CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - UASG: 926614
(PROCESSO ADMINISTRATIVO CFESS N° 22/2026)

ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR

1. DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO, CONSIDERADO O PROBLEMA A SER RESOLVIDO SOB A PERSPECTIVA DO INTERESSE PÚBLICO (Art. 18, § 1°, I, Lei 14.133/2021)

A presente contratação decorre da necessidade de assegurar aos trabalhadores e trabalhadoras do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS e aos seus dependentes o acesso contínuo à assistência suplementar à saúde, por meio de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial.

A disponibilização do benefício encontra fundamento no Acordo Coletivo de Trabalho celebrado entre o CFESS e a entidade sindical representativa dos trabalhadores, que estabelece, em sua Cláusula Décima Oitava – Saúde e Segurança do Trabalho (Assistência Médica), a concessão de convênio de assistência médica de abrangência nacional, extensivo aos dependentes dos trabalhadores titulares, além de disciplinar a participação financeira do Conselho e dos beneficiários no custeio do benefício.

Dessa forma, a contratação visa assegurar o cumprimento das condições pactuadas coletivamente, observando os critérios de elegibilidade e de participação financeira estabelecidos no instrumento coletivo, bem como as disposições regulamentares aplicáveis no âmbito do CFESS.

A solução deverá contemplar **cobertura médico-hospitalar e ambulatorial, com obstetrícia, abrangência nacional, acomodação hospitalar em apartamento individual e possibilidade de reembolso de despesas realizadas em território nacional,** observadas a Lei nº 9.656/1998, as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, as condições estabelecidas no Acordo Coletivo de Trabalho e os requisitos técnicos definidos neste Estudo Técnico Preliminar e no Termo de Referência.

A necessidade administrativa consiste em assegurar aos beneficiários assistência à saúde compatível com as necessidades do grupo, inclusive durante deslocamentos para outras unidades da Federação, reduzindo os riscos de descontinuidade assistencial e contribuindo para a proteção da saúde, o bem-estar e a segurança dos trabalhadores e de seus dependentes.

A contratação deverá assegurar, ainda, canais adequados de atendimento, orientação aos beneficiários, gestão de inclusões e exclusões, acesso à rede credenciada e mecanismos de reembolso compatíveis com os requisitos estabelecidos para a solução.

A rede hospitalar **mínima** pretendida no Distrito Federal deverá contemplar, observada a comprovação de credenciamento efetivo e da cobertura na modalidade apartamento, os seguintes estabelecimentos: **Hospital Santa Lúcia Sul; Hospital Santa Luzia; Hospital DF Star; Hospital do Coração do Brasil; Hospital HOME; Hospital Santa Lúcia Norte; Hospital Brasília; Maternidade Brasília; Hospital Santa Lúcia Taguatinga; Hospital Alvorada Brasília; Hospital Sírio-Libanês; Hospital Santa Marta; e Hospital Anchieta.**

A rede laboratorial **mínima** pretendida no Distrito Federal deverá contemplar: **Sabin Diagnóstico e Saúde, em suas unidades no Distrito Federal; Exame Medicina Diagnóstica/Dasa, em suas unidades no Distrito Federal; Laboratório Santa Luzia; Laboratório Santa Lúcia; e Laboratório Pasteur.** A exigência deverá ser tecnicamente justificada e aferida em relação ao produto efetivamente ofertado, não sendo suficiente a mera indicação comercial de rede que não esteja efetivamente disponível aos beneficiários.

A definição dos requisitos técnicos da contratação deverá considerar as necessidades assistenciais dos beneficiários, as condições pactuadas no Acordo Coletivo de Trabalho e os resultados do levantamento de mercado, de modo a assegurar o atendimento adequado ao grupo, conciliando o

cumprimento das obrigações coletivas com os princípios da legalidade, da isonomia, da competitividade, da economicidade e da seleção da proposta mais vantajosa para a Administração.

2. DEMONSTRAÇÃO DA PREVISÃO DA CONTRATAÇÃO NO PLANO DE CONTRATAÇÕES ANUAL, SEMPRE QUE ELABORADO, DE MODO A INDICAR O SEU ALINHAMENTO COM O PLANEJAMENTO DA ADMINISTRAÇÃO (Art. 18, § 1°, II, Lei 14.133/2021)

A contratação encontra-se alinhada ao planejamento institucional do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, estando contemplada no Plano de Contratações Anual – PCA, conforme registro nº 926614-19/2026.

A demanda também está vinculada ao planejamento da Gestão Administrativo-Financeira, no âmbito da subárea 1.2 – Gestão do Trabalho, especificamente na ação Folha de Pagamentos e Correlatos, classificada como atividade, com período de execução previsto para o exercício de 2026.

A contratação está relacionada ao cumprimento das obrigações institucionais do CFESS referentes à disponibilização do benefício de assistência à saúde aos trabalhadores e trabalhadoras e seus dependentes, conforme previsto no Acordo Coletivo de Trabalho aplicável, especialmente em sua Cláusula Décima Oitava – Saúde e Segurança do Trabalho (Assistência Médica).

Para essa finalidade, consta previsão orçamentária específica para o benefício Plano de Saúde, no montante de R$ 864.000,00 (oitocentos e sessenta e quatro mil reais) para o exercício de 2026, vinculada à seguinte classificação:

- Conta: 6.2.2.1.1.01.04.01.003 – Plano de Saúde.
- Centro de Custo: 02.01.02.01 – Atividade – Folha de Pagamentos e Correlatos.

Considerando que a estimativa preliminar da contratação poderá superar a previsão orçamentária inicialmente registrada para o exercício de 2026, deverá ser realizada a avaliação da compatibilidade entre o valor estimado da contratação e a disponibilidade orçamentária efetiva, com a adoção das providências necessárias à adequação da previsão de recursos, antes da assunção da obrigação contratual.

Deverá ser considerada, ainda, a necessidade de previsão orçamentária para os exercícios subsequentes, caso a vigência contratual ultrapasse o exercício financeiro, observadas as regras aplicáveis às despesas continuadas e a disponibilidade de créditos orçamentários em cada exercício.

As despesas decorrentes da contratação serão vinculadas à seguinte classificação orçamentária:

- Conta: 6.2.2.1.1.01.04.01.003 – Plano de Saúde.
- Centro de Custo: 02.01.02.01 – Atividade – Folha de Pagamentos e Correlatos.

Dessa forma, verifica-se o alinhamento da contratação ao planejamento institucional do CFESS e à necessidade de cumprimento das obrigações coletivas relacionadas à assistência à saúde, condicionando-se sua efetivação à compatibilidade do valor contratado com a disponibilidade orçamentária e financeira correspondente.

3. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO (Art. 18, § 1°, III, Lei 14.133/2021).

A contratada deverá ser **pessoa jurídica regularmente constituída, registrada e autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS** para **operar planos privados de assistência à saúde**, observada a legislação e a regulamentação aplicáveis. O produto ofertado deverá estar regularmente registrado ou cadastrado perante a ANS, conforme o regime regulatório aplicável, devendo a licitante apresentar sua identificação comercial e o respectivo número de registro.

A contratação será de plano privado de assistência à saúde na modalidade coletivo empresarial, tendo o Conselho Federal de Serviço Social – CFESS como pessoa jurídica contratante. Serão elegíveis os trabalhadores e trabalhadoras do Conselho e seus respectivos dependentes, observados os critérios

estabelecidos no Acordo Coletivo de Trabalho aplicável, nas normas internas do CFESS, na legislação e na regulamentação da ANS.

Os requisitos da solução deverão observar as condições previstas no Acordo Coletivo de Trabalho, especialmente quanto à abrangência nacional da assistência médica, à possibilidade de inclusão de dependentes e à participação financeira do CFESS e dos beneficiários no custeio do benefício. As características assistenciais adicionais serão definidas com base nas necessidades identificadas pelo Conselho e nos resultados do levantamento de mercado, mediante justificativa técnica e econômica.

Requisitos assistenciais mínimos

O produto ofertado deverá contemplar:

a) segmentação assistencial ambulatorial e hospitalar com obstetrícia;
b) abrangência geográfica nacional;
c) acomodação hospitalar em apartamento individual;
d) cobertura de consultas, exames, terapias, atendimentos de urgência e emergência, internações clínicas e cirúrgicas, partos e demais procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, respeitadas as segmentações contratadas e a legislação aplicável;
e) rede credenciada nacional apta a assegurar atendimento aos beneficiários fora do Distrito Federal;
f) possibilidade de reembolso de despesas médico-hospitalares realizadas no Brasil, com regras, limites, critérios de cálculo, documentação exigida e prazos de solicitação e pagamento claramente definidos; e
g) atendimento compatível com os prazos máximos e as regras de garantia de acesso estabelecidos pela ANS.

Rede hospitalar e laboratorial

A rede hospitalar e laboratorial mínima exigida no Distrito Federal será aquela definida no item 1 deste Estudo Técnico Preliminar e detalhada no Termo de Referência.

A licitante deverá apresentar relação oficial e atualizada da rede assistencial vinculada especificamente ao produto ofertado, identificando os estabelecimentos, os serviços disponibilizados e o padrão de acomodação hospitalar. Deverá ser comprovado que os hospitais exigidos estão efetivamente credenciados para o produto ofertado e disponíveis aos beneficiários na modalidade apartamento individual.

Não será suficiente a indicação de estabelecimentos credenciados em produtos distintos daquele objeto da proposta, em modalidades de cobertura diferentes ou em padrão de acomodação inferior ao exigido.

A Administração deverá verificar a compatibilidade da rede apresentada com os requisitos estabelecidos, inclusive quanto à disponibilidade efetiva dos serviços hospitalares e laboratoriais exigidos.

