ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR - ETP
PLANO DE SAÚDE - 2027

UNIDADE REQUISITANTE	Secretaria Geral
ÁREA DE PLANEJAMENTO	Equipe de ETP – Portaria 11/2026
CONTRATAÇÃO VIGENTE	Contrato Administrativo nº 009/2020 – vigência até 31/12/2026
DATA-BASE DOS BENEFICIÁRIOS	10/08/2026 – 12:40

INTRODUÇÃO

O presente ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR (ETP), enquanto elemento essencial ao planejamento do suprimento governamental, ao cumprir as determinações legais relacionadas à sua elaboração, auxilia na elaboração do competente termo de referência (TR) e dos demais documentos integrantes do processo.

Vê-se, assim, que as finalidades do ETP estão dirigidas, dentre outras, a analisar a viabilidade técnica da almejada contratação, bem assim avaliar todos os aspectos necessários e suficientes.

Entende-se que um dos principais documentos da etapa de planejamento é o estudo técnico preliminar (ETP), o qual se destina a identificar e analisar a necessidade pungente projetada pela unidade administrativa ao realizar o seu planejamento estratégico e o plano anual de contratação, buscando evidenciar o problema a ser resolvido, assim como as soluções possíveis, com fins de avaliar as informações necessárias para subsidiar o respectivo processo. Nota-se, portanto, que o ETP assume função estratégica na engrenagem das contratações públicas, pois pavimenta o caminho para o atendimento da demanda ao avaliar os cenários possíveis e demonstrar a viabilidade técnica e econômica das soluções disponíveis.

O estudo técnico preliminar tem por objetivo identificar e analisar os cenários para o atendimento da demanda que consta no documento de formalização da demanda, bem como demonstrar a viabilidade técnica e econômica das soluções identificadas, fornecendo as informações necessárias para subsidiar o respectivo processo.

O presente documento apresenta informações e justificativas exigidas pela lei n° 14.133 de 01 de abril de 2021 e que compõem os estudos preliminares (EP) e parte do termo de referência (TR), as quais deverão subsidiar a minuta do termo contratual pela unidade competente. Além disso, serão apresentadas, também, as justificativas para os aspectos mais relevantes da contratação/aquisição, para fins de motivação das decisões adotadas.

1. DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE (art. 18, § 1º, inciso I, da Lei nº 14.133/2021).

1.1. A Câmara Municipal de Itaperuna mantém contratação continuada de assistência à saúde suplementar, atualmente decorrente do Contrato Administrativo nº 009/2020, cuja vigência se encerra em 31 de dezembro de 2026. A necessidade administrativa consiste em assegurar, a partir de 01 de janeiro de 2027, solução válida e operacional que preserve a continuidade do benefício e o padrão assistencial atualmente disponibilizado, sem vincular previamente a Administração a uma única operadora ou a determinada forma de contratação.

1.2. A interrupção da cobertura representa risco relevante ao interesse público, pois pode atingir beneficiários em consultas, exames, terapias, tratamentos continuados, procedimentos, internações, acompanhamento obstétrico, atendimentos de urgência e emergência e demais eventos assistenciais abrangidos pela legislação de saúde suplementar.

1.3. O histórico contratual demonstra que a solução atualmente utilizada compreende assistência ambulatorial, hospitalar e obstétrica, sem coparticipação assistencial, com acomodação em apartamento individual e climatizado e rede assistencial credenciada. Essas condições constituem o padrão mínimo a ser preservado na futura contratação, sem redução de cobertura ou rebaixamento assistencial.

1.4. A necessidade não se restringe à contratação de determinada operadora nem pressupõe, nesta etapa inicial, um único modelo de contratação. O interesse público está em garantir acesso contínuo, adequado, regulado e economicamente sustentável à assistência à saúde suplementar. A forma de atendimento da demanda deverá decorrer da comparação das alternativas de mercado realizada neste ETP.

1.5. O planejamento deve considerar a transição entre o contrato atual e a nova contratação, evitando período sem cobertura, descontinuidade de tratamentos e qualquer imposição de carência aos beneficiários elegíveis, uma vez que a futura contratação deverá ser estruturada sem carência, bem como disciplinando adesões, cancelamentos e eventual mudança de operadora, sempre conforme a legislação e as normas da ANS.

2. ALINHAMENTO ENTRE A CONTRATAÇÃO E O PLANEJAMENTO (art. 18, § 1º, inciso II da Lei Federal nº 14.133/21).

2.1. A contratação decorre de demanda formalizada pela Secretaria Geral e integra o planejamento administrativo necessário à substituição da contratação que se encerra em 31/12/2026. O tipo de solução a ser adotado é definido neste ETP a partir do levantamento de mercado, da análise da necessidade, dos requisitos assistenciais, da viabilidade econômica e das características da carteira de beneficiários.

2.2. Nos termos do art. 18 da Lei nº 14.133/2021, a fase preparatória deve ser compatibilizada com o Plano de Contratações Anual, sempre que elaborado, e com as leis orçamentárias. Conforme o planejamento institucional utilizado como referência, o PCA encontra-se em fase de elaboração e planejamento; a presente contratação deverá ser

contemplada nesse instrumento, caso concluído antes da formalização, e possuir previsão orçamentária suficiente para o exercício de 2027.

2.3. O objeto apresenta caráter continuado, decorrente de necessidade permanente ou prolongada. A solução definida ao final deste ETP deverá ser planejada e implementada com antecedência suficiente para seleção ou habilitação das operadoras, escolha pelos beneficiários quando aplicável e implantação das coberturas antes do encerramento do contrato vigente.

3. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO (art. 18, § 1º, inciso III, da Lei nº 14.133/2021).

