da política institucional de assistência à saúde.

Memória de cálculo:

Categoria	Quantidade estimada
Titulares	229
Dependentes	268
Agregados	20
Total	517

O quantitativo estimado foi definido com base na base cadastral atualizada dos beneficiários vinculados ao contrato vigente, administrada pela Coordenação de Gestão de Pessoas, refletindo o universo de empregados, dependentes e agregados elegíveis na data de elaboração deste Estudo Técnico Preliminar. Eventuais alterações cadastrais decorrentes da dinâmica funcional da Autarquia não descaracterizam a estimativa adotada, tratando-se de variações ordinárias inerentes à execução do contrato.

Os quantitativos detalhados por faixa etária, sexo e categoria de beneficiário, utilizados para subsidiar a precificação das propostas, constarão em anexo específico ao Termo de Referência, elaborado com base na posição cadastral mais recente disponível.

5. SOLUÇÕES DISPONÍVEIS NO MERCADO

Em atendimento ao disposto no art. 18, § 1º, inciso V, da Lei nº 14.133/2021, foi realizado levantamento das soluções disponíveis no mercado para atendimento da necessidade de prestação de assistência à saúde aos empregados, dependentes e agregados elegíveis do Conselho Regional de Engenharia e Agronomia da Bahia – Crea-BA.

Durante o levantamento, foram analisadas as principais modalidades de assistência à saúde disponíveis no mercado, considerando aspectos relacionados à viabilidade técnica, econômica e operacional, à conformidade com a legislação aplicável, à capacidade de atendimento, à competitividade do mercado e à adequação às necessidades da Administração.

Verificou-se que a adoção de sistema de reembolso de despesas médicas, embora proporcione maior liberdade de escolha aos beneficiários, apresenta baixa previsibilidade de custos, maior complexidade administrativa para controle e auditoria dos reembolsos, além de não oferecer mecanismos estruturados de gestão da saúde, prevenção de doenças e promoção

da qualidade de vida, razão pela qual não se mostra adequada às necessidades do Crea-BA.

Também foi analisada a possibilidade de implantação de sistema de autogestão em saúde, modalidade em que a própria Administração seria responsável pela gestão integral da assistência médica. Entretanto, essa alternativa demandaria estrutura administrativa especializada, equipe técnica permanente, contratação direta de prestadores de serviços de saúde e assunção integral dos riscos assistenciais e financeiros, revelando-se incompatível com o porte da Autarquia e com o quantitativo estimado de aproximadamente 517 (quinhentos e dezessete) beneficiários.

O levantamento realizado demonstrou que o mercado nacional possui diversas operadoras regularmente registradas na ANS aptas a atender às especificações pretendidas, evidenciando a viabilidade da contratação e a existência de competitividade suficiente para realização do procedimento licitatório.

O levantamento de mercado realizado demonstrou que existem operadoras aptas a atender à exigência de rede hospitalar mínima em Salvador. A definição da quantidade mínima de hospitais de grande e médio porte decorre da necessidade de assegurar adequada distribuição geográfica da rede credenciada, atendimento em diferentes especialidades médicas e redução do risco de superlotação, preservando a competitividade do certame, uma vez que há número suficiente de operadoras aptas ao atendimento dessa condição.

Foram ainda avaliadas as soluções ofertadas por operadoras de planos privados de assistência à saúde, todas regularmente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Essas modalidades apresentam capacidade de atender às necessidades da Administração, disponibilizando rede credenciada, gestão profissional da assistência, atendimento regulado pela legislação de saúde suplementar, programas de promoção da saúde e mecanismos de controle da utilização dos serviços.

6. DA JUSTIFICATIVA DA UTILIZAÇÃO DO CRITÉRIO IDSS PARA HABILITAÇÃO

O Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS constitui indicador oficial da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, apurado no âmbito do Programa de Qualificação das Operadoras – PQO, que avalia anualmente o desempenho das operadoras de planos privados de assistência à saúde. A ANS disponibiliza os resultados por operadora, bem como os respectivos indicadores, metodologia de cálculo e relatórios de avaliação.

Para o ciclo de avaliação correspondente ao IDSS 2025, ano-base 2024, adotado como referência nesta contratação, o índice é apresentado em escala de 0 a 1 e resulta da avaliação de quatro dimensões: (i) Qualidade em Atenção à Saúde – IDQS; (ii) Garantia de Acesso – IDGA; (iii) Sustentabilidade no Mercado – IDSM; e (iv) Gestão de Processos e Regulação – IDGR. No ciclo avaliado, essas dimensões correspondem, respectivamente, aos pesos de 30%, 30%, 30% e 10% na composição do índice.

A metodologia da ANS demonstra que o IDSS não constitui indicador baseado em uma única variável, mas resultado agregado de diversos indicadores relacionados à qualidade da atenção à saúde, à garantia de acesso e à rede assistencial, à sustentabilidade da operadora e ao cumprimento de obrigações técnicas, cadastrais e regulatórias. Para o ano-base 2024, foram avaliados 33 indicadores distribuídos nas quatro dimensões, além do indicador de acreditação, totalizando 34 indicadores.

A utilização do IDSS como parâmetro técnico nesta contratação decorre, portanto, de sua natureza de indicador oficial, padronizado e periodicamente apurado pela agência reguladora do setor, permitindo à Administração utilizar informação objetiva e verificável sobre o desempenho da operadora, sem substituir a análise dos demais requisitos técnicos, assistenciais, econômico-financeiros e regulatórios exigidos no certame.

I - Do critério mínimo de 0,6510

A ANS classifica os resultados do IDSS em cinco faixas avaliativas: 0,80 a 1,00; 0,60 a 0,79; 0,40 a 0,59; 0,20 a 0,39; e 0,00 a 0,19. A própria ANS considera as duas primeiras faixas como aquelas de melhor desempenho, abrangendo os resultados de 0,60 a 1,00. Para o ano-base 2024, 75,6% das operadoras avaliadas encontravam-se nessas duas faixas.

O valor mínimo de 0,6510 estabelecido pelo Crea-BA não corresponde, portanto, a uma classificação ou nota mínima estabelecida pela ANS. Trata-se de parâmetro administrativo definido para esta contratação, situado na faixa de avaliação de 0,60 a 0,79 e acima do limite inferior dessa faixa.

A adoção desse patamar busca estabelecer requisito objetivo de desempenho sem exigir que a operadora esteja necessariamente situada na faixa de 0,80 a 1,00, preservando, dessa forma, universo mais amplo de potenciais participantes. O parâmetro deve ser compreendido em conjunto com os demais requisitos técnicos e operacionais da contratação, especialmente aqueles relacionados à abrangência territorial, à modalidade do plano, à rede assistencial e à regularidade perante a ANS.