Atendimento e gestão dos beneficiários

A contratada deverá disponibilizar canais de atendimento aos beneficiários e ao gestor do contrato, meios eletrônicos para consulta à rede credenciada, emissão de carteiras de identificação e acompanhamento de solicitações, além de procedimentos claros para inclusão, exclusão e atualização cadastral.

Deverá, ainda, observar a legislação de proteção de dados pessoais, especialmente a Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), tratando os dados referentes à saúde como dados pessoais sensíveis e limitando seu acesso e compartilhamento ao estritamente necessário à execução contratual.

Movimentação cadastral e faturamento

A variação do número de beneficiários deverá ser admitida durante toda a vigência contratual, em razão de admissões e desligamentos de trabalhadores e trabalhadoras, inclusão ou exclusão de dependentes, nascimentos, adoções, alterações na composição familiar e demais hipóteses legalmente admitidas.

A contratada deverá permitir a movimentação cadastral dos beneficiários, observados os critérios de elegibilidade e os procedimentos de comunicação e cadastramento estabelecidos no contrato.

O faturamento deverá refletir a quantidade efetiva de beneficiários ativos em cada competência, segundo os preços unitários contratados e os critérios de precificação por faixa etária estabelecidos na proposta vencedora.

Carências e condições de ingresso

Para o grupo inicial de beneficiários indicado pelo CFESS, deverá ser prevista a isenção integral de carências, de modo a assegurar a continuidade da assistência à saúde desde o início da vigência contratual, observadas as condições comerciais ofertadas e formalmente assumidas pela contratada.

Para os trabalhadores e trabalhadoras admitidos após o início da vigência contratual e seus dependentes elegíveis, deverão ser estabelecidas condições objetivas de ingresso sem carências, especialmente nas hipóteses de adesão tempestiva, observados os prazos e as condições definidos no Termo de Referência, na proposta vencedora e na regulamentação da ANS.

As inclusões realizadas fora dos prazos ou das condições de ingresso sem carência deverão observar a legislação e a regulamentação aplicáveis, inclusive quanto aos prazos de carência e à Cobertura Parcial Temporária – CPT, quando cabível.

As regras relativas às carências, à Cobertura Parcial Temporária e à inclusão de recém-nascidos, filhos adotivos e demais dependentes deverão constar expressamente da proposta comercial, do edital e do instrumento contratual, em linguagem clara e compatível com a regulamentação da ANS.

Manutenção das condições da contratação

A contratada deverá manter, durante toda a vigência, as condições de habilitação, autorização regulatória e regularidade exigidas, bem como comunicar previamente alterações relevantes na rede assistencial, observadas as regras legais e regulatórias para substituição de prestadores.

Os requisitos de qualificação técnica e econômico-financeira deverão ser proporcionais ao objeto e definidos no edital, de modo a assegurar a capacidade de execução contratual sem impor exigências desnecessárias ou restritivas à competitividade do certame.

4. ESTIMATIVAS DAS QUANTIDADES PARA A CONTRATAÇÃO, ACOMPANHADAS DAS MEMÓRIAS DE CÁLCULO E DOS DOCUMENTOS QUE LHES DÃO SUPORTE, QUE CONSIDEREM INTERDEPENDÊNCIAS COM OUTRAS CONTRATAÇÕES, DE MODO A POSSIBILITAR ECONOMIA DE ESCALA (Art. 18, § 1°, IV, Lei 14.133/2021)

Para o dimensionamento da presente contratação, foi considerado o quantitativo atual de beneficiários vinculados ao plano de saúde empresarial mantido pelo Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, tomando-se como referência a documentação cadastral disponibilizada pela Administração, especialmente a fatura técnica da operadora atualmente contratada, complementada pelas informações cadastrais levantadas para instrução deste processo.

Com base nesse levantamento, identificou-se uma estimativa inicial de 27 (vinte e sete) beneficiários, compreendendo trabalhadores e trabalhadoras titulares e seus respectivos dependentes.

4.1. Distribuição dos beneficiários por faixa etária

Para fins de dimensionamento da contratação e elaboração da pesquisa de preços, foi realizado levantamento das datas de nascimento dos 27 (vinte e sete) beneficiários inicialmente identificados, considerando suas respectivas idades na data de referência de 05 de novembro de 2026.

A distribuição etária do grupo está apresentada a seguir, observando-se as faixas etárias estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS:

Faixa etária	Beneficiários	Valor individual mensal	Valor mensal total
0 a 18 anos	4	R$ 1.417,96	R$ 5.671,84
19 a 23 anos	2	R$ 1.686,56	R$ 3.373,12
24 a 28 anos	2	R$ 2.055,66	R$ 4.111,32
29 a 33 anos	0	—	R$ 0,00
34 a 38 anos	1	R$ 3.474,00	R$ 3.474,00
39 a 43 anos	6	R$ 2.732,42	R$ 16.394,52
44 a 48 anos	5	R$ 3.325,68	R$ 16.628,40
49 a 53 anos	3	R$ 3.822,50	R$ 11.467,50
54 a 58 anos	2	R$ 4.171,11	R$ 8.342,22
59 anos ou mais	2	R$ 8.507,31	R$ 17.014,62
Total	**27**		**R$ 86.477,54**

O valor anual correspondente ao grupo estimado, considerando os valores atualmente praticados no contrato vigente e a manutenção hipotética dos 27 beneficiários durante 12 (doze) meses, é de **R$ 1.037.730,48 (um milhão, trinta e sete mil, setecentos e trinta reais e quarenta e oito centavos).**

A distribuição apresentada constitui referência para a composição do perfil demográfico do grupo de beneficiários e deverá subsidiar a pesquisa de preços, considerando que os valores das mensalidades dos planos de saúde podem variar conforme a faixa etária dos beneficiários.

A relação individual dos beneficiários, contendo os dados necessários à identificação e ao enquadramento etário, deverá integrar documento de suporte próprio, com acesso restrito aos agentes que necessitem dessas informações para a instrução do processo, observadas as disposições da Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

4.2. Memória de cálculo e quantitativo estimado

Para fins de planejamento, considerando a quantidade inicial identificada e o período de referência de 12 (doze) meses, estabelece-se a seguinte memória de cálculo:

- Quantidade inicial estimada: 27 (vinte e sete) beneficiários;
- Unidade de medida: beneficiário/mês;
- Periodicidade de faturamento: mensal;
- Período de referência: 12 (doze) meses;
- Quantidade estimada para o período: 27 beneficiários × 12 meses = 324 beneficiários/mês.

Considerando os valores atualmente praticados no contrato vigente, a projeção do custo mensal do grupo é de R$ 86.477,54, resultando na seguinte estimativa anual:
R$ 86.477,54 × 12 meses = R$ 1.037.730,48.

Ressalta-se que os valores acima correspondem à referência do contrato atualmente mantido pelo CFESS, não representando o preço definitivo da futura contratação, que deverá ser apurado mediante pesquisa de preços compatível com os requisitos da solução pretendida.

O quantitativo anual apresentado constitui projeção referencial, considerando a manutenção hipotética do grupo inicial durante os 12 (doze) meses, não representando obrigação de contratação ou manutenção de número fixo de beneficiários.

4.3. Possibilidade de variação do quantitativo de beneficiários

O quantitativo de beneficiários poderá sofrer alterações durante toda a vigência contratual, considerando a dinâmica do quadro funcional e familiar do CFESS.

Nesse sentido, deverão ser admitidas inclusões e exclusões decorrentes de:

I – admissão de novos trabalhadores e trabalhadoras pelo CFESS;
II – desligamento de trabalhadores e trabalhadoras;
III – inclusão ou exclusão de dependentes;
IV – nascimento ou adoção de filhos;
V – casamento ou constituição de união estável;
VI – alterações na composição familiar que impliquem inclusão ou exclusão de dependentes; e
VII – demais situações legalmente admitidas que impliquem alteração no grupo de beneficiários.

A operadora deverá permitir a movimentação cadastral durante toda a vigência contratual, observados os critérios de elegibilidade e as condições estabelecidas no Termo de Referência e no instrumento contratual.

O faturamento mensal deverá corresponder à quantidade efetiva de beneficiários ativos em cada competência, mediante aplicação dos respectivos valores unitários contratados, considerando as faixas etárias e os critérios de precificação estabelecidos na proposta vencedora.

4.4. Documentos de suporte ao dimensionamento

O quantitativo estimado foi fundamentado na documentação cadastral disponibilizada pela Administração, especialmente na fatura técnica do plano de saúde atualmente vigente, bem como no levantamento complementar das datas de nascimento dos beneficiários.

Esses documentos servirão de suporte para a identificação do perfil etário do grupo e para a realização da pesquisa de preços, observadas as disposições da Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), especialmente quanto ao tratamento, à segurança e à proteção dos dados pessoais dos beneficiários.

4.5. Interdependências com outras contratações e economia de escala

Não foram identificadas contratações diretamente interdependentes que condicionem a execução do objeto, uma vez que a prestação dos serviços de assistência à saúde possui finalidade própria e autônoma, relacionada à disponibilização de cobertura médico-hospitalar aos trabalhadores e trabalhadoras do CFESS e seus dependentes.

A contratação conjunta de um plano coletivo empresarial para o grupo de beneficiários apresenta potencial de economia de escala, permitindo a negociação unificada das condições comerciais, das coberturas assistenciais, da rede credenciada e dos serviços disponibilizados, além de proporcionar maior uniformidade na gestão e operacionalização do benefício.

Dessa forma, o dimensionamento apresentado constitui estimativa inicial para o planejamento da contratação e elaboração da pesquisa de preços, devendo o quantitativo efetivamente faturado observar a movimentação cadastral dos beneficiários durante toda a vigência contratual, sem garantia de consumo mínimo correspondente à estimativa apresentada.