3.1. Para atendimento da necessidade identificada, a futura contratação e as operadoras que vierem a executá-la deverão observar, no mínimo, os seguintes requisitos funcionais, assistenciais e regulatórios:

• operadora ou seguradora especializada regularmente constituída, registrada e autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, apta a ofertar plano coletivo empresarial compatível com o objeto;

• segmentação assistencial compatível com cobertura ambulatorial, hospitalar e obstétrica, observadas a Lei nº 9.656/1998, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da ANS e suas atualizações;

• acomodação hospitalar em apartamento individual, preservando condição objetiva integrante do padrão assistencial atualmente disponibilizado; a exigência deverá ser formulada sem indicação de estabelecimento específico e validada quanto à viabilidade mercadológica, de forma a não restringir indevidamente a participação de operadoras aptas;

• rede assistencial efetiva que inclua o Município de Itaperuna e apresente capacidade compatível para consultas, exames, terapias, procedimentos, inclusive procedimentos de alta complexidade, urgência, emergência, internações e leitos de alta tecnologia, mediante critérios mínimos objetivos, verificáveis e iguais para todas as operadoras, sem direcionamento nominal a hospital, clínica ou profissional específico, salvo justificativa técnica devidamente motivada;

• mecanismo claro para atendimento fora da rede, reembolso ou solução equivalente quando previsto na regulamentação e no produto ofertado;

• cartão físico ou digital e canais de atendimento ao beneficiário, inclusive para autorizações, rede credenciada, segunda via, dúvidas e suporte assistencial;

• gestão eletrônica de inclusão, exclusão e movimentação cadastral, com rastreabilidade das solicitações formuladas pela Câmara;

• proteção de dados pessoais e dados pessoais sensíveis de saúde, com observância da Lei nº 13.709/2018 - LGPD e adoção de medidas de segurança compatíveis;

• continuidade assistencial, ausência de qualquer período de carência e regras de transição que reduzam o risco de desassistência de beneficiários em tratamento, internação ou acompanhamento continuado;

• aceitação integral das condições objetivas e padronizadas do futuro edital, do Termo de Referência e do instrumento de contratação, inclusive quanto à cobertura, faturamento, fiscalização, proteção de dados, transição e ausência de garantia de quantitativo mínimo quando adotada solução que admita múltiplas operadoras.

3.2. Coparticipação e modelo de custeio

A solução contratada deverá preservar, como requisito de qualidade do benefício, o modelo atualmente vigente sem coparticipação assistencial do beneficiário por consultas, exames, terapias, procedimentos, internações ou demais utilizações cobertas pelo plano. A manutenção dessa condição evita transferência de custo diretamente ao usuário no momento da utilização, preserva a previsibilidade financeira do benefício e permite comparação uniforme entre as alternativas. Sua viabilidade deverá ser confirmada pela pesquisa de mercado e de preços.

3.3. Ausência de carência e transição

A futura contratação deverá ser estruturada SEM CARÊNCIA, não sendo admitida a imposição de qualquer período de carência aos beneficiários elegíveis, titulares ou dependentes, tanto na implantação quanto nas inclusões realizadas durante a vigência. Essa condição constitui requisito obrigatório da contratação e deverá constar expressamente do Termo de Referência, do edital e dos instrumentos decorrentes, cabendo às operadoras interessadas aceitar integralmente essa condição para participação. A transição deverá ser disciplinada de forma uniforme, garantindo continuidade assistencial e evitando desassistência de beneficiários em tratamento, internação ou acompanhamento continuado, observada a regulamentação aplicável da ANS.

3.4. Beneficiários elegíveis

A definição de titulares e dependentes elegíveis deverá observar a Resolução nº 353/1991, a regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e as condições do plano coletivo empresarial. Nos termos do art. 5º da Resolução Normativa ANS nº 560/2022, poderão integrar o grupo familiar do beneficiário titular, desde que previsto contratualmente, o cônjuge ou companheiro, os parentes até o terceiro grau de parentesco consanguíneo e os parentes até o segundo grau de parentesco por afinidade. O ingresso do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular no contrato. Para fins do benefício concedido pela Câmara Municipal de Itaperuna, serão custeados nas mesmas condições todos os beneficiários regularmente elegíveis e inscritos no plano, sejam titulares ou dependentes.

3.5. Participação financeira da Câmara e dos beneficiários - Resolução nº 353/1991

A forma de custeio do benefício possui fundamento na Resolução nº 353, de 26 de fevereiro de 1991, da Câmara Municipal de Itaperuna, que disciplina a assistência médico-hospitalar destinada aos beneficiários nela descritos e estabelece o custeio mediante participação de 50% (cinquenta por cento) da mensalidade por conta do usuário inscrito e 50% (cinquenta

por cento) com recursos próprios do Poder Legislativo. Dessa forma, a participação financeira da Câmara incidirá sobre todos os beneficiários elegíveis e regularmente inscritos no plano, observadas as condições estabelecidas na referida Resolução.

Assim, para cada beneficiário elegível efetivamente inscrito no plano, seja titular ou dependente, a Câmara Municipal de Itaperuna suportará 50% (cinquenta por cento) do valor da respectiva mensalidade, cabendo ao usuário responsável os 50% (cinquenta por cento) restantes, mediante os procedimentos administrativos de desconto em folha aplicáveis.

A participação financeira de 50% da Câmara sobre as mensalidades dos beneficiários não se confunde com coparticipação assistencial. O plano pretendido permanecerá sem cobrança por utilização de consultas, exames, terapias, procedimentos, internações ou demais eventos cobertos. Trata-se exclusivamente do rateio da mensalidade de cada beneficiário regularmente inscrito.

3.6. Critérios para avaliação do modelo de contratação

A escolha da solução deverá considerar, de forma conjunta, continuidade assistencial, qualidade da rede, liberdade de escolha do beneficiário quando tecnicamente viável, padronização das condições, ausência de exclusividade desnecessária, controle de custos, capacidade de fiscalização e adaptação à variação da carteira. Esses critérios orientam o levantamento de mercado do item 5. Caso se demonstre mais vantajosa a contratação paralela e não excludente com seleção pelo beneficiário, o modelo deverá observar os arts. 74, IV, 78, I, e 79, incisos I e II, da Lei nº 14.133/2021.