A definição do patamar de 0,6510 foi confrontada com a pesquisa de mercado realizada para a contratação. A documentação de pesquisa apresenta relação de operadoras e respectivos resultados de IDSS 2025, ano-base 2024, permitindo verificar objetivamente o efeito do corte estabelecido. Na relação pesquisada, apresentam resultado igual ou superior a 0,6510 as seguintes operadoras: Seguros Unimed (1,0000), Unimed CNU (0,9255), Amil (0,8300), Bradesco Saúde S.A. (0,8112), Porto Seguro Saúde (0,7953), Vale (0,7891), Hapvida (0,7693), Sul América Paraná Clínicas Serviços de Saúde S.A. (0,7661), Bradesco Saúde – Operadora de Planos S/A (0,7329), Vivest (0,7305), Mediservice (0,7268) e Promédica (0,6888).

Em sentido contrário, a mesma pesquisa registra a operadora LIV Saúde com IDSS de 0,6455, a Select com 0,4775 e a Medhealth sem IDSS calculado ou divulgado, demonstrando que o critério efetivamente diferencia as operadoras segundo o desempenho divulgado pela ANS.

A análise do requisito, contudo, não se limita à pontuação do IDSS. A Administração deverá considerar, cumulativamente, a atuação da operadora na Bahia, a oferta de plano coletivo empresarial compatível com o objeto, a abrangência territorial

exigida, a existência e suficiência da rede assistencial em Salvador e nas demais localidades previstas no Termo de Referência, bem como os demais requisitos de habilitação e de execução contratual.

Nesse sentido, a pesquisa de mercado incorporada aos autos contém referências quanto à oferta de assistência médico-hospitalar, à atuação de operadoras no Estado da Bahia e à composição da rede assistencial, inclusive requisitos de cobertura em Salvador. A documentação utilizada como referência pelo Crea-BA estabelece, por exemplo, exigência de rede própria e/ou credenciada no Estado da Bahia, abrangendo Salvador, e prevê, para a capital, quantitativo mínimo de hospitais para internações, urgências e emergências.

Dessa forma, a aferição da competitividade deverá considerar o cruzamento entre os seguintes elementos: (a) operadoras potencialmente aptas identificadas na pesquisa de mercado; (b) atuação regular no Estado da Bahia; (c) oferta de plano coletivo empresarial compatível com o objeto; (d) atendimento aos requisitos mínimos de rede assistencial em Salvador e demais localidades previstas; e (e) IDSS igual ou superior a 0,6510.

O resultado desse cruzamento deverá permanecer juntado aos autos como memória da análise de competitividade, permitindo verificar, de forma objetiva, que o requisito foi estabelecido em razão das características do objeto e não com a finalidade de restringir indevidamente a competição.

II - Da comprovação do IDSS

Para fins de comprovação, será considerado o resultado do ciclo de IDSS mais recente oficialmente divulgado pela ANS até a data estabelecida no instrumento convocatório, devendo o documento apresentado permitir a identificação inequívoca da pessoa jurídica participante.

A comprovação deverá indicar, no mínimo: (a) nome ou razão social da operadora; (b) número de registro na ANS; (c) CNPJ, quando disponível na consulta; (d) ciclo do IDSS; (e) ano-base correspondente; (f) data de divulgação do resultado; e (g) pontuação obtida.

A exigência será aferida em relação à pessoa jurídica que efetivamente participará da licitação e assumirá as obrigações contratuais, não sendo suficiente a apresentação de resultado pertencente a outra pessoa jurídica integrante do mesmo grupo econômico.

Considerando que a ANS disponibiliza resultados individualizados por operadora e que a documentação de pesquisa evidencia situações em que não houve cálculo ou divulgação do IDSS, deverá ser expressamente disciplinada a situação das operadoras sem IDSS divulgado.

7. DA JUSTIFICATIVA DA REDE REFERENCIADA

A definição da rede referenciada prevista neste Estudo Técnico Preliminar decorre da necessidade de assegurar que a futura contratação disponibilize aos empregados do Crea-BA e seus dependentes, uma estrutura assistencial compatível com o perfil da população atendida, com a diversidade das demandas de saúde e compatível com a massa assistida por região.

Com o objetivo de subsidiar tecnicamente a definição dos requisitos de rede assistencial, foi realizado levantamento de estabelecimentos de saúde localizados em Salvador/BA, região de maior concentração de beneficiários, conforme descrito no axeno I apêndice deste estudo, mediante consulta às informações disponibilizadas nos canais institucionais dos próprios estabelecimentos e, quando disponíveis, às informações encaminhadas diretamente por essas unidades. O levantamento contemplou hospitais, maternidade, unidades especializadas e estabelecimentos voltados à saúde mental.

A pesquisa permitiu verificar a presença de diversos estabelecimentos hospitalares em redes de diferentes operadoras e planos de assistência à saúde, evidenciando a relevância dessas unidades na oferta assistencial do mercado local. Entre os estabelecimentos identificados estão Hospital São Rafael, Hospital Português, Hospital da Bahia, Hospital Santo Amaro, Hospital Aliança, Hospital Santa Izabel, Hospital Cardio Pulmonar, Hospital Mater Dei Salvador, Hospital ProHope, Hospital Aeroporto, Fundação Bahiana de Cardiologia, Hospital Agenor Paiva, Hospital Jorge Valente e Hospital da Cidade, além de unidades especializadas em saúde mental.

A partir dos resultados obtidos, a Administração estabelecerá, no Termo de Referência, requisitos mínimos para a composição da rede hospitalar em Salvador/BA, considerando a necessidade de assegurar acesso a estabelecimentos de diferentes portes e perfis assistenciais, capazes de atender às demandas hospitalares e aos serviços de maior complexidade.

A indicação dos estabelecimentos constantes da pesquisa como referência para a definição desses requisitos não representa a contratação ou o credenciamento prévio das unidades, tampouco implica obrigação de que a futura contratada mantenha necessariamente cada estabelecimento relacionado.

Trata-se de levantamento destinado a demonstrar que os parâmetros assistenciais definidos pela Administração possuem correspondência com estabelecimentos efetivamente existentes e inseridos no mercado de saúde suplementar de Salvador/BA.

A exigência de rede referenciada busca, portanto, assegurar um nível mínimo de capacidade assistencial, evitando que a contratação resulte em rede insuficiente ou incompatível com as necessidades dos beneficiários. Ao mesmo tempo, os requisitos deverão ser formulados de maneira a preservar a competitividade da contratação, admitindo-se, quando previsto no Termo de Referência, estabelecimentos de capacidade assistencial equivalente, desde que atendidos os requisitos mínimos de porte, complexidade, serviços disponíveis, especialidades e localização estabelecidos pela Administração.