5. LEVANTAMENTO DE MERCADO, QUE CONSISTE NA ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS POSSÍVEIS, E JUSTIFICATIVA TÉCNICA E ECONÔMICA DA ESCOLHA DO TIPO DE SOLUÇÃO A CONTRATAR (Art. 18, § 1°, V, Lei 14.133/2021)

5.1. Levantamento das alternativas disponíveis no mercado

Para identificar a solução mais adequada ao atendimento das necessidades do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, foi realizado levantamento de mercado considerando as alternativas disponíveis para a oferta de assistência suplementar à saúde dos trabalhadores e de seus dependentes, bem como contratações semelhantes realizadas por outros órgãos e entidades da Administração Pública.

A análise considerou, além dos aspectos financeiros, a capacidade de atendimento nacional, a existência de rede assistencial própria ou credenciada, a cobertura médico-hospitalar e ambulatorial, a assistência obstétrica, as condições de acomodação hospitalar, as possibilidades de reembolso, as regras de inclusão e exclusão de beneficiários e a adequação da solução ao quantitativo estimado de usuários do CFESS.

Foram identificadas e analisadas as seguintes alternativas:

Alternativa 1 – Contratação de plano de assistência à saúde coletivo empresarial por meio de operadora ou seguradora especializada.

Consiste na contratação de pessoa jurídica devidamente autorizada a operar planos privados de assistência à saúde, com registro e regularidade perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para disponibilização de plano coletivo empresarial aos trabalhadores do CFESS e seus dependentes elegíveis.

Nessa modalidade, a contratada assume a responsabilidade pela prestação da cobertura assistencial prevista no contrato, mediante disponibilização de rede própria, credenciada ou referenciada, abrangência geográfica definida e demais condições pactuadas.

O modelo permite a contratação de cobertura médico-hospitalar e ambulatorial, inclusive obstetrícia, com atendimento em âmbito nacional, acomodação hospitalar em apartamento individual, quando prevista no produto contratado, e possibilidade de reembolso conforme as condições estabelecidas.

A contratação coletiva empresarial também permite a administração centralizada dos beneficiários, com inclusão e exclusão de titulares e dependentes, atualização periódica da relação de usuários e faturamento conforme o quantitativo efetivamente inscrito.

Alternativa 2 – Implantação de modelo de autogestão em assistência à saúde.

A autogestão consiste na organização e administração de um sistema próprio de assistência à saúde, no qual a própria entidade assume a gestão do benefício, diretamente ou por estrutura específica constituída para essa finalidade, observadas as exigências legais e regulatórias aplicáveis.

Embora seja uma alternativa existente no mercado de saúde suplementar, sua implantação exigiria do CFESS estrutura administrativa, operacional, financeira e de governança adequada para gerir o benefício, além de providências relacionadas à constituição e manutenção do modelo, à contratação de prestadores, à gestão de riscos assistenciais e ao cumprimento das normas regulatórias pertinentes.

Considerando o quantitativo inicial estimado de aproximadamente 27 beneficiários, a

implantação de estrutura própria apresenta potencial de custos administrativos e operacionais desproporcionais à dimensão do grupo, além de transferir ao Conselho responsabilidades que, na contratação de operadora especializada, ficam atribuídas à empresa contratada.

Dessa forma, embora seja uma modalidade existente, não se mostra, neste momento, a alternativa mais adequada à realidade administrativa e operacional do CFESS.

Alternativa 3 – Concessão de auxílio financeiro ou reembolso direto das despesas de saúde aos trabalhadores.

Outra possibilidade seria a concessão de auxílio financeiro para custeio, total ou parcial, de despesas individuais com assistência à saúde, mediante reembolso de valores comprovadamente desembolsados pelos trabalhadores.

Essa alternativa poderia proporcionar liberdade de escolha de operadoras, planos e prestadores pelos beneficiários. Entretanto, não asseguraria, por si só, a disponibilização de uma rede assistencial previamente contratada, a cobertura nacional uniforme, a padronização das condições de atendimento ou a garantia de acesso aos hospitais e laboratórios considerados essenciais pelo CFESS.

Além disso, transferiria aos trabalhadores a necessidade de contratar individualmente os serviços e administrar suas relações com as operadoras, enquanto o Conselho teria de estabelecer procedimentos próprios para concessão, comprovação, análise e pagamento dos auxílios.

Também não proporcionaria, necessariamente, as mesmas condições comerciais e de cobertura que podem ser negociadas em uma contratação coletiva empresarial.

Assim, embora possa ser considerada uma modalidade de benefício financeiro, não atende integralmente à necessidade institucional identificada, especialmente quanto à disponibilização de cobertura assistencial organizada, abrangência nacional e rede credenciada compatível com os requisitos estabelecidos.

Alternativa 4 – Contratação individual de planos de saúde pelos trabalhadores.

Consiste na contratação direta de planos individuais ou familiares pelos próprios trabalhadores, sem a celebração de contrato coletivo empresarial pelo CFESS.

Essa alternativa não se mostra adequada, pois fragmentaria a contratação, submetendo cada beneficiário a condições comerciais, redes assistenciais, regras de cobertura, preços e procedimentos de contratação distintos.

Além disso, o CFESS não teria controle institucional sobre a padronização da cobertura, a manutenção da rede assistencial exigida, a continuidade das condições contratadas ou a gestão centralizada das inclusões e exclusões de beneficiários.

Considerando que a necessidade identificada é a disponibilização de benefício institucional aos trabalhadores e seus dependentes, a contratação individualizada não representa a solução mais eficiente.

5.2. Análise das contratações similares realizadas por outros órgãos e entidades

Como parte do levantamento de mercado, foram examinadas contratações públicas de serviços de assistência à saúde, com o objetivo de identificar modelos de contratação, características técnicas, condições comerciais e parâmetros que pudessem subsidiar a definição da solução pretendida pelo CFESS.

Foram consideradas as seguintes referências:

a) **Conselho Regional dos Representantes Comerciais no Estado de São Paulo – CORE-SP:** contratação de plano coletivo empresarial, com abrangência nacional, por meio do Pregão Eletrônico nº 90.0013/2025, Ata de Registro de Preços nº 008/2025, com a Unimed Seguros Saúde S/A. A contratação apresenta preços organizados por faixa etária e quantitativo estimado de até 98 beneficiários.
b) **Tribunal Regional Eleitoral de Rondônia – TRE-RO:** análise do Estudo Técnico Preliminar nº 28/2026 e do Termo de Referência nº 3/2026, que apresentam condições de contratação de plano coletivo empresarial de abrangência nacional, com cobertura ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, acomodação em apartamento e regras específicas para carências, reembolso e coparticipação.
c) **Comitê Paralímpico Brasileiro – CPB:** contratação de plano coletivo empresarial de abrangência nacional, por meio de contratação direta com disputa, tendo como contratada a Sul América Companhia de Seguro Saúde. O instrumento apresenta diferentes modalidades de planos e estrutura de preços vinculada às opções contratadas, constituindo referência complementar para análise das condições comerciais e contratuais.
d) **Conselho Federal de Nutrição – CFN:** contratação decorrente do Pregão Eletrônico nº 90002/2025, formalizada por meio do Contrato nº 13/2025, celebrado com a Unimed Nacional – Cooperativa Central. O Termo de Referência e o contrato apresentam modelo de assistência à saúde coletivo empresarial, de abrangência nacional, sem coparticipação, com preços por faixa etária e quantitativo estimado de 457 beneficiários, contemplando também regras de inclusão, exclusão e carência.

As referências analisadas demonstram a utilização recorrente da contratação de operadoras especializadas por meio de planos coletivos empresariais, inclusive por conselhos profissionais e demais entidades públicas, evidenciando a existência de oferta no mercado para esse tipo de solução.

Verificou-se, ainda, que os modelos de contratação adotam diferentes formas de precificação, condições de acomodação, regras de reembolso, coparticipação e carência. Por essa razão, as referências não devem ser consideradas integralmente equivalentes, devendo suas características ser avaliadas individualmente e os respectivos preços utilizados de acordo com o grau de comparabilidade com o objeto pretendido pelo CFESS.

A contratação do CFN merece destaque por apresentar características institucionais e operacionais próximas às do CFESS, especialmente por se tratar de conselho federal de fiscalização profissional que adotou modelo de contratação coletiva empresarial, com abrangência nacional e preços organizados por faixa etária.

As informações financeiras e as simulações comparativas decorrentes dessas contratações serão detalhadas no item próprio de estimativa do valor da contratação, acompanhadas das respectivas memórias de cálculo e documentos de suporte.

5.3. Justificativa técnica da escolha da solução

Após a análise das alternativas identificadas, considera-se tecnicamente adequada a contratação de operadora ou seguradora especializada, devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para disponibilização de plano privado de assistência à saúde na modalidade coletivo empresarial, com abrangência nacional, destinado aos trabalhadores e trabalhadoras do CFESS e seus dependentes elegíveis.

A contratação deverá observar as condições estabelecidas no Acordo Coletivo de Trabalho aplicável, especialmente quanto à disponibilização de assistência médica de abrangência nacional, à inclusão de dependentes e à participação financeira do CFESS e dos beneficiários no custeio do benefício.

Além das condições previstas no instrumento coletivo, a definição dos requisitos assistenciais considera as necessidades identificadas pelo CFESS, especialmente a necessidade de assegurar cobertura nacional, acomodação hospitalar em apartamento individual, rede hospitalar e laboratorial de referência no Distrito Federal e condições de reembolso de despesas assistenciais realizadas fora da rede credenciada.