CATEGORIA	PARTICIPAÇÃO DA CÂMARA	RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO
Titular elegível	50% da mensalidade	50% da mensalidade
Dependente elegível e regularmente inscrito	50% da mensalidade	50% da mensalidade

4. ESTIMATIVA DAS QUANTIDADES (art. 18, § 1º, inciso IV, da Lei nº 14.133/2021).

4.1. Para dimensionar a demanda potencial da contratação, a Divisão de Licitações solicitou ao Departamento de Pessoal o quantitativo atualizado de beneficiários do plano de saúde, discriminado entre titulares e dependentes. Em resposta, foi encaminhado o relatório dos usuários do plano, gerado em 10/08/2026 às 12:40 pela operadora, referente à competência 08/2026.

4.2. A partir do documento encaminhado, foi elaborado quadro consolidado para fins de planejamento. O relatório-base apresenta 66 beneficiários, sendo 18 titulares e 48 dependentes. O total de 66 corresponde ao número de vidas atualmente vinculadas à carteira. Para fins de adesão e elegibilidade, os dependentes permanecem vinculados ao respectivo titular, conforme a regulamentação da ANS; contudo, uma vez regularmente inscritos e elegíveis, titulares e dependentes possuem o mesmo tratamento quanto à participação financeira da Câmara, com custeio de 50% da respectiva mensalidade.

ELEMENTO	QUANTIDADE NA DATA-BASE	INTERPRETAÇÃO PARA A CONTRATAÇÃO
Titulares	18	Vínculos principais / potenciais adesões titulares
Dependentes	48	Vidas vinculadas aos respectivos titulares
Total de beneficiários	66	Total de vidas; NÃO corresponde a 66 planos autônomos

4.3. A distribuição etária utilizada como memória de cálculo da demanda é a seguinte:

ITEM	FAIXA ETÁRIA	TITULARES	DEPENDENTES	TOTAL
01	0 a 18 anos	0	22	22
02	19 a 23 anos	0	3	3
03	24 a 28 anos	1	3	4
04	29 a 33 anos	0	2	2
05	34 a 38 anos	2	4	6
06	39 a 43 anos	2	1	3
07	44 a 48 anos	3	2	5
08	49 a 53 anos	4	1	5
09	54 a 58 anos	4	2	6
10	59 anos ou mais	2	8	10
	TOTAL GERAL	**18**	**48**	**66**
RESSALVA	Os 66 beneficiários representam a fotografia da carteira em 10/08/2026 e NÃO constituem quantitativo fixo. O número poderá aumentar ou diminuir até a implantação e durante a execução do contrato em razão de admissões, desligamentos, inclusão ou exclusão de dependentes, alterações de vínculo e demais movimentações cadastrais. A pesquisa de preços e o Termo de Referência deverão adotar mecanismo de preços unitários por faixa etária, de modo a permitir faturamento conforme a carteira efetivamente ativa em cada competência.			

4.4. Unidade de adesão e composição da carteira

Para fins da contratação, o titular constitui o vínculo principal perante o plano coletivo empresarial. Os dependentes elegíveis ingressam vinculados ao respectivo titular e, conforme a RN ANS nº 560/2022, o ingresso do grupo familiar depende da participação do beneficiário titular no contrato. Essa vinculação é de natureza cadastral e regulatória e não implica diferença de custeio: uma vez regularmente inscritos, titulares e dependentes terão 50% de suas respectivas mensalidades custeadas pela Câmara.

Considerando a fotografia cadastral de 10/08/2026, a carteira possui 18 titulares. Portanto, se todos os titulares atuais optarem pela adesão, existirão, nessa data-base, até 18 vínculos principais de adesão, aos quais poderão estar associados os 48 dependentes atualmente cadastrados. O quantitativo de 66 vidas é utilizado para dimensionar cobertura assistencial, rede, risco, faixas etárias e custo global da carteira, mas não deve ser interpretado como possibilidade de contratação de 66 planos autônomos.

A quantidade de titulares e dependentes poderá aumentar ou diminuir durante a vigência em razão das movimentações cadastrais. A forma de distribuição da carteira e de remuneração das operadoras dependerá do modelo de contratação definido após o levantamento de mercado, não havendo, nesta etapa, garantia de número mínimo de adesões, vidas ou faturamento a qualquer prestadora.

4.5. Antes da definição dos valores do edital e, novamente, antes da implantação da contratação, recomenda-se conferência do quadro de beneficiários para identificar alterações relevantes na quantidade de titulares, dependentes e na distribuição etária. Durante a vigência, o faturamento deverá observar as vidas efetivamente vinculadas à operadora contratada, as respectivas faixas etárias e as regras do modelo selecionado, sem que o total estimado da carteira constitua obrigação de contratação ou garantia de faturamento.

5. LEVANTAMENTO DE MERCADO (art. 18, § 1º, inciso V, da Lei nº 14.133/2021).

5.1. O levantamento de mercado foi realizado para comparar tipos de solução capazes de atender à necessidade administrativa, sem pré-seleção de operadora específica. Foram considerados o histórico do Contrato nº 009/2020, o perfil atual de 66 beneficiários, os requisitos mínimos de cobertura e rede, a regulamentação da ANS, a possibilidade de variação da carteira, os impactos administrativos de cada modelo e a necessidade de continuidade assistencial. A análise do ETP concentra-se na escolha do tipo de solução; a aptidão de operadoras específicas, a suficiência de suas redes e a compatibilidade dos valores deverão ser verificadas objetivamente na pesquisa de preços, na habilitação e na fiscalização do futuro procedimento.