Ressalta-se que as informações obtidas junto aos estabelecimentos retratam a situação verificada na data da pesquisa, em 10 de agosto de 2026, e que a informação de atendimento de determinada operadora não significa, necessariamente, que todos os produtos ou planos por ela comercializados contemplem aquela unidade. A efetiva composição da rede deverá ser confirmada pela licitante e posteriormente verificada pela Administração, de acordo com as características do produto

ofertado.

Dessa forma, o levantamento realizado constitui elemento de suporte à definição da solução, demonstrando a existência de oferta assistencial compatível com os parâmetros estabelecidos e fornecendo base documental para a justificativa dos requisitos de rede referenciada.

8. SOLUÇÃO ESCOLHIDA

Após a análise das alternativas disponíveis no mercado, concluiu-se que a contratação de operadora de plano privado de assistência à saúde, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, representa a solução mais adequada para atender às necessidades do Conselho Regional de Engenharia e Agronomia da Bahia – Crea-BA.

A solução selecionada proporciona assistência médico-hospitalar contínua aos empregados, dependentes e agregados elegíveis, com cobertura integral dos atendimentos previstos no plano contratado no Estado da Bahia e cobertura, em âmbito nacional, para situações de urgência, emergência e acidentes, observadas as demais hipóteses previstas na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

A escolha fundamenta-se na capacidade dessa modalidade de contratação em oferecer ampla rede credenciada, gestão especializada da assistência à saúde, previsibilidade orçamentária, programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, além de mecanismos de controle e acompanhamento da utilização dos serviços, fatores que contribuem para a melhoria da qualidade do atendimento aos beneficiários e para o fortalecimento da gestão contratual.

Destacam-se como mecanismos de controle que favorecem a fiscalização da execução contratual, a disponibilização de relatórios gerenciais, acompanhamento da sinistralidade, indicadores mínimos de desempenho, atendimento administrativo aos beneficiários por canais presenciais e eletrônicos e suporte periódico por preposto da contratada, possibilitando maior eficiência no acompanhamento da execução do contrato.

A modelagem proposta foi desenvolvida a partir da avaliação da contratação vigente, das necessidades institucionais do Crea-BA e das oportunidades de melhoria identificadas durante a elaboração deste Estudo Técnico Preliminar, incorporando aperfeiçoamentos destinados a ampliar a qualidade da assistência prestada, conferir maior transparência à execução contratual, fortalecer os mecanismos de fiscalização e reduzir riscos de questionamentos durante o procedimento licitatório.

A solução escolhida também apresenta maior compatibilidade com o modelo atualmente adotado pelo Crea-BA, reduzindo riscos de descontinuidade assistencial durante eventual transição contratual.

Dessa forma, conclui-se que a contratação de operadora de plano privado de assistência à saúde constitui a alternativa mais vantajosa para a Administração, por reunir as melhores condições de qualidade assistencial, competitividade, eficiência operacional, segurança jurídica e sustentabilidade econômico-financeira, atendendo de forma adequada ao interesse público e às necessidades do Crea-BA.

9. ESTIMATIVA DE VALOR DA CONTRATAÇÃO

A estimativa do valor da contratação foi elaborada a partir de metodologia que busca refletir, de forma mais precisa, as características da massa assistida do Conselho Regional de Engenharia e Agronomia da Bahia – Crea-BA.

Para tanto, foi considerada a composição atual dos beneficiários, distribuídos por faixas etárias, bem como o quantitativo total de vidas a serem abrangidas pela futura contratação. Para cada referência de preço considerada válida e comparável, os valores unitários mensais correspondentes às respectivas faixas etárias foram aplicados ao quantitativo de beneficiários do Crea-BA enquadrados em cada grupo.

A aplicação dos valores por faixa etária permitiu a obtenção do custo mensal estimado da mesma massa assistida para cada uma das referências pesquisadas, proporcionando uma análise mais aderente às características demográficas dos beneficiários e evitando a adoção isolada de valores médios que poderiam não representar adequadamente o perfil etário da população abrangida pela contratação.

Foram consideradas, para essa metodologia, referências provenientes de cotação de mercado, proposta comercial, contrato vigente e documento de contratação de outro órgão, conforme demonstrado na memória de cálculo a seguir.

I – Memória de cálculo da estimativa por faixa etária

Faixa etária	Total de vidas	Valor unitário Bradesco	Total Bradesco	Valor unitário Promédica (contrato atual)	Total Promédica (Contrato Atual)	Valor unitário SulAmérica	Total SulAmérica	Valor unitário CREA-SC	Total CREA-SC	Valores Promédica (Proposta atualizada)	Valores unitários Promédica (Proposta atualizada)
00 a 18 anos	129	R\$ 667,39	R\$ 86.093,31	R\$ 270,80	R\$ 34.933,20	R\$ 270,96	R\$ 34.953,84	R\$ 216,38	R\$ 27.913,02	R\$ 398,91	R\$ 51.459,39
19 a 23 anos	32	R\$ 787,52	R\$ 25.200,64	R\$ 290,38	R\$ 9.292,16	R\$ 338,70	R\$ 10.838,40	R\$ 261,80	R\$ 8.377,60	R\$ 462,74	R\$ 14.807,68
24 a 28 anos	8	R\$ 952,90	R\$ 7.623,20	R\$ 292,37	R\$ 2.338,96	R\$ 420,00	R\$ 3.360,00	R\$ 313,72	R\$ 2.509,76	R\$ 546,03	R\$ 4.368,24
29 a 33 anos	19	R\$ 1.143,48	R\$ 21.726,12	R\$ 296,88	R\$ 5.640,72	R\$ 466,20	R\$ 8.857,80	R\$ 367,79	R\$ 6.988,01	R\$ 655,24	R\$ 12.449,56
34 a 38 anos	37	R\$ 1.303,56	R\$ 48.231,72	R\$ 310,57	R\$ 11.491,09	R\$ 498,83	R\$ 18.456,71	R\$ 432,72	R\$ 16.010,64	R\$ 773,17	R\$ 28.607,29