A escolha da contratação de operadora especializada fundamenta-se nos seguintes aspectos:

a) **Adequação à necessidade institucional:** permite disponibilizar benefício de assistência à saúde de forma organizada e uniforme aos trabalhadores e seus dependentes, mediante contrato celebrado diretamente pelo CFESS, em cumprimento às condições pactuadas coletivamente;

b) **Abrangência nacional:** possibilita o acesso aos serviços assistenciais em diferentes unidades da Federação, atendendo às necessidades dos beneficiários que eventualmente se encontrem fora de seu estado de residência, em consonância com a abrangência prevista no Acordo Coletivo de Trabalho;

c) **Cobertura assistencial:** permite estabelecer cobertura ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, observadas as exigências legais e regulatórias aplicáveis e os requisitos definidos neste Estudo Técnico Preliminar;

d) **Rede assistencial:** possibilita estabelecer requisitos objetivos de rede hospitalar e laboratorial compatíveis com as necessidades dos beneficiários, especialmente no Distrito Federal, incluindo os estabelecimentos considerados relevantes pelo CFESS;

e) **Acomodação hospitalar:** permite estabelecer como requisito a internação em apartamento individual, conforme a necessidade assistencial identificada no planejamento da contratação;

f) **Reembolso:** possibilita estabelecer condições de reembolso de despesas assistenciais realizadas fora da rede credenciada, observados os limites, critérios e procedimentos definidos no produto ofertado;

g) **Gestão dos beneficiários:** permite administrar centralizadamente as inclusões, exclusões e alterações cadastrais de titulares e dependentes, acompanhando as mudanças no quadro de trabalhadores e na composição familiar;

h) **Flexibilidade quantitativa:** permite que a contratação acompanhe a variação do número de beneficiários ao longo da execução contratual, com faturamento mensal vinculado à quantidade efetivamente inscrita, conforme os preços e critérios estabelecidos no contrato; e

i) **Especialização operacional:** transfere à operadora contratada a responsabilidade pela organização e disponibilização da rede assistencial, pelo atendimento aos beneficiários e pela execução das obrigações próprias da prestação dos serviços de assistência à saúde.

A definição do padrão de cobertura pretendido deverá considerar, conjuntamente, as condições coletivamente pactuadas, as necessidades assistenciais identificadas, a disponibilidade de produtos no mercado e a compatibilidade econômica da solução, de modo que os requisitos estabelecidos sejam tecnicamente justificados e passíveis de comprovação objetiva pelas licitantes.

5.4. Justificativa econômica da escolha da solução

Sob o aspecto econômico, a contratação coletiva empresarial apresenta vantagens em relação à contratação individualizada pelos trabalhadores e à implantação de estrutura própria de autogestão.

A contratação centralizada permite reunir os beneficiários em um único instrumento contratual, possibilitando a negociação de condições comerciais, a padronização das coberturas e a administração conjunta dos serviços.

A adoção de preços por faixa etária, quando prevista na proposta contratada, permite maior transparência na composição dos valores e possibilita que o pagamento mensal acompanhe a distribuição etária e a quantidade efetiva de beneficiários inscritos.

A pesquisa de mercado considerou contratações públicas similares e produtos empresariais comercializados no Distrito Federal, contemplando alternativas de categorias intermediária/superior e superior/premium. A análise demonstrou diferenças expressivas entre os valores e as características dos produtos pesquisados.

Na categoria superior/premium, a simulação realizada com base na distribuição etária preliminar de 27 (vinte e sete) beneficiários apresentou os seguintes resultados:

- Bradesco Saúde Nacional Plus 4: R$ 79.988,70 mensais e R$ 959.864,40 anuais;
- Unimed Sênior: R$ 94.696,99 mensais e R$ 1.136.363,88 anuais;
- SulAmérica Executivo R1: R$ 91.798,36 mensais e R$ 1.101.580,32 anuais.

Entre os três produtos dessa categoria analisados, o Bradesco Saúde Nacional Plus 4 apresentou o menor valor simulado. Esse resultado constitui referência relevante para a avaliação econômica, mas deverá ser considerado em conjunto com a efetiva compatibilidade das características assistenciais de cada produto com os requisitos estabelecidos pelo CFESS.

A estimativa econômica deverá considerar o valor integral da prestação dos serviços, antes da dedução da participação financeira dos trabalhadores e trabalhadoras, uma vez que o pagamento à operadora será realizado pelo CFESS, com posterior desconto em folha das parcelas de responsabilidade dos beneficiários, conforme o Acordo Coletivo de Trabalho.

A seleção da proposta mais vantajosa deverá observar o atendimento integral aos requisitos técnicos e assistenciais definidos no Termo de Referência e o menor preço entre as propostas que demonstrarem conformidade com as exigências do edital, não sendo suficiente a comparação isolada dos valores mensais dos produtos.

Dessa forma, a contratação coletiva empresarial apresenta potencial de melhor relação custo-benefício, desde que a pesquisa de preços e o procedimento licitatório confirmem a compatibilidade dos valores ofertados com o padrão assistencial pretendido e com a disponibilidade orçamentária do CFESS.

5.5. Conclusão do levantamento de mercado

Diante das alternativas examinadas e das contratações públicas utilizadas como referência, conclui-se que a contratação de operadora ou seguradora especializada para disponibilização de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, com abrangência nacional, constitui solução tecnicamente adequada para atender às necessidades do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS.

A solução permite assegurar a continuidade do benefício previsto no Acordo Coletivo de Trabalho, contemplando assistência médica e hospitalar aos trabalhadores e trabalhadoras e seus dependentes elegíveis, além de possibilitar a definição de requisitos assistenciais compatíveis com as necessidades identificadas pelo Conselho.

O levantamento de mercado demonstrou a existência de produtos empresariais com diferentes padrões de cobertura e valores comerciais, inclusive alternativas de categoria superior/premium. As simulações realizadas indicaram que o Bradesco Saúde Nacional Plus 4 apresentou o menor valor entre os três produtos dessa categoria analisados, sem prejuízo da necessidade de avaliação objetiva da

conformidade de cada produto com os requisitos estabelecidos.

A análise econômica deverá considerar as características efetivamente ofertadas, a rede credenciada, a abrangência nacional, a acomodação hospitalar, as condições de reembolso, as regras de ingresso e as demais exigências assistenciais, não se limitando à comparação nominal das mensalidades.

Assim, recomenda-se o prosseguimento da contratação mediante procedimento licitatório, na modalidade pregão eletrônico, com critério de julgamento pelo menor preço global, desde que atendidos integralmente os requisitos técnicos e assistenciais estabelecidos no edital e no Termo de Referência, preservando-se a competitividade e a seleção da proposta mais vantajosa para o CFESS.

5.6. Modelo de custeio e operacionalização financeira

O custeio do benefício de assistência à saúde será compartilhado entre o Conselho Federal de Serviço Social – CFESS e os trabalhadores e trabalhadoras, conforme os percentuais e as condições estabelecidos na Cláusula Décima Oitava – Saúde e Segurança do Trabalho (Assistência Médica/Odontológica), do Acordo Coletivo de Trabalho aplicável.

Nos termos do instrumento coletivo, a participação financeira observará os seguintes critérios:

a) para os trabalhadores e trabalhadoras titulares com salário de até R$ 3.000,00 (três mil reais), o CFESS arcará com 85% (oitenta e cinco por cento) do custo do benefício, cabendo ao titular a participação de 20% (vintepor cento);

b) para os trabalhadores e trabalhadoras titulares com salário superior a R$ 3.000,00 (três mil reais), o CFESS arcará com 82% (oitenta e dois por cento) do custo do benefício, cabendo ao titular a participação de 18% (dezoito por cento); e

c) em relação aos dependentes, será garantida ao/à beneficiário/a-dependente a cobertura, pelo CFESS, de 60% (sessenta por cento) do valor total relativo ao convênio, sendo que os outros 40% (quarenta por cento) serão arcados pelo/a trabalhador/a, com salário de até RS 3.000,00. Acima deste valor a cobertura pelo CFESS será de 55% (cinquenta e cinco por cento) do valor total relativo ao convênio, sendo que os outros 45% (quarenta e cinco por cento) serão arcados pelo/a trabalhador/a beneficiário/a-titular, através de desconto em folha de pagamento

A operacionalização financeira será centralizada no CFESS, que realizará o pagamento integral da fatura mensal apresentada pela operadora contratada e, posteriormente, efetuará os descontos em folha de pagamento correspondentes à participação financeira dos trabalhadores e trabalhadoras, observados os critérios estabelecidos no Acordo Coletivo de Trabalho.

Para fins de planejamento, estimativa do valor da contratação, empenho e formalização contratual, deverá ser considerado o valor bruto integral dos serviços, sem dedução das parcelas que serão posteriormente descontadas dos trabalhadores e trabalhadoras.

A participação financeira dos beneficiários constitui mecanismo de compartilhamento interno do custeio do benefício e não modifica a relação contratual entre o CFESS e a operadora de plano de saúde, permanecendo o Conselho responsável pelo pagamento integral das faturas e pela gestão administrativa do contrato.

6 ESTIMATIVA DO VALOR DA CONTRATAÇÃO, ACOMPANHADA DOS PREÇOS UNITÁRIOS REFERENCIAIS, DAS MEMÓRIAS DE CÁLCULO E DOS DOCUMENTOS QUE LHE DÃO SUPORTE, QUE PODERÃO CONSTAR DE ANEXO CLASSIFICADO, SE A ADMINISTRAÇÃO OPTAR POR PRESERVAR O SEU SIGILO ATÉ A CONCLUSÃO DA LICITAÇÃO (Art. 18, § 1°, VI, Lei 14.133/2021)

6.1. Metodologia de cálculo

A estimativa do valor da contratação será realizada mediante a aplicação da média aritmética dos preços mensais por faixa etária, considerando os valores do plano atualmente contratado pelo CFESS e os preços dos três produtos de categoria superior/premium identificados na pesquisa de mercado.

6.2. Tabela comparativa e formação dos preços estimados

Valores mensais por beneficiário, em reais. Dados extraídos das simulações comerciais e plano atual contratado pelo CFESS.