ALTERNATIVA	ACESSO/CONTINUIDADE	PREVISIBILIDADE	COMPLEXIDADE	AVALIAÇÃO
A - Pregão para uma única operadora	Alta	Alta	Média	Viável em tese; concentra a carteira em uma única rede e reduz a escolha do beneficiário
B - Credenciamento de múltiplas operadoras	Alta	Alta	Média	MAIOR ADERÊNCIA - SOLUÇÃO ADOTADA APÓS A ANÁLISE
C - Reembolso predominante	Média	Média	Alta	Menor aderência; transfere maior carga financeira e operacional ao beneficiário

ALTERNATIVA	ACESSO/CONTINUIDADE	PREVISIBILIDADE	COMPLEXIDADE	AVALIAÇÃO
D - Autogestão direta pela Câmara	Baixa	Baixa	Muito alta	Incompatível com a estrutura administrativa atual

5.2. Alternativa A - pregão para contratação de uma única operadora

O pregão poderia selecionar uma única operadora mediante disputa competitiva, desde que o objeto fosse definido por especificações usuais de mercado. Trata-se de alternativa juridicamente possível em tese e com potencial de competição por preço, porém concentra toda a carteira em uma única rede assistencial, reduz a possibilidade de escolha pelos beneficiários e aumenta a dependência operacional da Administração em relação a um único prestador durante a execução.

5.3. Alternativa B - credenciamento paralelo e não excludente, com seleção pelo beneficiário

O credenciamento permite habilitar simultaneamente todas as operadoras que atendam às condições padronizadas, sem competição excludente entre elas. A seleção efetiva do prestador fica a cargo do beneficiário direto, que poderá considerar rede assistencial, conveniência e disponibilidade dentre as credenciadas. Para ser adotado, o modelo exige condições e valores previamente padronizados, critérios objetivos de rede e habilitação, edital permanentemente disponível e demonstração de que contratações simultâneas são viáveis e vantajosas. A solução encontra amparo no art. 79, incisos I e II, e no art. 74, inciso IV, da Lei nº 14.133/2021.

5.4. Alternativa C - solução com reembolso predominante

Amplia a liberdade de escolha em determinadas situações, porém transfere ao beneficiário maior carga operacional e financeira, exige desembolso prévio em muitos modelos e pode ser menos adequada à necessidade de assistência continuada com rede local efetiva.

5.5. Alternativa D - autogestão direta pela Câmara

Exigiria estrutura administrativa, atuarial, regulatória, assistencial e de gestão de risco incompatível com a dimensão da Câmara Municipal, além de elevar significativamente a complexidade operacional. Não se mostra solução proporcional.

5.6. Solução escolhida - CREDENCIAMENTO

Após a comparação das alternativas, a solução que apresenta maior aderência à necessidade é o CREDENCIAMENTO de operadoras de planos privados de assistência à saúde, em caráter paralelo e não excludente, com seleção da credenciada pelo TITULAR. A escolha decorre da combinação entre continuidade assistencial, possibilidade de coexistência de redes distintas, natureza variável da carteira, ausência de necessidade de

exclusão de prestadores igualmente aptos e possibilidade de padronização das condições e dos valores. A adoção do modelo não dispensa a verificação objetiva, antes do edital e durante a habilitação, da existência de operadoras aptas e de rede compatível com os requisitos estabelecidos.

5.6.1. Aderência às hipóteses legais do credenciamento

O modelo apresenta aderência às hipóteses de contratação paralela e não excludente e de seleção a critério de terceiros, previstas no art. 79, incisos I e II, da Lei nº 14.133/2021. É juridicamente possível a existência simultânea de mais de uma operadora credenciada, todas submetidas às mesmas condições mínimas, cabendo a escolha efetiva do prestador ao titular, destinatário direto da prestação. Eventual mudança entre operadoras deverá observar as regras do edital, do contrato e da regulamentação vigente da ANS, sem imposição de interstício não amparado por fundamento legal ou técnico. As contratações decorrentes do credenciamento encontram fundamento no art. 74, inciso IV, da mesma Lei.

5.6.2. Ausência de necessidade de exclusão competitiva

A finalidade administrativa não exige que uma única operadora concentre toda a carteira. Se duas ou mais empresas demonstrarem capacidade de prestar o serviço no padrão exigido e aceitarem os valores e condições estabelecidos pela Câmara, a exclusão das demais por uma disputa competitiva não acrescenta, por si só, vantagem assistencial. No credenciamento, a Administração preserva a possibilidade de contratar todas as aptas, sem abrir mão do controle de preço, habilitação, cobertura, rede e fiscalização.

5.6.3. Vantagem assistencial da escolha pelo titular

Em planos de saúde, a utilidade do serviço não se resume ao preço nominal da mensalidade. A composição da rede credenciada, médicos, hospitais, clínicas, laboratórios, localização e disponibilidade de atendimento impactam diretamente a experiência e a continuidade assistencial. A possibilidade de escolha entre operadoras credenciadas permite ao titular considerar essas características sem que a Câmara tenha de impor uma única rede a todos os beneficiários.

5.6.4. Adequação à natureza variável da carteira

A carteira não é rígida. Titulares podem ingressar ou sair do benefício e dependentes podem ser incluídos ou excluídos ao longo da vigência. O credenciamento se adapta a essa dinâmica porque não pressupõe quantidade mínima garantida a qualquer empresa. Cada operadora receberá somente pelas adesões efetivamente realizadas pelos titulares que a escolherem e pelas vidas dependentes vinculadas a esses titulares.

5.6.5. Ampliação de oferta e redução de dependência de uma única rede

A coexistência de múltiplas credenciadas amplia as alternativas assistenciais e reduz a dependência operacional de uma única rede. A manutenção do chamamento disponível

durante sua vigência permite o ingresso de novas interessadas que venham a cumprir os requisitos, contribuindo para continuidade, flexibilidade e resiliência da solução administrativa. A pluralidade efetiva de operadoras será aferida no procedimento, não havendo pressuposição de número mínimo de credenciadas neste ETP.

5.6.6. Preservação da isonomia, economicidade e controle administrativo

O credenciamento não significa contratação sem critérios. A Câmara definirá previamente requisitos uniformes de habilitação, padrão assistencial, ausência de coparticipação, ausência de carência, acomodação, rede mínima, regras de transição, faixas etárias, valores admitidos, faturamento e fiscalização. Todas as interessadas serão submetidas às mesmas condições, assegurando tratamento isonômico, transparência, controle de custos e proteção do interesse público.