Faixa etária	Total de vidas	Valor unitário Bradesco	Total Bradesco	Valor unitário Promédica (contrato atual)	Total Promédica (Contrato Atual)	Valor unitário SulAmérica	Total SulAmérica	Valor unitário CREA-SC	Total CREA-SC	Valores Promédica (Proposta atualizada)	Valores unitários Promédica (Proposta atualizada)
39 a 43 anos	55	R\$ 1.342,67	R\$ 73.846,85	R\$ 340,28	R\$ 18.715,40	R\$ 578,66	R\$ 31.826,30	R\$ 491,13	R\$ 27.012,15	R\$ 873,69	R\$ 48.052,95
44 a 48 anos	46	R\$ 1.634,77	R\$ 75.199,42	R\$ 663,47	R\$ 30.519,62	R\$ 691,73	R\$ 31.819,58	R\$ 556,05	R\$ 25.578,30	R\$ 1.048,43	R\$ 48.227,78
49 a 53 anos	48	R\$ 1.922,82	R\$ 92.295,36	R\$ 681,00	R\$ 32.688,00	R\$ 810,70	R\$ 38.913,60	R\$ 690,17	R\$ 3.3128,16	R\$ 1.231,91	R\$ 59.131,68
54 a 58 anos	47	R\$ 2.288,15	R\$ 107.543,05	R\$ 942,02	R\$ 44.274,94	R\$ 965,15	R\$ 45.362,05	R\$ 880,60	R\$ 4.1388,20	R\$ 1.601,48	R\$ 75.269,56
59 anos ou mais	96	R\$ 4.004,26	R\$ 384.408,96	R\$ 1.624,80	R\$ 155.980,80	R\$ 1.625,75	R\$ 156.072,00	R\$ 1.254,95	R\$ 120.475,20	R\$ 2.386,2	R\$ 229.075,20
Total	517		R\$ 922.168,63		R\$ 345.874,89		R\$ 380.460,28		R\$ 309.381,04		R\$ 571.449,33

II – Consolidação das referências pesquisadas

Após a aplicação dos valores unitários à composição da massa assistida do Crea-BA, foram obtidos os seguintes resultados:

Referência	Valor mensal total	Valor médio ponderado por vida	Tipo de fonte	Observação
Bradesco	R\$ 922.168,63	R\$ 1.783,63	Cotação de mercado	Proposta comercial
Promédica (Contrato atual)	R\$ 345.874,89	R\$ 669,00	Aditivo ao contrato nº 06/2021	Contrato vigente do Crea-BA
SulAmérica	R\$ 380.460,28	R\$ 735,90	Cotação de mercado	Proposta comercial
CREA-SC	R\$ 309.381,04	R\$ 598,42	Aditivo ao contrato nº 035/2023	Referência da contratação do CREA-SC
Promédica (Proposta atualizada)	R\$ 571.449,33	R\$ 1.105,32	Cotação de mercado	Proposta comercial
Total de vidas consideradas	517			

III – Análise estatística e definição do parâmetro de estimativa

Após a consolidação dos valores obtidos por meio da aplicação da metodologia por faixa etária, foi realizada análise estatística das referências pesquisadas, compreendendo o cálculo da média aritmética, da mediana, do desvio-padrão amostral e do coeficiente de variação.

A análise identificou os seguintes resultados:

Indicador	Resultado
Média:	R\$ 505.866,83
Mediana:	R\$ 380.460,28
Desvio-padrão amostral:	R\$ 253.741,57
Coeficiente de variação:	50,16%
Método adotado:	Mediana

O coeficiente de variação de 50,16% evidencia dispersão entre os valores obtidos. Verificou-se que uma das referências apresentou valor significativamente superior às demais, exercendo influência relevante sobre a média aritmética. Considerando a heterogeneidade dos valores pesquisados e a elevada dispersão identificada, a utilização da média aritmética poderia resultar em estimativa excessivamente influenciada pelo valor mais elevado da amostra. Dessa forma, para reduzir a influência de valores extremos e conferir maior representatividade ao conjunto das referências consideradas válidas e comparáveis, adotou-se a mediana como parâmetro para a definição do valor estimado da contratação. A mediana corresponde ao valor central da distribuição dos preços pesquisados e, no presente caso, apresenta-se como medida estatística mais adequada diante da dispersão identificada.

Assim, o valor estimado mensal da contratação corresponde a: **R\$ 380.460,28 (trezentos e oitenta mil, quatrocentos e sessenta reais e vinte e oito centavos).**

Considerando o período de 12 (doze) meses, o valor anual estimado corresponde a: **R\$ 4.565.523,36 (quatro milhões, quinhentos e sessenta e cinco mil, quinhentos e vinte e três reais e trinta e seis centavos).**

IV – Pesquisa complementar de preços praticados por outros órgãos

Com o objetivo de ampliar a pesquisa de mercado e conferir maior abrangência ao levantamento de preços, foram analisadas, adicionalmente, referências de contratações de planos privados de assistência à saúde realizadas por outros órgãos e entidades públicas.

Nessa pesquisa complementar, foram considerados valores globais e valores médios per capita identificados em documentos referentes às contratações realizadas pelo CREA-MG, CREA-SE e EMBASA.

Considerando que as contratações analisadas possuem características próprias, tais como diferenças no quantitativo de beneficiários, na composição etária da massa assistida, nas condições de cobertura, na abrangência geográfica, na rede credenciada, na modalidade de acomodação, na coparticipação e nas demais condições contratuais, essas referências não foram utilizadas isoladamente para a formação do valor estimado da contratação do Crea-BA.

A pesquisa complementar foi utilizada como instrumento adicional de análise e validação, com o objetivo de verificar se o valor estimado por meio da metodologia principal encontra-se compatível com a faixa de preços observada em contratações semelhantes realizadas por outros órgãos e entidades.

V – Comparativo de referências de outros órgãos

Empresa	Órgão	Vidas	Valor per capita	Valor mensal estimado (517 vidas)	Valor para 12 meses
UNIMED	CREA-MG	769	R\$ 489,07	R\$ 252.849,19	R\$ 3.034.190,28
UNIMED SEGUROS SAÚDE	CREA-SE	77	R\$ 735,05	R\$ 380.020,85	R\$ 4.560.250,20
PROMÉDICA	EMBASA	12.943	R\$ 1.131,77	R\$ 585.125,09	R\$ 7.021.501,08

VI – Análise da pesquisa complementar

A pesquisa complementar identificou valores per capita entre **R\$ 489,07 (quatrocentos e oitenta e nove reais e sete centavos)** e **R\$ 1.131,77 (mil cento e trinta e um reais e setenta e sete centavos)**, conforme demonstrado nas referências analisadas.

Os resultados estatísticos da pesquisa complementar são:

Indicador	Valor per capita	Valor mensal para 517 vidas
Média	R\$ 785,30	R\$ 405.998,38
Mediana	R\$ 735,05	R\$ 380.020,85

A estimativa obtida pela metodologia principal, baseada na composição da massa assistida e na aplicação dos valores por faixa etária, corresponde a aproximadamente R\$ 735,05 (setecentos e trinta e cinco reais e cinco centavos) por beneficiário ao mês.