Faixa etária	Qtd.	Plano atual	Bradesco Plus 4	Unimed Sênior	SulAmérica R1	Média estimada
0 a 18	4	R$ 1.417,96	R$ 1.269,93	R$ 1.468,11	R$ 1.409,78	R$ 1.391,45
19 a 23	2	R$ 1.686,56	R$ 1.498,52	R$ 1.796,97	R$ 1.762,21	R$ 1.686,07
24 a 28	2	R$ 2.055,66	R$ 1.813,19	R$ 2.250,03	R$ 2.185,14	R$ 2.076,01
29 a 33	0	—	R$ 2.175,85	R$ 2.486,40	R$ 2.425,50	R$ 2.362,58
34 a 38	1	R$ 3.474,00	R$ 2.480,45	R$ 2.648,33	R$ 2.595,27	R$ 2.799,51
39 a 43	6	R$ 2.732,42	R$ 2.554,86	R$ 3.072,03	R$ 3.010,52	R$ 2.842,46
44 a 48	5	R$ 3.325,68	R$ 3.110,70	R$ 3.672,34	R$ 3.598,77	R$ 3.426,87
49 a 53	3	R$ 3.822,50	R$ 3.658,81	R$ 4.404,34	R$ 4.217,76	R$ 4.025,85
54 a 58	2	R$ 4.171,11	R$ 4.353,98	R$ 5.228,98	R$ 5.021,24	R$ 4.693,83
59 ou mais	2	R$ 8.507,31	R$ 7.619,03	R$ 8.808,68	R$ 8.458,27	R$ 8.348,32

6.3. Memória de cálculo do valor mensal estimado

Aplicando-se a média estimada de cada faixa etária à quantidade de beneficiários correspondente, obtém-se:

Faixa etária	Quantidade	Média estimada	Subtotal mensal
0 a 18	4	R$ 1.391,45	R$ 5.565,80
19 a 23	2	R$ 1.686,07	R$ 3.372,14
24 a 28	2	R$ 2.076,01	R$ 4.152,02
29 a 33	0	R$ 2.362,58	R$ 0,00
34 a 38	1	R$ 2.799,51	R$ 2.799,51
39 a 43	6	R$ 2.842,46	R$ 17.054,76
44 a 48	5	R$ 3.426,87	R$ 17.134,35
49 a 53	3	R$ 4.025,85	R$ 12.077,55
54 a 58	2	R$ 4.693,83	R$ 9.387,66
59 ou mais	2	R$ 8.348,32	R$ 16.696,64
Total	27		R$ 88.240,43

6.4. Justificativa da metodologia adotada

A utilização da média aritmética dos valores do plano atualmente contratado pelo CFESS e dos três produtos de categoria superior/premium pesquisados busca estabelecer uma referência de preço que considere tanto a realidade financeira da contratação vigente quanto os valores praticados no mercado para produtos com padrão assistencial superior.

A metodologia permite reduzir a influência isolada de um único referencial de preço, considerando diferentes condições comerciais e produtos disponíveis no mercado, aplicados à mesma distribuição etária de beneficiários.

Para as faixas etárias em que há valores disponíveis nos quatro referenciais, a média foi calculada pela soma dos quatro preços mensais individuais, dividida por quatro. Na faixa de 29 a 33 anos, em que não há beneficiário atualmente inscrito e não consta valor correspondente no plano vigente, foi utilizada a média dos três produtos comerciais pesquisados.

A aplicação dos valores médios à quantidade estimada de beneficiários resultou no valor mensal de R$ 88.240,43 e no valor anual de R$ 1.058.885,16, considerando a manutenção hipotética do grupo de 27 beneficiários durante 12 meses.

O valor estimado corresponde ao custo bruto integral da contratação, sem dedução da participação financeira dos trabalhadores e trabalhadoras, uma vez que o CFESS será responsável pelo pagamento integral da fatura à operadora, realizando posteriormente os descontos em folha, conforme os critérios estabelecidos no Acordo Coletivo de Trabalho.

6.5. Compatibilidade orçamentária

A previsão orçamentária atualmente identificada para o exercício de 2026 é de R$ 864.000,00, vinculada à conta 6.2.2.1.1.01.04.01.003 – Plano de Saúde.

Considerando o valor anual estimado de R$ 1.058.885,16, verifica-se uma diferença de R$ 194.885,16 em relação à previsão orçamentária inicialmente registrada.

Assim, deverá ser avaliada pela área competente a necessidade de adequação da previsão orçamentária, bem como a disponibilidade de recursos para suportar a despesa durante toda a vigência contratual.

6.6. Conclusão da estimativa

Com base na metodologia adotada, estima-se que o valor da contratação para o período inicial de 12 meses seja de **R$ 1.058.885,16 (um milhão, cinquenta e oito mil, oitocentos e oitenta e cinco reais e dezesseis centavos).**

O valor constitui estimativa para fins de planejamento da contratação e deverá ser confrontado com a pesquisa de preços formal e atualizada, observando-se a compatibilidade entre os produtos pesquisados e os requisitos técnicos e assistenciais definidos neste Estudo Técnico Preliminar.

A estimativa não representa obrigação de contratação de quantitativo fixo de beneficiários, devendo o faturamento corresponder à quantidade efetivamente inscrita em cada competência, conforme os preços unitários por faixa etária estabelecidos na proposta vencedora.

7. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO, INCLUSIVE DAS EXIGÊNCIAS RELACIONADAS À MANUTENÇÃO E À ASSISTÊNCIA TÉCNICA, QUANDO FOR O CASO (Art. 18, § 1°, VII, Lei 14.133/2021)

7.1. Descrição geral da solução

A solução consiste na contratação de pessoa jurídica especializada, devidamente registrada e autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para a prestação continuada de serviços de assistência à saúde, por meio de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, tendo o Conselho Federal de Serviço Social – CFESS como pessoa jurídica contratante e responsável pela gestão administrativa do benefício.

O plano deverá proporcionar cobertura assistencial de abrangência nacional, contemplando atendimentos ambulatoriais e hospitalares com obstetrícia, incluindo consultas médicas, exames, procedimentos, tratamentos, internações hospitalares, atendimentos de urgência e emergência, assistência obstétrica e demais procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, observadas as disposições legais e regulamentares aplicáveis.

A solução deverá contemplar acomodação hospitalar em apartamento individual, rede

credenciada compatível com as necessidades dos beneficiários, especialmente no Distrito Federal, e possibilidade de reembolso de despesas assistenciais realizadas em território nacional, conforme as condições, os limites e as regras estabelecidos no produto contratado e no Termo de Referência.

7.2. Características e abrangência da cobertura assistencial

A operadora contratada deverá disponibilizar plano coletivo empresarial com cobertura assistencial de abrangência nacional, contemplando, no mínimo:

a) cobertura ambulatorial e hospitalar com obstetrícia;
b) consultas médicas em especialidades reconhecidas pelos órgãos competentes;
c) exames laboratoriais, de imagem e demais exames complementares necessários ao diagnóstico e acompanhamento dos beneficiários;
d) procedimentos ambulatoriais e hospitalares previstos na regulamentação da ANS;
e) internações clínicas e cirúrgicas, em acomodação individual, em apartamento;
f) atendimentos de urgência e emergência, conforme a legislação e a regulamentação aplicáveis;
g) assistência obstétrica, incluindo acompanhamento da gestação, assistência ao parto e assistência ao recém-nascido, nos limites da cobertura contratada e das normas aplicáveis;
h) cobertura para tratamentos e procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, observadas as condições legais e regulamentares;
i) atendimento em rede credenciada de abrangência nacional, permitindo a utilização dos serviços pelos beneficiários em diferentes unidades da Federação;
j) possibilidade de reembolso de despesas assistenciais realizadas fora da rede credenciada, conforme as condições e os limites estabelecidos no produto contratado e no Termo de Referência.

A cobertura deverá observar integralmente a legislação aplicável aos planos privados de assistência à saúde, especialmente a Lei nº 9.656/1998, as normas expedidas pela ANS e as condições contratuais do produto registrado.

7.3. Rede hospitalar e laboratorial mínima no Distrito Federal

Considerando a localização da sede do CFESS e a necessidade de assegurar atendimento adequado aos beneficiários residentes no Distrito Federal, a solução deverá contemplar rede credenciada mínima de estabelecimentos hospitalares e laboratoriais em Brasília e demais localidades do Distrito Federal.

A operadora deverá comprovar a disponibilidade dos seguintes estabelecimentos hospitalares no produto ofertado:

1. Hospital Santa Lúcia Sul;
2. Hospital Santa Luzia;
3. Hospital DF Star;
4. Hospital do Coração do Brasil;
5. Hospital HOME;
6. Hospital Santa Lúcia Norte;
7. Hospital Brasília;
8. Maternidade Brasília, incluindo atendimento geral, pediátrico e de emergência;
9. Hospital Santa Lúcia Taguatinga;
10. Hospital Alvorada Brasília;
11. Hospital Sírio-Libanês;
12. Hospital Santa Marta;
13. Hospital Anchieta.

A rede laboratorial mínima deverá contemplar:

1. Sabin Diagnóstico e Saúde, em suas unidades no Distrito Federal;
2. Exame Medicina Diagnóstica (Dasa), em suas unidades no Distrito Federal;

3. Laboratório Santa Luzia;
4. Laboratório Santa Lúcia;
5. Laboratório Pasteur.

A comprovação deverá demonstrar que os estabelecimentos indicados integram efetivamente a rede credenciada do produto ofertado, considerando o padrão de acomodação contratado e os serviços efetivamente disponíveis. Não será suficiente a apresentação de relação genérica de estabelecimentos vinculados à operadora ou de rede pertencente a produto diverso.

A relação de estabelecimentos deverá ser verificada durante a fase de julgamento das propostas e constituirá requisito de conformidade da solução ofertada, observadas as condições e os procedimentos de fiscalização estabelecidos no Termo de Referência.

7.4. Abrangência territorial e reembolso

O plano deverá possuir abrangência nacional, assegurando aos beneficiários acesso à assistência médica e hospitalar em todo o território brasileiro, inclusive quando estiverem fora de sua unidade da Federação de residência.