5.6.7. Síntese da escolha

Diante desses elementos, o credenciamento paralelo e não excludente, com seleção da operadora pelo titular, mostra-se mais aderente à necessidade da Câmara Municipal de Itaperuna do que a concentração obrigatória de toda a carteira em uma única operadora. A solução amplia opções, preserva o padrão assistencial, acompanha a variação da carteira, evita garantia artificial de demanda e mantém sob controle da Administração as condições de preço, qualidade, habilitação e execução.

6. ESTIMATIVA DO VALOR DA CONTRATAÇÃO (art. 18, § 1º, inciso VI, da Lei nº 14.133/2021).

6.1. Para fins deste Estudo Técnico Preliminar, foi elaborada estimativa preliminar do valor da contratação com base na carteira efetivamente ativa em 10/08/2026 e nos valores de mensalidade constantes do relatório da contratação vigente. A estimativa tem finalidade de planejamento e de avaliação da viabilidade econômica. No credenciamento dos incisos I e II do art. 79 da Lei nº 14.133/2021, o edital deverá estabelecer condições padronizadas e definir os valores da contratação por faixa etária, aplicáveis de forma isonômica às operadoras credenciadas.

6.2. Antes da publicação do edital, a Administração deverá realizar pesquisa de preços contemporânea e tecnicamente comparável, observando os parâmetros legalmente admitidos, inclusive contratações públicas similares, referências idôneas de mercado e, quando cabível, pesquisa direta com operadoras aptas. Essa etapa deverá confirmar ou atualizar os valores unitários referenciais por faixa etária utilizados neste ETP, de modo a atrair prestadores aptos sem comprometer a economicidade e a sustentabilidade orçamentária da Câmara.

6.3. A memória de cálculo preliminar utiliza o “Relatório dos Usuários por Empresa com Valor da Mensalidade em Ordem de Matrícula”, emitido pelo Hospital São José do Avaí -

SOULMV/MVSAÚDE em 10/08/2026 às 12:40, competência 08/2026, Contrato nº 462. O relatório registra 66 beneficiários e despesa mensal total de R$ 30.954,18. Para cada faixa etária, o valor unitário referencial preliminar foi obtido pela divisão do total mensal da faixa pelo respectivo número de vidas; o total anual foi calculado pela multiplicação da despesa mensal por 12 meses. Os valores servem como estimativa inicial do ETP e não substituem a pesquisa contemporânea que definirá os valores padronizados do futuro edital.

FAIXA ETÁRIA	QTD.	VALOR UNITÁRIO REF. PRELIMINAR	TOTAL MENSAL ESTIMADO	TOTAL ANUAL ESTIMADO
0 a 18 anos	22	R$ 204,06	R$ 4.489,24	R$ 53.870,88
19 a 23 anos	3	R$ 227,91	R$ 683,74	R$ 8.204,88
24 a 28 anos	4	R$ 242,88	R$ 971,52	R$ 11.658,24
29 a 33 anos	2	R$ 247,75	R$ 495,50	R$ 5.946,00
34 a 38 anos	6	R$ 304,25	R$ 1.825,50	R$ 21.906,00
39 a 43 anos	3	R$ 298,33	R$ 894,98	R$ 10.739,76
44 a 48 anos	5	R$ 494,80	R$ 2.474,00	R$ 29.688,00
49 a 53 anos	5	R$ 593,86	R$ 2.969,28	R$ 35.631,36
54 a 58 anos	6	R$ 749,14	R$ 4.494,84	R$ 53.938,08
59 anos ou mais	10	R$ 1.165,56	R$ 11.655,58	R$ 139.866,96
TOTAL	**66**	-	R$ 30.954,18	**R$ 371.450,16**

6.4. Estimativa global preliminar e participação financeira da Câmara

Com base na fotografia da carteira em 10/08/2026, o valor global preliminar da contratação corresponde a R$ 30.954,18 por mês e R$ 371.450,16 para um horizonte de 12 meses. Considerando o custeio de 50% da mensalidade de cada beneficiário elegível e regularmente inscrito, a participação estimada da Câmara corresponde a R$ 15.477,09 mensais e R$ 185.725,08 anuais, cabendo aos beneficiários igual montante. Os valores variarão conforme inclusões, exclusões, mudanças de faixa etária, adesões e distribuição dos beneficiários entre as credenciadas.

DESCRIÇÃO	VALOR ESTIMADO
Valor mensal global da carteira - 66 vidas	R$ 30.954,18
Valor global estimado - 12 meses	R$ 371.450,16
Participação anual estimada da Câmara - 50%	**R$ 185.725,08**

6.5. Os valores unitários que constarão do edital não serão automaticamente os valores históricos ou médios indicados neste ETP. A pesquisa de preços deverá confirmar, ajustar e justificar os valores padronizados por faixa etária. Para fins da fase de planejamento, entretanto, a memória de cálculo acima fornece estimativa quantitativa e econômica suficiente para avaliar a dimensão financeira da contratação e orientar a previsão orçamentária.

7. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO (art. 18, § 1º, inciso VII, da Lei nº 14.133/2021).

7.1. A solução consiste no CREDENCIAMENTO de operadoras ou seguradoras especializadas autorizadas pela ANS para prestação continuada de assistência à saúde suplementar aos beneficiários elegíveis da Câmara Municipal de Itaperuna, mediante

condições padronizadas, possibilidade de múltiplas credenciadas e escolha da operadora pelo titular. Os dependentes elegíveis ingressarão vinculados ao respectivo titular, na forma da regulamentação da ANS e do contrato, e todos os beneficiários regularmente inscritos - titulares e dependentes - terão direito ao mesmo regime de custeio de 50% da respectiva mensalidade pela Câmara.