Dessa forma, o valor obtido pela metodologia principal encontra-se dentro da faixa de valores identificada na pesquisa complementar e apresenta-se inferior tanto à média quanto à mediana das referências externas analisadas.

A comparação pode ser demonstrada da seguinte forma:

Método	Valor mensal	Valor per capita
Estimativa principal por faixa etária	R\$ 380.460,28	R\$ 735,90
Média – pesquisa complementar	R\$ 405.998,38	R\$ 785,30
Mediana – pesquisa complementar	R\$ 380.020,85	R\$ 735,05

VII – Conclusão da estimativa

A estimativa do valor da contratação foi estruturada a partir de pesquisa ampla, utilizando fontes distintas e metodologias complementares.

A metodologia principal considerou a composição específica da massa assistida do Crea-BA e a distribuição dos beneficiários por faixa etária, permitindo a aplicação dos valores unitários correspondentes ao perfil real da população que será abrangida pela futura contratação.

Em razão da elevada dispersão identificada entre as referências pesquisadas, evidenciada pelo coeficiente de variação de 51,82%, adotou-se a mediana dos valores válidos e comparáveis como parâmetro para definição do valor estimado.

A pesquisa complementar, realizada com base em referências de contratações de outros órgãos e entidades, foi utilizada para ampliar o levantamento de mercado e validar a compatibilidade do resultado obtido pela metodologia principal com os valores praticados em contratações similares.

Dessa forma, conclui-se que a estimativa obtida apresenta aderência às condições de mercado e encontra-se fundamentada em metodologia compatível com as características específicas do objeto e da massa assistida do Crea-BA.

Assim, para fins de planejamento da contratação, adota-se o seguinte valor estimado:

Descrição	Valor
Valor mensal estimado	R\$ 380.460,28
Valor estimado para 12 meses	R\$ 4.565.523,36

10. JUSTIFICATIVA PARA DEFINIÇÃO DO CRITÉRIO DE REAJUSTE DOS VALORES CONTRATUAIS

A definição do critério de reajuste dos valores contratuais constitui etapa necessária ao planejamento da contratação, considerando que o objeto envolve a prestação continuada de serviços de assistência à saúde suplementar, cujos custos e condições de execução podem sofrer variações ao longo da vigência contratual.

A previsão de mecanismo de atualização dos valores tem por finalidade conferir previsibilidade à relação contratual, preservar as condições econômicas originalmente estabelecidas e assegurar a continuidade da assistência aos empregados, dependentes e demais beneficiários elegíveis do Crea-BA, observadas as disposições da Lei nº 14.133/2021.

Considerando as características do objeto, foi avaliada a adoção de critério de reajustamento que contemple, de um lado, a variação geral dos preços e, de outro, as particularidades econômicas da assistência à saúde suplementar, especialmente

o comportamento das despesas assistenciais em relação às receitas diretas do plano decorrentes das contraprestações do contrato.

Como componente de atualização monetária, adota-se o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, por se tratar de índice oficial de inflação apto a refletir a variação geral dos preços durante a execução contratual.

A utilização exclusiva de índice inflacionário, contudo, não necessariamente acompanha todas as particularidades econômicas inerentes à prestação de serviços de assistência à saúde suplementar. A dinâmica desse mercado pode ser influenciada por fatores como frequência e perfil de utilização dos serviços, complexidade dos procedimentos realizados, incorporação de novas tecnologias e variação dos preços de materiais, medicamentos, insumos e serviços médico-hospitais.

Nesse contexto, considera-se pertinente a utilização de mecanismo complementar relacionado à sinistralidade da carteira, entendida como a relação entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano. O objetivo desse mecanismo é incorporar ao reajuste anual, de forma objetiva e proporcional, o comportamento observado na carteira vinculada ao contrato, evitando que eventual variação relevante da sinistralidade seja completamente desconsiderada na atualização dos valores.

A apuração da sinistralidade será realizada exclusivamente sobre a carteira de beneficiários vinculada ao contrato do Crea-BA, mediante a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, considerando período de 12 (doze) meses consecutivos anteriores à data-base considerada para fins de reajuste, conforme metodologia detalhada no Termo de Referência.

A adoção do percentual de 75% como parâmetro de referência decorre da necessidade de estabelecer critério objetivo para a aplicação do mecanismo associado à sinistralidade e considera referência técnica e regulatória existente no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. A regulamentação aplicável aos contratos coletivos considera, para fins de apuração da sinistralidade, a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano em período de 12 (doze) meses consecutivos. No âmbito das discussões e alterações regulatórias promovidas pela ANS sobre reajuste de contratos coletivos, o percentual de 75% também foi considerado como referência para a meta de sinistralidade em contratos de cobertura médico-hospitalar.

A utilização desse percentual pelo Crea-BA não significa que o índice de 75% constitua, por si só, parâmetro regulatório obrigatório para o presente contrato, nem que represente meta de resultado assistencial ou percentual específico de equilíbrio econômico-financeiro da carteira do Conselho. Trata-se de parâmetro objetivo utilizado para estruturar a aplicação do Fator R e estabelecer previamente a relação entre a sinistralidade apurada e o reajuste contratual.

A metodologia adotada consiste na comparação entre o IPCA acumulado no período de referência e o resultado da aplicação do Fator R sobre o IPCA acumulado no mesmo período. O Fator R corresponde à razão entre o índice de sinistralidade apurado e o percentual de referência de 75%.

Para fins de apuração, serão consideradas as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano correspondentes ao mesmo período de referência, observados os critérios de reconhecimento e os tratamentos específicos estabelecidos no Termo de Referência.

A definição desses critérios busca assegurar uniformidade na apuração da sinistralidade, especialmente quanto à composição das receitas e despesas, ao tratamento das coparticipações, das glosas, dos estornos e demais ajustes, bem como à exclusão de valores que não correspondam à carteira de beneficiários vinculada ao contrato.

Também serão observados, na apuração, o tratamento específico do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656/1998, bem como das despesas ou valores decorrentes de demandas judiciais, de modo a evitar que eventos estranhos ou não diretamente atribuíveis à execução da carteira contratada produzam distorções no índice de sinistralidade.

As receitas e despesas consideradas na apuração deverão estar vinculadas exclusivamente à carteira objeto da contratação, não sendo admitida a inclusão de receitas, despesas, sinistros ou outros valores relativos a outras carteiras ou contratos da operadora.