A solução deverá prever mecanismo de reembolso de despesas assistenciais realizadas pelos beneficiários, inclusive nas situações em que houver necessidade de utilização de serviços fora da rede credenciada, conforme as condições e os limites previstos no produto contratado.

Os critérios de reembolso, os procedimentos para solicitação, a documentação necessária, os prazos para análise e pagamento e os respectivos limites deverão estar claramente definidos na proposta comercial, no Termo de Referência e no instrumento contratual, de modo a assegurar transparência e previsibilidade aos beneficiários.

A licitante deverá apresentar as condições e a tabela de reembolso aplicáveis especificamente ao produto ofertado, não sendo suficiente a indicação genérica de que o plano oferece essa possibilidade.

7.5. Gestão administrativa e movimentação de beneficiários

A solução deverá permitir ao CFESS realizar a gestão administrativa dos beneficiários vinculados ao plano, incluindo solicitações de inclusão, exclusão e alteração cadastral, conforme as condições estabelecidas no contrato.

O quantitativo de beneficiários será variável durante a vigência contratual, em razão de admissões e desligamentos de trabalhadores e trabalhadoras, alterações na composição familiar, inclusões e exclusões de dependentes, nascimentos, adoções e demais situações que gerem alteração no grupo beneficiário.

A cobrança deverá ocorrer de acordo com o quantitativo efetivo de beneficiários ativos em cada competência, considerando os respectivos valores por faixa etária e as condições comerciais contratadas.

A operadora deverá disponibilizar meios eletrônicos para encaminhamento e acompanhamento das movimentações cadastrais, bem como fornecer demonstrativos mensais detalhados que permitam ao CFESS verificar os beneficiários ativos, as inclusões, exclusões, alterações cadastrais e os valores correspondentes à cobrança.

As condições de elegibilidade, os prazos de inclusão e as regras relativas à carência deverão observar a legislação e a regulamentação da ANS, bem como os requisitos estabelecidos no Termo de Referência e as condições previstas no Acordo Coletivo de Trabalho aplicável.

7.6. Atendimento e suporte aos beneficiários

A operadora deverá disponibilizar canais de atendimento e suporte aos beneficiários e aos representantes administrativos do CFESS, contemplando, no mínimo:

a) central de atendimento telefônico;

b) atendimento por canais eletrônicos, inclusive portal e/ou aplicativo;

c) consulta à rede credenciada atualizada;
d) acesso às informações sobre cobertura assistencial e procedimentos autorizados;
e) orientações sobre utilização do plano e atendimento de urgência e emergência;
f) acompanhamento de solicitações de autorização de procedimentos;
g) emissão e disponibilização de carteiras de identificação físicas ou digitais;
h) esclarecimentos sobre regras de reembolso, inclusão e exclusão de beneficiários;
i) canal específico para atendimento das demandas administrativas do CFESS.

A operadora deverá garantir suporte adequado para a resolução de dificuldades relacionadas à utilização do plano, prestando informações claras e tempestivas aos beneficiários e ao gestor do contrato.

7.7. Continuidade da cobertura e manutenção da rede assistencial

A contratada deverá manter, durante toda a vigência contratual, as condições de cobertura assistencial, abrangência territorial e acomodação hospitalar estabelecidas para o produto contratado.

Deverá, ainda, manter a rede credenciada mínima exigida neste Estudo Técnico Preliminar e no Termo de Referência, observando as disposições legais e regulamentares da ANS relativas à substituição, exclusão ou alteração de prestadores de serviços de saúde.

Eventuais alterações na rede credenciada deverão ser comunicadas ao CFESS, com antecedência e observância dos procedimentos regulamentares aplicáveis, devendo a contratada assegurar a substituição por prestadores equivalentes, quando exigido pela legislação, sem prejuízo da continuidade da assistência aos beneficiários.

A contratada deverá adotar as providências necessárias para evitar a interrupção indevida dos tratamentos e atendimentos em curso, observadas as disposições legais e regulamentares aplicáveis.

7.8. Fiscalização e acompanhamento da execução

O CFESS deverá acompanhar e fiscalizar a execução contratual, verificando, entre outros aspectos:
a) a manutenção da regularidade da operadora perante a ANS;
b) a efetiva disponibilização das coberturas contratadas;
c) a manutenção da rede hospitalar e laboratorial mínima exigida;
d) a qualidade e a disponibilidade dos canais de atendimento;
e) o cumprimento dos prazos de autorização e atendimento;
f) a regularidade das cobranças e a correspondência entre os valores faturados e o quantitativo efetivo de beneficiários;
g) o cumprimento das condições de reembolso e das demais obrigações contratuais;
h) o cumprimento das obrigações relativas à proteção de dados pessoais e à confidencialidade das informações dos beneficiários.

As ocorrências identificadas durante a execução deverão ser registradas e encaminhadas à contratada para adoção das providências necessárias, sem prejuízo da aplicação das medidas administrativas e sanções previstas no contrato e na legislação.

7.9. Modelo de pagamento e operacionalização do custeio

O pagamento à operadora será realizado integralmente pelo CFESS, mediante apresentação de fatura mensal correspondente aos beneficiários efetivamente vinculados ao plano.

O custeio do benefício será compartilhado entre o CFESS e os trabalhadores e trabalhadoras, conforme os percentuais e as condições estabelecidos no Acordo Coletivo de Trabalho aplicável.

Após o pagamento integral da fatura, o CFESS realizará os descontos em folha de pagamento correspondentes à participação financeira dos trabalhadores e trabalhadoras, observadas as condições pactuadas.

Esse procedimento não altera a responsabilidade do CFESS perante a operadora contratada,

nem modifica o valor bruto dos serviços efetivamente prestados e faturados.

7.10. Proteção de dados pessoais

A execução contratual deverá observar as disposições da Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), especialmente quanto ao tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis relacionados à saúde dos beneficiários.

A contratada deverá utilizar os dados recebidos exclusivamente para as finalidades necessárias à execução dos serviços, adotando medidas técnicas e administrativas adequadas para proteger as informações contra acessos não autorizados, perda, destruição, alteração ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito.

Deverão ser observadas, ainda, as regras de confidencialidade, segurança da informação, controle de acesso e comunicação de incidentes envolvendo dados pessoais, conforme as responsabilidades de cada parte e as disposições legais aplicáveis.

7.11. Síntese da solução escolhida

Diante das necessidades identificadas, a solução considerada mais adequada consiste na contratação de operadora especializada e regularmente autorizada pela ANS para disponibilização de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, com abrangência nacional, cobertura ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, acomodação em apartamento individual, rede hospitalar e laboratorial mínima no Distrito Federal, possibilidade de reembolso e suporte administrativo e operacional permanente.

A contratação deverá assegurar atendimento aos trabalhadores e trabalhadoras do CFESS e seus dependentes elegíveis, observadas as regras de adesão, movimentação cadastral e custeio estabelecidas no instrumento contratual e no Acordo Coletivo de Trabalho aplicável.

A solução deverá ser estruturada de forma a garantir continuidade assistencial, qualidade dos serviços, transparência na cobrança, disponibilidade de rede credenciada compatível com as necessidades dos beneficiários e adequada fiscalização pelo CFESS durante toda a vigência contratual.

8. JUSTIFICATIVAS PARA O PARCELAMENTO OU NÃO DA CONTRATAÇÃO (Art. 18, § 1°, VIII, Lei 14.133/2021)

8.1. Análise da possibilidade de parcelamento

Considerando a natureza do objeto, foi analisada a possibilidade de parcelamento da contratação, nos termos do art. 18, § 1º, inciso VIII, da Lei nº 14.133/2021, observando-se os aspectos técnicos, operacionais e econômicos envolvidos na prestação dos serviços.

A solução pretendida consiste na contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, com cobertura ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, abrangência nacional, acomodação em apartamento individual, rede credenciada hospitalar e laboratorial, atendimento de urgência e emergência e possibilidade de reembolso, entre outras coberturas e serviços previstos neste Estudo Técnico Preliminar.

Embora o objeto envolva diferentes modalidades de atendimento e procedimentos assistenciais, esses serviços constituem componentes integrados de um único produto de assistência à saúde, cuja operacionalização depende da atuação coordenada de uma mesma operadora.

A divisão do objeto em diferentes contratações poderia comprometer a uniformidade das condições de cobertura, a integração da rede assistencial, a gestão dos beneficiários e a responsabilização pela prestação dos serviços.

8.2. Justificativa para o não parcelamento

Após análise das características do objeto, conclui-se que o parcelamento da contratação não se mostra tecnicamente recomendável, uma vez que a prestação dos serviços exige integração entre a cobertura assistencial, a rede credenciada, os mecanismos de autorização de procedimentos, o atendimento aos beneficiários, o processamento dos reembolsos e a gestão administrativa do plano.

A contratação de diferentes operadoras para prestação de serviços distintos poderia ocasionar fragmentação da assistência, dificuldades de integração entre as redes credenciadas, divergências de procedimentos administrativos, multiplicidade de canais de atendimento e possíveis conflitos quanto à responsabilidade pela prestação dos serviços.

Além disso, o parcelamento poderia dificultar a gestão contratual pelo CFESS, especialmente quanto à movimentação cadastral dos beneficiários, ao controle do faturamento, à fiscalização das obrigações contratuais e à responsabilização por eventuais falhas na prestação da assistência.

Sob o aspecto econômico e administrativo, a contratação integrada de uma única operadora permite centralizar a gestão do benefício, a movimentação cadastral, o faturamento e o atendimento aos beneficiários, contribuindo para a simplificação dos procedimentos administrativos e para a fiscalização da execução contratual.

Ressalta-se, ainda, que a divisão do objeto entre diferentes operadoras poderia resultar em limitações de cobertura, sobreposição de serviços ou descontinuidade no atendimento dos beneficiários, comprometendo a finalidade da contratação.