• cobertura ambulatorial, hospitalar e obstétrica, em conformidade com a legislação e o Rol vigente da ANS;

• acomodação em apartamento individual nas internações abrangidas pelo produto contratado, preservando o padrão assistencial sem indicação nominal de estabelecimento específico e observada a viabilidade mercadológica;

• rede assistencial com atendimento efetivo no Município de Itaperuna e capacidade regional compatível para consultas, exames, terapias, procedimentos, inclusive procedimentos de alta complexidade, internações e disponibilidade de leitos de alta tecnologia, cujos critérios mínimos serão objetivamente detalhados no Termo de Referência sem direcionamento a estabelecimento específico, salvo justificativa técnica;

• atendimento de urgência e emergência conforme a regulação aplicável e regras claras para hipóteses de indisponibilidade de rede;

• procedimentos, consultas, exames, terapias, procedimentos de alta complexidade, internações e demais coberturas obrigatórias, observadas as regras legais de autorização e cobertura;

• canais de atendimento ao usuário e à Administração, rede credenciada atualizada e mecanismos eletrônicos de gestão cadastral;

• regras transparentes de inclusão, exclusão, ausência de carência, transição e movimentação dos beneficiários;

• faturamento mensal detalhado, com identificação dos beneficiários ativos, faixa etária e valor unitário aplicado;

• proteção dos dados pessoais e dados de saúde, com limitação de acesso às informações necessárias à gestão administrativa do credenciamento e dos instrumentos decorrentes;

• valores padronizados por faixa etária, definidos no edital após pesquisa de preços, aplicáveis de forma isonômica às credenciadas.

• manutenção do edital de chamamento disponível durante sua vigência, permitindo cadastramento permanente de novas interessadas, na forma da Lei nº 14.133/2021 e da regulamentação aplicável;

• escolha da credenciada pelo titular, sem garantia de quantidade mínima de titulares, dependentes, vidas ou faturamento a qualquer operadora; os dependentes acompanharão a operadora escolhida pelo respectivo titular;

• credenciamento sem exclusividade, permitindo a habilitação simultânea de todas as operadoras que atendam aos requisitos;

7.2. O Termo de Referência e o Edital de Credenciamento deverão converter essas condições em regras objetivas de habilitação, execução, adesão, faturamento, fiscalização,

descredenciamento e transição. Deverão estabelecer os critérios de elegibilidade dos dependentes em conformidade com a RN ANS nº 560/2022, prevendo o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro, desde que o titular participe do plano e a condição seja comprovada. O plano deverá ser ofertado e executado SEM CARÊNCIA, vedada a imposição de qualquer período de carência aos beneficiários elegíveis, titulares ou dependentes, devendo essa condição constar expressamente dos instrumentos da contratação. O faturamento deverá identificar todas as vidas ativas e respectivas faixas etárias, aplicando-se o custeio de 50% pela Câmara e 50% pelo beneficiário sobre a mensalidade de cada titular ou dependente regularmente inscrito.

8. JUSTIFICATIVA PARA O PARCELAMENTO OU NÃO (art. 18, § 1º, inciso VIII, da Lei nº 14.133/2021).

8.1. Não se recomenda o parcelamento do objeto por procedimentos médicos, coberturas, especialidades ou faixas etárias, pois cada plano deve constituir solução assistencial integrada. O credenciamento de múltiplas operadoras não configura parcelamento inadequado do objeto: cada credenciada deverá estar apta a fornecer a solução completa nas mesmas condições mínimas padronizadas.

8.2. A multiplicidade de credenciadas decorre da lógica do art. 79, incisos I e II, da Lei nº 14.133/2021. Não haverá divisão prévia da carteira em lotes nem reserva de beneficiários. Cada TITULAR escolherá livremente dentre as credenciadas disponíveis, e seus dependentes permanecerão vinculados à mesma escolha. A distribuição da demanda entre operadoras decorrerá, portanto, do número de titulares que optarem por cada credenciada e da quantidade de dependentes vinculados a esses titulares, e não de 66 contratações autônomas.

8.3. A diferenciação de preços por faixa etária constitui critério de formação e faturamento do plano e não parcelamento do objeto. Os valores por faixa serão padronizados no edital de credenciamento.

9. DEMONSTRATIVO DOS RESULTADOS PRETENDIDOS (art. 18, § 1º, inciso IX, da Lei nº 14.133/2021).

• continuidade da cobertura assistencial a partir de 01/01/2027, sem lacuna entre o contrato vigente e os instrumentos decorrentes do credenciamento;

• manutenção de acesso efetivo a consultas, exames, terapias, procedimentos, inclusive procedimentos de alta complexidade, internações, leitos de alta tecnologia, urgência, emergência e obstetrícia;

• rede assistencial adequada ao perfil geográfico dos beneficiários, com atenção especial ao Município de Itaperuna e região, incluindo capacidade assistencial para procedimentos de alta complexidade e acesso a leitos de alta tecnologia;

• redução de riscos de judicialização e de soluções emergenciais decorrentes de descontinuidade do serviço;

• previsibilidade e transparência no faturamento por faixa etária e beneficiário ativo;

• melhor capacidade de fiscalização mediante relatórios, canais formais e gestão cadastral eletrônica;

• ampliação das opções de operadoras disponíveis aos beneficiários, sem exclusão das empresas que atendam integralmente às condições do credenciamento;

• preservação da continuidade de tratamentos e transição planejada da carteira, com possibilidade de escolha pelo beneficiário entre as operadoras credenciadas.

• promoção de economicidade e melhor aproveitamento dos recursos administrativos e financeiros, mediante valores padronizados por faixa etária, pagamento apenas pelas vidas efetivamente ativas, ausência de garantia mínima de demanda às credenciadas e gestão cadastral eletrônica, tomando-se como referência preliminar o valor global anual de R$ 371.450,16 e o impacto anual estimado de R$ 185.725,08 para a Câmara, sujeitos à confirmação pela pesquisa de preços.