A metodologia também prevê mecanismos de conferência pela Administração, mediante apresentação, pela contratada, de memória de cálculo e dos demonstrativos necessários à verificação das receitas diretas do plano e das despesas assistenciais consideradas, assegurando transparência, rastreabilidade e possibilidade de validação dos dados utilizados no reajuste.

Quando a sinistralidade apurada for igual ou inferior a 75%, o reajuste ficará limitado ao IPCA. Quando a sinistralidade for superior a 75%, o Fator R será superior a 1 (um), podendo resultar em reajuste superior ao IPCA, proporcionalmente à relação entre a sinistralidade apurada e o parâmetro de referência, conforme a fórmula estabelecida no Termo de Referência.

A metodologia, portanto, não tem por finalidade assegurar a recomposição integral da sinistralidade ou promover seu retorno ao percentual de 75%. O mecanismo constitui componente do reajuste contratual destinado a incorporar, de maneira objetiva e proporcional, o comportamento da carteira, mantendo-se o IPCA como referência para a atualização monetária geral dos valores contratados.

A adoção do mecanismo busca conferir maior aderência entre o reajuste e as condições efetivamente observadas na execução contratual, sem transformar a sinistralidade em mecanismo automático de recomposição integral dos custos da contratada. Eventuais variações extraordinárias que não sejam absorvidas pelo mecanismo ordinário de reajustamento não implicarão, por si só, direito à revisão do contrato, devendo eventual pedido de restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro ser analisado à luz dos pressupostos previstos na Lei nº 14.133/2021.

A experiência contratual anterior do Crea-BA constitui elemento relevante para a definição da metodologia, uma vez que mecanismo de reajustamento associado à sinistralidade já vem sendo utilizado pela Administração em contratação de assistência à saúde. A manutenção da metodologia permite aproveitar a experiência acumulada quanto à sua operacionalização, apuração e fiscalização, conferindo maior previsibilidade aos procedimentos de reajustamento, sem prejuízo do aperfeiçoamento dos critérios de apuração e comprovação no novo contrato.

A manutenção da metodologia não decorre, portanto, exclusivamente de sua utilização no contrato vigente. Sua adoção considera conjuntamente as características do objeto, a necessidade de estabelecer critério objetivo e previamente conhecido pelas partes, a experiência contratual da Administração e as referências técnicas e regulatórias aplicáveis ao setor de saúde suplementar.

O critério também permite delimitar as funções de cada componente do reajuste: o IPCA está associado à variação geral dos preços, enquanto o Fator R considera o comportamento da sinistralidade da carteira, evitando que os componentes sejam utilizados para recompor indistintamente os mesmos efeitos econômicos.

Dessa forma, a solução definida para a contratação contempla a aplicação do IPCA, combinada com mecanismo específico relacionado à sinistralidade da carteira, mediante a metodologia do Fator R, tendo como parâmetro de referência o percentual de 75%.

A adoção desse critério será acompanhada de regras objetivas quanto ao período de referência, composição das receitas e despesas, regime de apuração, tratamento das coparticipações, glosas, estornos, ressarcimento ao SUS, demandas judiciais e demais ajustes, delimitação da carteira considerada, documentos comprobatórios, procedimentos de apuração e conferência e periodicidade do reajustamento, de modo a assegurar transparência, verificabilidade e tratamento uniforme entre as partes.

A metodologia observará o interregno mínimo de 12 (doze) meses previsto na legislação para aplicação do reajuste. Para fins de apuração da sinistralidade, serão considerados os dados correspondentes aos 12 (doze) meses consecutivos anteriores à respectiva data-base, sendo a data-base do reajuste aquela estabelecida a partir da data-limite para apresentação das propostas, conforme previsto no Termo de Referência.

Diante dessas características, entende-se que o critério proposto apresenta aderência à natureza continuada do objeto e proporciona mecanismo objetivo para incorporar ao reajuste o comportamento da carteira, sem confundir o reajuste ordinário com eventual revisão extraordinária destinada ao restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro.

A definição do critério considera, ainda, os princípios da razoabilidade, proporcionalidade, competitividade, vantajosidade, transparência e preservação do equilíbrio econômico-financeiro, buscando estabelecer regra contratual previamente conhecida, objetiva, verificável e compatível com a natureza dos serviços de assistência à saúde.

11. JUSTIFICATIVA PARA O PARCELAMENTO OU NÃO DA CONTRATAÇÃO

Nos termos do art. 47 da Lei nº 14.133/2021, foi avaliada a possibilidade de parcelamento do objeto, concluindo-se que tal medida não se mostra técnica nem economicamente viável.

A contratação refere-se à prestação de serviços continuados de assistência à saúde, cuja execução exige gestão integrada, rede credenciada única, regras uniformes de cobertura, faturamento centralizado, controle unificado da sinistralidade, da coparticipação, dos beneficiários e dos indicadores de desempenho, bem como interlocução permanente entre a contratada e a Administração.

O eventual fracionamento do objeto entre diferentes operadoras poderia acarretar a coexistência de redes credenciadas distintas, critérios divergentes de cobertura, procedimentos operacionais não uniformes, multiplicidade de canais de atendimento, faturamentos independentes e diferentes metodologias de gestão assistencial, comprometendo a continuidade da assistência aos beneficiários, a eficiência da gestão contratual e a fiscalização da execução.

Além disso, a divisão do objeto reduziria o poder de negociação da Administração, aumentaria os custos administrativos relacionados à gestão de múltiplos contratos e poderia ocasionar conflitos de responsabilidade entre as contratadas, especialmente em situações que demandem continuidade assistencial, autorizações, remoções, tratamentos continuados e acompanhamento da sinistralidade.

Sob o aspecto econômico, a contratação de uma única operadora favorece o ganho de escala, amplia a competitividade entre os licitantes, proporciona maior previsibilidade dos custos e tende a resultar em propostas mais vantajosas para a Administração.

Dessa forma, conclui-se que o parcelamento do objeto não atende ao interesse público, sendo a contratação de uma única operadora a solução mais adequada para assegurar a eficiência, a economicidade, a padronização dos serviços, a adequada gestão contratual e a continuidade da assistência aos beneficiários.

12. BENEFÍCIOS A SEREM ALCANÇADOS COM A CONTRATAÇÃO

A contratação de operadora de plano privado de assistência à saúde tem como finalidade assegurar a continuidade da assistência médico-hospitalar aos empregados, dependentes e agregados elegíveis do Crea-BA, contribuindo para a promoção da saúde, melhoria da qualidade de vida e fortalecimento da política institucional de gestão de pessoas.