8.3. Conclusão quanto ao parcelamento

Diante das características técnicas e operacionais da solução pretendida, conclui-se que a contratação deverá ocorrer de forma integrada, mediante a seleção de uma única operadora responsável pela disponibilização e administração do plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial.

Assim, justifica-se o não parcelamento da contratação, uma vez que a divisão do objeto não apresenta vantagens técnicas ou econômicas suficientemente demonstradas e poderá comprometer a integração dos serviços, a continuidade assistencial, a eficiência da gestão contratual e a adequada fiscalização da execução.

A adoção de contratação única deverá, contudo, preservar a competitividade do certame, mediante especificações técnicas justificadas e proporcionais às necessidades do CFESS, sem exigências que restrinjam indevidamente a participação de operadoras aptas a executar o objeto.

9. DEMONSTRATIVO DOS RESULTADOS PRETENDIDOS EM TERMOS DE ECONOMICIDADE E DE MELHOR APROVEITAMENTO DOS RECURSOS HUMANOS, MATERIAIS E FINANCEIROS DISPONÍVEIS (Art. 18, § 1°, IX, Lei 14.133/2021)

9.1. Resultados pretendidos

Com a contratação de operadora especializada para prestação de serviços de assistência à saúde, por meio de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, o CFESS pretende assegurar a continuidade e a qualidade do benefício disponibilizado aos trabalhadores e trabalhadoras e seus dependentes elegíveis, proporcionando acesso a serviços médicos, hospitalares, laboratoriais e demais procedimentos assistenciais, com abrangência nacional.

A contratação deverá assegurar condições de cobertura compatíveis com as necessidades dos beneficiários, contemplando assistência ambulatorial, hospitalar e obstétrica, acomodação em apartamento individual, rede credenciada compatível com os requisitos estabelecidos e possibilidade de reembolso de despesas assistenciais, conforme as condições contratadas.

Espera-se, ainda, contribuir para a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras, para a promoção do bem-estar no ambiente institucional e para a manutenção de condições adequadas de saúde, favorecendo a qualidade de vida e o desempenho das atividades profissionais.

Além dos benefícios diretamente relacionados à assistência à saúde, pretende-se alcançar resultados administrativos, operacionais e financeiros mediante a contratação de solução integrada, com centralização da gestão do benefício e definição clara das responsabilidades da operadora e do CFESS.

9.2. Economicidade e melhor aproveitamento dos recursos financeiros

A contratação deverá buscar a obtenção da proposta mais vantajosa para o CFESS,

considerando o preço e o atendimento integral aos requisitos técnicos e assistenciais estabelecidos neste Estudo Técnico Preliminar e no Termo de Referência.

A economicidade deverá ser buscada por meio de:

a) realização de procedimento licitatório competitivo, permitindo a participação de operadoras aptas a atender às especificações do objeto;

b) comparação de preços e condições comerciais praticadas no mercado, considerando a composição etária e o quantitativo estimado de beneficiários;

c) contratação de solução coletiva empresarial, com centralização da negociação e das condições comerciais em um único instrumento contratual;

d) pagamento das mensalidades conforme o quantitativo efetivo de beneficiários ativos e os respectivos valores por faixa etária, evitando cobranças por pessoas que não estejam vinculadas ao plano;

e) acompanhamento periódico dos valores faturados, possibilitando a conferência das cobranças e a identificação de eventuais inconsistências;

f) compartilhamento do custeio entre o CFESS e os trabalhadores e trabalhadoras, conforme os percentuais e as condições estabelecidos no Acordo Coletivo de Trabalho aplicável.

O modelo de custeio compartilhado permitirá a participação financeira dos trabalhadores e trabalhadoras no benefício, sem prejuízo da centralização do pagamento perante a operadora, que será realizado integralmente pelo CFESS, com posterior desconto em folha da parcela de responsabilidade dos beneficiários, observadas as disposições do instrumento coletivo aplicável.

A estimativa anual da contratação, conforme metodologia apresentada no item 6 deste Estudo Técnico Preliminar, corresponde a **R$ 1.058.885,16**, valor que deverá ser considerado para fins de planejamento e avaliação da disponibilidade orçamentária, sem prejuízo da apuração do valor efetivamente devido durante a execução contratual.

9.3. Melhor aproveitamento dos recursos humanos

A contratação de uma operadora especializada permitirá que o CFESS concentre a gestão administrativa do benefício em uma única relação contratual, reduzindo a necessidade de execução direta de atividades relacionadas à organização e à disponibilização dos serviços de assistência à saúde.

Espera-se, com isso:

a) reduzir a demanda de trabalho interno relacionada à administração individualizada de serviços médicos, hospitalares e laboratoriais;

b) centralizar os procedimentos de inclusão, exclusão e alteração cadastral dos beneficiários;

c) simplificar a conferência das cobranças e o acompanhamento das despesas mensais;

d) reduzir a necessidade de interlocução com diferentes prestadores de serviços de saúde;

e) permitir que os setores administrativos responsáveis concentrem seus esforços nas atividades de planejamento, acompanhamento e fiscalização contratual;

f) disponibilizar aos trabalhadores e trabalhadoras canais próprios de atendimento da operadora, reduzindo a necessidade de intermediação do CFESS para questões operacionais relacionadas à utilização do plano.

Dessa forma, busca-se otimizar a utilização da força de trabalho disponível, evitando a sobrecarga das equipes administrativas com atividades que podem ser executadas diretamente pela operadora contratada.

9.4. Melhor aproveitamento dos recursos materiais e tecnológicos

A solução também deverá proporcionar melhor aproveitamento dos recursos materiais e tecnológicos disponíveis, uma vez que a operadora será responsável por disponibilizar os meios necessários à operacionalização do plano de saúde.

Nesse sentido, espera-se:

a) disponibilização de portal eletrônico e/ou aplicativo para consulta à rede credenciada, carteiras

digitais e informações sobre a cobertura assistencial;
b) disponibilização de ferramentas eletrônicas para solicitação e acompanhamento de procedimentos e autorizações;
c) utilização de meios digitais para encaminhamento e acompanhamento das movimentações cadastrais;
d) fornecimento de demonstrativos e relatórios mensais para acompanhamento dos beneficiários e conferência do faturamento;
e) redução da utilização de documentos físicos e de procedimentos administrativos manuais, sempre que possível.

A utilização desses recursos deverá contribuir para maior agilidade, organização, transparência e eficiência na gestão do benefício, sem necessidade de aquisição ou desenvolvimento de sistemas próprios pelo CFESS para a execução das atividades operacionais inerentes ao plano.

9.5. Melhoria da qualidade dos serviços disponibilizados aos beneficiários

A contratação deverá assegurar aos trabalhadores e trabalhadoras e seus dependentes elegíveis acesso a uma rede de assistência à saúde compatível com suas necessidades, contemplando cobertura nacional, acomodação em apartamento individual e disponibilidade de estabelecimentos hospitalares e laboratoriais que atendam aos requisitos mínimos definidos pelo CFESS.

Entre os resultados esperados, destacam-se:
a) manutenção e qualificação do acesso à assistência médica e hospitalar;
b) maior segurança na utilização dos serviços de saúde, inclusive em situações de urgência e emergência;
c) disponibilidade de atendimento em diferentes localidades do território nacional;
d) acesso a rede hospitalar e laboratorial compatível com os requisitos mínimos estabelecidos pelo CFESS;
e) possibilidade de reembolso de despesas assistenciais, conforme as condições contratadas;
f) continuidade da assistência à saúde dos beneficiários durante toda a vigência contratual;
g) disponibilização de canais de atendimento e orientação aos beneficiários para esclarecimento de dúvidas, solicitações e acompanhamento de demandas.

A disponibilização de cobertura adequada e de rede credenciada compatível com as necessidades dos beneficiários constitui resultado relevante da contratação, contribuindo para a manutenção do benefício e para a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras do CFESS.

9.6. Resultados esperados e mecanismos de acompanhamento

Os resultados pretendidos deverão ser acompanhados durante a execução contratual, por meio da fiscalização e da análise periódica das informações fornecidas pela operadora.

Para esse acompanhamento, deverão ser considerados, entre outros, os seguintes aspectos:

Resultado pretendido	Forma de acompanhamento
Economicidade na contratação	Comparação entre os preços contratados e os referenciais de mercado utilizados na estimativa da contratação.
Regularidade do faturamento	Conferência mensal das faturas, dos valores por faixa etária e do quantitativo de beneficiários ativos.
Eficiência administrativa	Acompanhamento dos prazos de movimentação cadastral e do atendimento das demandas encaminhadas pelo CFESS.
Disponibilidade da rede credenciada	Verificação da manutenção dos hospitais, maternidades e laboratórios mínimos exigidos para o produto contratado.

Qualidade do atendimento	Acompanhamento das reclamações, solicitações e ocorrências registradas pelos beneficiários.
Continuidade assistencial	Verificação da manutenção das coberturas e das condições de atendimento contratadas, inclusive quanto às regras de substituição da rede credenciada.
Transparência da gestão	Análise dos relatórios, demonstrativos e demais informações disponibilizadas pela operadora.
Regularidade das movimentações cadastrais	Conferência dos pedidos de inclusão, exclusão e alteração cadastral e dos respectivos prazos de processamento.

Os mecanismos de acompanhamento deverão subsidiar a fiscalização contratual e a avaliação do cumprimento das obrigações assumidas pela operadora, observados os critérios e indicadores definidos no Termo de Referência e no Instrumento de Medição de Resultados, quando aplicável.

9.7. Conclusão

Diante do exposto, a contratação pretendida busca assegurar a continuidade de benefício institucional relevante, conciliando a qualidade da assistência à saúde disponibilizada aos trabalhadores e trabalhadoras e seus dependentes com a utilização eficiente dos recursos humanos, materiais e financeiros do CFESS.