10. PROVIDÊNCIAS PRÉVIAS À FORMALIZAÇÃO DO CREDENCIAMENTO (art. 18, § 1º, inciso X, da Lei nº 14.133/2021).

• concluir pesquisa de preços contemporânea suficiente para confirmar ou atualizar os valores unitários referenciais por faixa etária e definir os valores padronizados que constarão do edital de credenciamento;

• atualizar o quantitativo e a distribuição etária caso tenha ocorrido alteração relevante desde 10/08/2026;

• elaborar o Termo de Referência e o Edital de Credenciamento com requisitos objetivos de habilitação, rede, cobertura, ausência de carência, implantação, adesão, faturamento, movimentação cadastral, fiscalização, descredenciamento e pagamento;

• elaborar análise de riscos contemplando especialmente baixa adesão de operadoras, insuficiência de rede, valor fixado incompatível com o mercado, falha de implantação, imposição indevida de carência, descontinuidade, concentração excessiva de beneficiários em uma única credenciada e dificuldades de transição;

• definir gestores e fiscais do contrato e capacitá-los quanto à fiscalização de serviço de saúde suplementar, faturamento por faixa etária e proteção de dados;

• planejar cronograma de implantação, envio da base cadastral, emissão de cartões e comunicação aos beneficiários antes de 31/12/2026;

• verificar a adequação orçamentária e a disponibilidade de recursos para 2027, bem como registrar a contratação no Plano de Contratações Anual caso o PCA seja concluído antes da formalização do procedimento;

• providenciar a divulgação do edital no PNCP e no sítio eletrônico oficial, mantendo-o disponível para cadastramento permanente de novos interessados durante sua vigência, conforme a legislação aplicável;

• submeter os documentos da fase preparatória ao controle jurídico e demais instâncias competentes, conforme a legislação e a regulamentação interna.

10.1. Estratégia de transição para o credenciamento

A implantação deverá ocorrer de forma coordenada com o encerramento do contrato atual. Recomenda-se estabelecer período suficiente para habilitação inicial das operadoras, divulgação da relação de credenciadas aos beneficiários, exercício da opção individual, importação dos dados cadastrais, emissão de cartões e tratamento específico para beneficiários em internação ou tratamento continuado. O cronograma deverá assegurar que nenhuma escolha ou implantação resulte em lacuna de cobertura.

11. CONTRATAÇÕES CORRELATAS E/OU INTERDEPENDENTES (art. 18, § 1º, inciso XI, da Lei nº 14.133/2021).

11.1. A contratação possui correlação direta com o Contrato Administrativo nº 009/2020, decorrente da Tomada de Preços nº 002/2020, Processo Administrativo CMI nº 0612/2020, atualmente prorrogado até 31/12/2026.

11.2. O contrato anterior e seu Termo de Referência são utilizados como fonte histórica interna para identificação do padrão assistencial atualmente ofertado e como subsídio ao dimensionamento da demanda. A modelagem do novo credenciamento decorre da comparação das alternativas realizada no item 5 deste ETP, com fundamento na Lei nº 14.133/2021, na legislação de saúde suplementar, na regulamentação da ANS, na Resolução nº 353/1991 e nas necessidades específicas verificadas no presente planejamento.

11.3. Não foram identificadas outras contratações interdependentes indispensáveis à execução do objeto. A atuação do Departamento de Pessoal, Secretaria Geral, Licitações, Contabilidade e fiscalização contratual constitui fluxo interno de suporte administrativo, e não contratação autônoma necessária ao funcionamento do plano.

12. IMPACTOS AMBIENTAIS E MEDIDAS MITIGADORAS (art. 18, § 1º, inciso XII, da Lei nº 14.133/2021).

12.1. O objeto apresenta impacto ambiental direto reduzido, por se tratar predominantemente de prestação de serviço assistencial e administrativo. As medidas de sustentabilidade devem concentrar-se na digitalização de processos, redução de impressos, cartões digitais, comunicações eletrônicas e racionalização de documentos físicos.

12.2. Sempre que compatível com a regulação setorial e sem prejuízo à assistência, poderão ser estimulados canais digitais de atendimento, teleorientação e telemedicina disponibilizados pela operadora, observadas as normas profissionais e de saúde.

12.3. Não se recomenda impor requisitos ambientais desconectados do objeto ou que reduzam indevidamente a competitividade.

13. ANÁLISE SINTÉTICA DOS RISCOS RELEVANTES

Embora a análise de riscos possa constituir documento próprio da fase preparatória, este ETP registra os principais eventos que influenciam a escolha da solução e deverão ser detalhados na matriz de riscos/gerenciamento de riscos.

RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	TRATAMENTO PRELIMINAR
Atraso na implantação do credenciamento	Média	Muito alto	Cronograma antecipado, habilitação inicial e marcos de controle.
Baixa adesão de operadoras ao edital	Média	Alto	Pesquisa de mercado e valores fixados compatíveis com o padrão exigido.
Insuficiência de rede em Itaperuna	Média	Alto	Critérios objetivos de rede e validação na habilitação.
Valor padronizado incompatível com o mercado	Média	Alto	Pesquisa ampla e previsão de atualização/reajuste conforme edital.
Imposição de carência ou transição inadequada	Média	Muito alto	Vedação expressa de carência no Termo de Referência, edital e instrumentos de contratação, com regras uniformes de transição e continuidade assistencial.
Oscilação da carteira entre credenciadas	Alta	Médio	Faturamento por beneficiário ativo e rotinas mensais de movimentação.
Tratamento inadequado de dados de saúde	Baixa/Média	Alto	LGPD, minimização, controle de acesso e segurança da informação.

14. VIABILIDADE E POSICIONAMENTO CONCLUSIVO (art. 18, § 1º, inciso XIII, da Lei nº 14.133/2021).

14.1. A necessidade está tecnicamente caracterizada e decorre da obrigação de planejar a continuidade da assistência à saúde suplementar após o término do Contrato nº 009/2020 em 31/12/2026.