Espera-se que a contratação proporcione maior eficiência na prestação dos serviços assistenciais, mediante disponibilização de rede credenciada compatível com as necessidades dos beneficiários, cobertura nacional para atendimentos de urgência, emergência e acidentes, atendimento em conformidade com a legislação vigente e mecanismos que assegurem a continuidade da assistência, especialmente nos casos de tratamentos continuados.

Sob o aspecto da gestão administrativa, a contratação permitirá maior controle da execução contratual por meio da definição de indicadores mínimos de desempenho, níveis de serviço, acompanhamento da sinistralidade, disponibilização de relatórios gerenciais e estabelecimento de mecanismos objetivos de fiscalização, contribuindo para o aprimoramento da

governança contratual.

A solução também proporcionará maior previsibilidade orçamentária, transparência na utilização dos serviços, controle da coparticipação dos beneficiários e definição de critérios objetivos para eventual recomposição do equilíbrio econômico-financeiro do contrato, preservando a sustentabilidade da contratação ao longo de sua vigência.

No âmbito da gestão de pessoas, espera-se fortalecer as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, por meio da oferta de programas de qualidade de vida, acompanhamento de condições crônicas, campanhas educativas e ações voltadas ao uso consciente do plano de saúde, contribuindo para a redução do absenteísmo, melhoria do clima organizacional, aumento da produtividade, fortalecimento da política de retenção de talentos e valorização do quadro funcional.

Adicionalmente, as melhorias incorporadas ao Termo de Referência, fundamentadas na experiência adquirida com a execução do contrato vigente e na análise dos questionamentos apresentados na licitação anterior, tendem a conferir maior segurança jurídica ao procedimento licitatório, ampliar a competitividade entre os licitantes e reduzir riscos relacionados à execução contratual.

Dessa forma, a contratação pretende assegurar uma assistência à saúde de qualidade, com eficiência operacional, equilíbrio econômico-financeiro, adequada fiscalização da execução contratual e atendimento ao interesse público, em conformidade com os princípios da legalidade, eficiência, economicidade, planejamento e boa governança previstos na Lei nº 14.133/2021.

13. PROVIDÊNCIAS A SEREM ADOTADAS PREVIAMENTE A CONTRATAÇÃO

Previamente à contratação, o Crea-BA adotará as medidas administrativas necessárias para assegurar a adequada instrução do processo licitatório, a implantação do contrato e a continuidade da assistência à saúde dos beneficiários.

Para esse fim, serão concluídas a elaboração e aprovação do Termo de Referência e dos demais documentos que compõem a fase de planejamento da contratação, bem como a pesquisa de preços destinada à estimativa do valor da contratação. Também será realizado o levantamento e a atualização da base cadastral dos empregados, dependentes e agregados elegíveis ao benefício, além da definição dos procedimentos administrativos para inclusão, exclusão, suspensão temporária e reativação de beneficiários, observadas as normas internas da Autarquia.

Serão designados o gestor e os fiscais do contrato, competindo-lhes acompanhar a execução contratual, fiscalizar o cumprimento das obrigações assumidas pela contratada e promover o adequado controle da prestação dos serviços. Da mesma forma, serão definidos os fluxos internos relacionados à conferência das faturas, ao controle da coparticipação dos beneficiários, ao acompanhamento da sinistralidade e à gestão das demandas administrativas decorrentes da execução contratual.

O Crea-BA também promoverá o planejamento da implantação do novo contrato, de forma a garantir a continuidade da assistência aos beneficiários e minimizar eventuais impactos decorrentes da transição entre contratos, quando aplicável. Para tanto, serão estabelecidos os canais de comunicação entre a contratante e a futura contratada, bem como os procedimentos para atendimento aos beneficiários e tratamento das demandas administrativas.

Antes do início da execução contratual, a contratada deverá apresentar plano de implantação contendo, no mínimo, o cronograma de transição dos serviços, a identificação dos responsáveis pela implantação, os canais de atendimento disponibilizados aos beneficiários, o cronograma para emissão e disponibilização das carteiras de identificação, o calendário de atendimento do preposto presencial na sede do Crea-BA e as ações de divulgação das orientações para utilização do plano de saúde, da rede credenciada, dos programas de promoção da saúde e dos canais de atendimento.

Por fim, serão adotadas as medidas necessárias para assegurar o tratamento adequado dos dados pessoais dos beneficiários, em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD), garantindo a segurança das informações compartilhadas durante a implantação e a execução do contrato.

Essas providências têm por objetivo assegurar que a contratação seja iniciada de forma planejada, eficiente e contínua, proporcionando adequada gestão contratual, efetiva fiscalização da execução dos serviços e a manutenção da assistência à saúde dos beneficiários desde o início da vigência contratual.

14. DESCRIÇÃO DE POSSÍVEIS IMPACTOS AMBIENTAIS E RESPECTIVAS MEDIDAS MITIGADORAS

A presente contratação possui reduzido potencial de impacto ambiental direto, uma vez que seu objeto consiste na prestação de serviços continuados de assistência à saúde, de natureza predominantemente administrativa e assistencial, sem a aquisição de bens ou a geração significativa de resíduos pela Administração.

Entretanto, durante a execução contratual poderão ocorrer impactos ambientais indiretos decorrentes da emissão de documentos físicos, do consumo de papel e insumos administrativos, do deslocamento de beneficiários para utilização da rede credenciada e da geração de resíduos provenientes dos serviços de saúde executados pelos prestadores vinculados à operadora.

Embora a gestão dos resíduos de serviços de saúde seja de responsabilidade dos estabelecimentos assistenciais, a contratação deverá incentivar a adoção de práticas sustentáveis compatíveis com a natureza do objeto, observando a legislação ambiental e sanitária vigente e contribuindo para a utilização racional dos recursos.

Como medidas mitigadoras, deverão ser observadas, sempre que possível, as seguintes diretrizes:

- priorização da utilização de meios eletrônicos para comunicação entre a operadora, a contratante e os beneficiários, incluindo emissão de carteiras digitais, autorizações, demonstrativos de utilização, relatórios gerenciais, notificações e demais documentos, reduzindo o consumo de papel;
- disponibilização de aplicativo e portal eletrônico que permitam aos beneficiários realizar solicitações, consultar

informações, acompanhar autorizações, reembolsos e demais serviços de forma digital;

- incentivo à assinatura eletrônica de documentos, à tramitação digital de processos administrativos e ao armazenamento eletrônico de informações, observadas as normas de segurança da informação e proteção de dados pessoais;
- observância, pela operadora e por sua rede credenciada, da legislação ambiental e sanitária aplicável, especialmente quanto ao gerenciamento, tratamento e destinação ambientalmente adequada dos resíduos de serviços de saúde, quando cabível;
- incentivo à adoção de programas de promoção da saúde, medicina preventiva e qualidade de vida, contribuindo para a redução de agravos à saúde, utilização racional dos recursos assistenciais e melhoria das condições de saúde dos beneficiários;
- adoção de boas práticas de eficiência operacional e responsabilidade socioambiental pela operadora, buscando reduzir desperdícios, otimizar processos e incentivar soluções tecnológicas que minimizem impactos ambientais.