Espera-se que a contratação de uma única operadora especializada, mediante procedimento licitatório competitivo, proporcione maior racionalidade administrativa, centralização da gestão, transparência no faturamento, redução de atividades operacionais internas e melhores condições de atendimento aos beneficiários.

Assim, a solução deverá contribuir para a economicidade, a eficiência administrativa e a adequada aplicação dos recursos públicos, observando-se a relação entre custo, qualidade, abrangência e efetividade dos serviços contratados.

10. PROVIDÊNCIAS A SEREM ADOTADAS PELA ADMINISTRAÇÃO PREVIAMENTE À CELEBRAÇÃO DO CONTRATO, INCLUSIVE QUANTO À CAPACITAÇÃO DE SERVIDORES OU DE EMPREGADOS PARA FISCALIZAÇÃO E GESTÃO CONTRATUAL (Art. 18, § 1°, X, Lei 14.133/2021)

Previamente à celebração do contrato, o CFESS deverá adotar as providências necessárias à formalização e à adequada execução da contratação, compreendendo:

a) confirmação da disponibilidade orçamentária e financeira para suportar as despesas decorrentes da contratação, considerando o valor estimado atualizado e a previsão de recursos para o período de vigência contratual;

b) atualização e conferência da relação de beneficiários titulares e dependentes elegíveis, incluindo os dados necessários à identificação das respectivas faixas etárias e à elaboração da proposta de implantação, observadas as exigências da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD;

c) verificação da regularidade da futura contratada perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, bem como da situação cadastral e das características do produto ofertado, de modo a confirmar sua compatibilidade com as exigências estabelecidas no Termo de Referência;

d) designação formal dos responsáveis pela gestão e fiscalização do contrato, bem como de seus respectivos substitutos, observadas as normas internas aplicáveis;

e) definição dos procedimentos internos para inclusão, exclusão e alteração cadastral dos beneficiários, conferência das faturas mensais e realização dos descontos da parcela de responsabilidade dos trabalhadores e trabalhadoras, conforme os percentuais e as condições estabelecidos no Acordo Coletivo de Trabalho aplicável;

f) estabelecimento de cronograma de implantação e de transição entre a operadora atual e a futura contratada, contemplando os prazos para envio e validação dos dados cadastrais, cadastramento dos beneficiários, disponibilização das carteiras de identificação e início da cobertura, de modo a evitar a interrupção da assistência à saúde;
g) organização dos procedimentos de comunicação aos trabalhadores e trabalhadoras e seus dependentes, com orientações sobre a utilização do novo plano, rede credenciada, canais de atendimento, regras de autorização e condições de reembolso.

Os agentes designados para a gestão e fiscalização deverão receber as orientações e, se necessário, a capacitação adequada quanto às obrigações contratuais, à conferência das faturas, ao acompanhamento da rede credenciada, à verificação da regularidade da operadora e ao registro de eventuais ocorrências durante a execução dos serviços.

As providências serão conduzidas pelas unidades competentes do CFESS, de acordo com suas atribuições, não sendo identificada, a princípio, a necessidade de contratação específica de serviços adicionais para essa finalidade.

11. CONTRATAÇÕES CORRELATAS E/OU INTERDEPENDENTES (Art. 18, § 1°, XI, Lei 14.133/2021)

Após análise do objeto, não foram identificadas contratações correlatas ou interdependentes indispensáveis à execução dos serviços de assistência médica e hospitalar pretendidos.

A contratação possui natureza autônoma, cabendo à futura contratada disponibilizar toda a estrutura necessária à adequada prestação dos serviços, incluindo rede credenciada ou referenciada, canais de atendimento, suporte aos beneficiários, gestão das autorizações e dos procedimentos assistenciais, bem como os demais recursos necessários ao cumprimento das obrigações contratuais.

As atividades administrativas internas do CFESS relacionadas à gestão cadastral dos beneficiários, ao encaminhamento de inclusões e exclusões, à conferência das faturas, ao processamento dos pagamentos e à realização dos descontos em folha da parcela de responsabilidade dos trabalhadores e trabalhadoras, conforme os critérios estabelecidos no Acordo Coletivo de Trabalho aplicável, serão executadas pela própria estrutura administrativa do Conselho e não demandam contratação específica.

Dessa forma, conclui-se que a execução do objeto não depende da celebração de outros contratos, sem prejuízo da articulação entre as unidades administrativas do CFESS responsáveis pela gestão de pessoal, financeira e contratual.

12. DESCRIÇÃO DE POSSÍVEIS IMPACTOS AMBIENTAIS E RESPECTIVAS MEDIDAS MITIGADORAS, INCLUÍDOS REQUISITOS DE BAIXO CONSUMO DE ENERGIA E DE OUTROS RECURSOS, BEM COMO LOGÍSTICA REVERSA PARA DESFAZIMENTO E RECICLAGEM DE BENS E REFUGOS, QUANDO APLICÁVEL (Art. 18, § 1°, XII, Lei 14.133/2021)

Considerando a natureza do objeto, consistente na contratação de serviços de assistência médica e hospitalar, não foram identificados impactos ambientais diretos significativos decorrentes da execução contratual nas dependências do CFESS.

Ainda assim, poderão ser adotadas práticas de sustentabilidade relacionadas à gestão administrativa do contrato, especialmente:
a) priorização da utilização de carteirinhas digitais, sempre que disponibilizadas pela contratada, em substituição às versões impressas;
b) utilização preferencial de meios eletrônicos para o envio de documentos, relatórios, comunicações e demais informações relacionadas à execução contratual;

c) adoção de procedimentos administrativos que reduzam o consumo de papel e de outros materiais de expediente;
d) incentivo à comunicação eletrônica entre a contratada, o CFESS e os beneficiários, observadas as exigências de segurança da informação e proteção de dados pessoais.

Os resíduos eventualmente gerados durante a prestação dos serviços nas unidades hospitalares, clínicas, laboratórios e demais estabelecimentos integrantes da rede assistencial deverão ser gerenciados pelos respectivos estabelecimentos de saúde, em conformidade com a legislação ambiental e sanitária aplicável.

Não se aplica, em princípio, a exigência de logística reversa no âmbito desta contratação, uma vez que o objeto não envolve aquisição de equipamentos, materiais permanentes ou produtos que demandem destinação ambientalmente adequada pelo CFESS.

Dessa forma, conclui-se que os impactos ambientais associados à contratação são reduzidos e podem ser mitigados por meio da adoção de práticas administrativas sustentáveis, especialmente pela digitalização dos procedimentos e pela redução do consumo de materiais.

13. POSICIONAMENTO CONCLUSIVO SOBRE A ADEQUAÇÃO DA CONTRATAÇÃO PARA O ATENDIMENTO DA NECESSIDADE A QUE SE DESTINA (Art. 18, § 1°, XIII, Lei 14.133/2021)

Com base nos estudos realizados, conclui-se que a contratação de empresa especializada para prestação continuada de serviços de assistência à saúde, por meio de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, mostra-se adequada e necessária ao atendimento das necessidades do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, de seus trabalhadores e trabalhadoras e respectivos dependentes elegíveis.

A contratação visa assegurar a continuidade do benefício de assistência à saúde, em consonância com as disposições do Acordo Coletivo de Trabalho – ACT aplicável, especialmente quanto à disponibilização da assistência médica e odontológica e às condições de participação financeira do CFESS e dos trabalhadores e trabalhadoras. As especificações técnicas e assistenciais estabelecidas neste Estudo Técnico Preliminar decorrem da avaliação das necessidades institucionais e dos requisitos considerados necessários à adequada prestação dos serviços.

A solução proposta contempla plano coletivo empresarial com abrangência nacional, cobertura ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, acomodação hospitalar em apartamento individual, possibilidade de reembolso de despesas assistenciais e disponibilização de rede credenciada compatível com os requisitos mínimos estabelecidos pelo CFESS, observadas a legislação aplicável e as normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

A contratação por meio de operadora especializada permitirá centralizar a gestão do benefício, organizar os procedimentos de inclusão e exclusão de beneficiários, acompanhar os custos e estabelecer mecanismos de fiscalização da prestação dos serviços, contribuindo para a continuidade da assistência e para a eficiência administrativa do Conselho.

A estimativa de custos foi elaborada com base na comparação dos valores do plano atualmente disponibilizado e das referências de preços obtidas para três produtos de categoria superior, resultando no valor anual estimado de R$ 1.058.885,16 (um milhão, cinquenta e oito mil, oitocentos e oitenta e cinco reais e dezesseis centavos), correspondente ao quantitativo inicialmente previsto de 27 (vinte e sete) beneficiários. O valor deverá ser considerado como referência para o planejamento da contratação, sujeito à confirmação da compatibilidade orçamentária e financeira.

Considerando as características do objeto, que apresenta padrões de desempenho e qualidade passíveis de definição objetiva, entende-se adequado o prosseguimento da contratação mediante pregão eletrônico, adotando-se o critério de julgamento de menor preço global, desde que a proposta atenda

integralmente aos requisitos técnicos, assistenciais, regulatórios e contratuais estabelecidos no Termo de Referência.

O prosseguimento do procedimento deverá ficar condicionado à confirmação da disponibilidade orçamentária e financeira suficiente para suportar a despesa estimada, inclusive mediante adequação da previsão inicialmente registrada, caso necessário, bem como à conclusão dos ajustes e da compatibilização entre este Estudo Técnico Preliminar e o Termo de Referência.

Diante do exposto, este Estudo Técnico Preliminar conclui pela viabilidade técnica e administrativa da contratação pretendida, recomendando o prosseguimento do processo licitatório, observadas as condições e providências indicadas neste documento.

Brasília-DF, 06 de novembro de 2026.

Keliane Souza de Jesus
Coordenadora Administrativo-Financeiro