14.2. O levantamento de mercado demonstra que o CREDENCIAMENTO é a solução de maior aderência às características concretas da demanda da Câmara Municipal de Itaperuna. A conclusão decorre da comparação com as alternativas de contratação de uma única operadora, reembolso predominante e autogestão direta, considerando continuidade assistencial, liberdade de escolha, variação da carteira, padronização das condições e controle administrativo. O modelo permite admitir simultaneamente operadoras aptas, sem

necessidade de excluir prestadores que atendam integralmente aos mesmos requisitos, e permitir que o titular escolha entre as redes disponíveis. A solução encontra fundamento nos arts. 78, I, e 79, I e II, da Lei nº 14.133/2021, com as contratações decorrentes formalizadas na forma do art. 74, IV.

14.3. A solução recomendada consiste no credenciamento de múltiplas operadoras de planos privados de assistência à saúde, todas submetidas ao mesmo padrão mínimo atualmente vigente e aos requisitos estabelecidos neste ETP: plano sem coparticipação por utilização e SEM CARÊNCIA, cobertura ambulatorial, hospitalar e obstétrica, acomodação em apartamento individual e climatizado, rede assistencial efetiva em Itaperuna e região, com capacidade para procedimentos de alta complexidade e disponibilidade de leitos de alta tecnologia, além das demais coberturas legais. O regime de custeio será uniforme para todos os beneficiários elegíveis e regularmente inscritos - titulares e dependentes -, com participação de 50% da Câmara Municipal de Itaperuna e 50% do beneficiário sobre a respectiva mensalidade.

14.4. O quantitativo de referência de 66 beneficiários, na data-base de 10/08/2026, corresponde a 18 TITULARES e 48 DEPENDENTES, ou seja, 66 vidas assistidas. Esse número NÃO representa 66 planos ou 66 adesões autônomas. Na fotografia atual, existem 18 vínculos principais de titularidade; os 48 dependentes são vidas vinculadas aos respectivos titulares e acompanharão a escolha de operadora realizada por eles. A quantidade poderá aumentar ou diminuir ao longo da vigência, não existindo garantia de adesão mínima, quantidade de vidas ou faturamento a qualquer credenciada.

14.5. Sob os pontos de vista técnico, jurídico-operacional, administrativo e econômico, o credenciamento é considerado ADEQUADO e VIÁVEL. A estimativa preliminar do ETP corresponde a R$ 371.450,16 para 12 meses, com impacto estimado de R$ 185.725,08 para a Câmara, considerando a carteira atual e o regime de custeio de 50%. Antes da publicação do edital, a pesquisa de preços contemporânea deverá confirmar ou atualizar os valores padronizados por faixa etária e a Administração deverá verificar a adequação orçamentária e a capacidade das interessadas de atender aos requisitos de rede e cobertura. O edital deverá permanecer aberto à entrada de novos interessados durante sua vigência, sem exclusividade.

CONCLUSÃO	Com base na necessidade caracterizada, no levantamento das alternativas, na estimativa preliminar de valor e na análise de viabilidade, este ETP conclui pela adequação do CREDENCIAMENTO de operadoras de planos de saúde, em caráter paralelo e não excludente, com seleção pelo beneficiário, nos termos dos arts. 74, IV, 78, I, e 79, I e II, da Lei nº 14.133/2021. A estimativa preliminar para 12 meses é de R$ 371.450,16, com participação estimada da Câmara de R$ 185.725,08. Antes da publicação do edital, deverão ser confirmados ou atualizados os valores padronizados por faixa etária mediante pesquisa de preços contemporânea, bem como a adequação orçamentária e a capacidade das operadoras interessadas de cumprir os requisitos de rede e cobertura, preservadas a Resolução nº 353/1991, a Lei nº 9.656/1998 e a regulamentação vigente da ANS.

15. BASE NORMATIVA E DOCUMENTAL

• Resolução nº 353, de 26 de fevereiro de 1991, da Câmara Municipal de Itaperuna – fundamento local do benefício de assistência médico-hospitalar destinado aos beneficiários nela descritos, considerada em conjunto com a sistemática de custeio apresentada neste ETP, segundo a qual a Câmara participa com 50% (cinquenta por cento) da mensalidade de cada beneficiário elegível e regularmente inscrito, observadas as condições estabelecidas na referida Resolução.

• Lei Federal nº 14.133/2021 - especialmente arts. 5º, 6º, XX, 18, 74, IV, 78, I, e 79, incisos I e II e § 1º;

• Lei Federal nº 9.656/1998 - disciplina os planos e seguros privados de assistência à saúde;

• Regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, inclusive Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

• Lei Federal nº 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD;

• Resolução nº 1.747/2024 da Câmara Municipal de Itaperuna, no que disciplina o planejamento e a contratação;

• Documento de Formalização da Demanda - Plano de Saúde 2027;

• Relatório dos Usuários por Empresa com Valor da Mensalidade em Ordem de Matrícula, gerado em 10/08/2026 às 12:40, competência 08/2026;

• Quadro Consolidado de Beneficiários elaborado pela Divisão de Licitações;

• Processo Administrativo CMI nº 0612/2020 - Tomada de Preços nº 002/2020 - Contrato Administrativo nº 009/2020 e respectivos aditivos, utilizados como referência histórica.

Itaperuna/RJ, 28 de agosto de 2026.

LUCIANA MUNIZ DE OLIVEIRA
INTEGRANTE ADMINISTRATIVO

NILCIMAR RODRIGUES DUARTE JÚNIOR
INTEGRANTE ADMINISTRATIVO

MARCOS DE OLIVEIRA DA SILVA
INTEGRANTE ADMINISTRATIVO

CÍNTIA MARIA CAMPOS DA SILVA BARROCO
INTEGRANTE ADMINISTRATIVO

LETICIA MACEDO SOARES PADRO MELO
INTEGRANTE ADMINISTRATIVO

CELSO NUNES DE OLIVEIRA
INTEGRANTE ADMINISTRATIVO

SORAYA SILVA FELIZARDO CANDIDO
PRESIDENTE DA EQUIPE