A contratação também se alinha ao objetivo institucional do Crea-BA de promover a melhoria contínua de seus processos administrativos e fortalecer a eficiência da gestão pública, privilegiando soluções que reduzam o consumo de recursos naturais, ampliem a digitalização dos serviços e promovam maior eficiência operacional, em consonância com os princípios do desenvolvimento nacional sustentável, da eficiência e do planejamento previstos na Lei nº 14.133/2021.

Diante da natureza do objeto, conclui-se que os impactos ambientais decorrentes da contratação são reduzidos e predominantemente indiretos, sendo as medidas mitigadoras previstas suficientes para minimizar seus efeitos e promover a execução contratual de forma ambientalmente responsável, observadas as boas práticas de sustentabilidade, a legislação aplicável e as diretrizes do Sistema de Gestão da Qualidade adotado pelo Crea-BA.

15. **HÁ CONTRATAÇÕES CORRELATAS OU INTERDEPENDENTES?**

() Sim (x) Não

16. **POSICIONAMENTO CONCLUSIVO SOBRE A ADEQUAÇÃO DA CONTRATAÇÃO PARA O ATENDIMENTO DA NECESSIDADE A QUE SE DESTINA.**

Com base nas análises realizadas neste Estudo Técnico Preliminar, conclui-se que a contratação de operadora de plano privado de assistência à saúde mostra-se técnica, econômica e operacionalmente adequada para atender às necessidades do Conselho Regional de Engenharia e Agronomia da Bahia – Crea-BA.

O levantamento das soluções disponíveis no mercado evidenciou que a contratação de operadora regularmente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS representa solução compatível com as necessidades da Administração, por reunir condições de assegurar assistência à saúde aos empregados, dependentes e agregados elegíveis, considerando as características de cobertura, atendimento e gestão requeridas para a contratação.

A solução proposta também incorpora mecanismos de governança e gestão contratual destinados a fortalecer a fiscalização da execução do contrato, por meio da definição de indicadores mínimos de desempenho, níveis de serviço, acompanhamento da sinistralidade, programas de promoção da saúde, controle da coparticipação, atendimento administrativo aos beneficiários e critérios objetivos para manutenção do equilíbrio econômico-financeiro da contratação.

As especificações definidas no Termo de Referência foram elaboradas com base nas necessidades institucionais do Crea-BA, na experiência obtida com a execução do contrato vigente, na análise dos questionamentos apresentados na licitação anterior, na legislação aplicável e nas normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, buscando assegurar ampla competitividade, isonomia entre os licitantes, segurança jurídica e adequada execução contratual.

Os riscos inerentes à presente contratação foram identificados, avaliados e tratados em Mapa de Riscos específico, elaborado durante a fase de planejamento, no qual foram estabelecidas as respectivas medidas preventivas, mitigadoras e os responsáveis pelo seu acompanhamento, visando reduzir a probabilidade de ocorrência de eventos que possam comprometer a execução contratual e assegurar a continuidade da prestação dos serviços.

Considerando que o objeto consiste na prestação de serviço continuado de assistência à saúde suplementar, cuja interrupção comprometeria diretamente a continuidade da cobertura assistencial dos beneficiários, mostra-se tecnicamente adequada a previsão de vigência contratual de até 60 (sessenta) meses, observadas as disposições dos arts. 105 e 106 da Lei nº 14.133/2021.

A previsão de prazo de até 60 (sessenta) meses está relacionada à natureza continuada do objeto e à necessidade de assegurar a estabilidade e a continuidade da assistência à saúde dos beneficiários, evitando a realização de sucessivos procedimentos de contratação para atendimento de uma necessidade permanente da Administração e reduzindo os riscos decorrentes de eventual descontinuidade ou transição entre operadoras.

A adoção do prazo de até 60 (sessenta) meses mostra-se, portanto, compatível com o caráter continuado da prestação e com a necessidade permanente do Crea-BA, sem prejuízo da verificação, durante a execução contratual, da manutenção das condições de vantajosidade, da regularidade da prestação dos serviços e do atendimento aos requisitos estabelecidos no instrumento contratual.

A estimativa da despesa foi elaborada com base nos valores de referência apurados para os primeiros 12 (doze) meses de execução contratual, período utilizado para fins de estimativa do valor da contratação. Não se mostra adequado projetar, nesta etapa, valores definitivos para os exercícios subsequentes, considerando a possibilidade de incidência dos mecanismos de reajuste contratualmente estabelecidos, bem como eventuais alterações no quantitativo de beneficiários e demais variáveis que possam repercutir sobre a despesa.

Para os exercícios subsequentes, os valores observarão os mecanismos de reajuste e demais condições estabelecidas no

contrato, bem como a efetiva quantidade de beneficiários e os demais fatores que possam repercutir sobre a despesa. A execução da contratação ficará condicionada, em cada exercício, à existência de dotação orçamentária e à disponibilidade de recursos, observadas as disposições legais aplicáveis.

A manutenção do contrato ao longo do período de vigência deverá permanecer condicionada à demonstração da vantagem para a Administração, à regular execução contratual, à disponibilidade orçamentária e ao atendimento das demais condições previstas na Lei nº 14.133/2021 e no instrumento contratual.

Considerando que o objeto consiste na prestação de serviço continuado de assistência à saúde suplementar, cuja interrupção comprometeria diretamente a continuidade da cobertura assistencial dos beneficiários, mostra-se tecnicamente adequada a previsão de vigência contratual inicial de 60 (sessenta) meses, admitida a prorrogação sucessiva até o limite máximo de 10 (dez) anos, observadas as condições estabelecidas nos arts. 105, 106 e 107 da Lei nº 14.133/2021.

Diante das análises realizadas, sugere-se o prosseguimento do processo para elaboração do Termo de Referência definitivo e realização do competente procedimento licitatório.



Documento assinado eletronicamente por **Kelly Cristina Dias Carneiro, Coordenador(a) de Gestão de Pessoas**, em 05/10/2026, às 18:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 4º, § 3º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luzia Noeli de Jesus dos Santos, Supervisor(a)**, em 06/10/2026, às 09:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 4º, § 3º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://confea.sei.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1693396** e o código CRC **78C2C362**.