À
PREFEITURA MUNICIPAL DE SUMARÉ
ILUSTRÍSSIMO SENHOR SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

PREGÃO ELETRÔNICO Nº 54/2026
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 22671/2026

A **BONSAGLIA CONSULTORIA, ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA.**, pessoa jurídica de direito privado, devidamente inscrita no CNPJ sob o nº 07.955.239/0001-64, sediada na Rua Apeninos, nº 222, conj. 4004/4005 – Aclimação – São Paulo/SP, vem, respeitosamente, à presença de V.Sa., apresentar a presente **IMPUGNAÇÃO AO EDITAL DE LICITAÇÃO**, em razão das ilegalidades e inconsistências adiante demonstradas.

DA TEMPESTIVIDADE E DA LEGITIMIDADE

Nos termos do item 14.1 do Edital, a impugnação deve ser protocolada até 3 (três) dias úteis antes da data designada para a abertura do certame, que, no presente caso, está marcada para realização em 10/11/2026, às 9h.

A presente Impugnação é apresentada em 05/11/2026, último dia do prazo previsto no item 14.1 do Edital, sendo, portanto, tempestiva.

A legitimidade da Impugnante decorre, ainda, do próprio item 14.1 do Edital, que confere a qualquer pessoa o direito de impugnar o instrumento convocatório por irregularidade na aplicação da Lei nº 14.133/2021. A presente medida tem por objetivo obter a correção das ilegalidades e inconsistências identificadas no Edital e em seus anexos, preservando a legalidade do certame, a competitividade e a regularidade da futura contratação.

No que se refere às condições de participação e habilitação, a presente medida visa, em especial, assegurar a participação efetiva das operadoras de planos de assistência à saúde, inclusive das cooperativas médicas integrantes do Sistema Unimed, potenciais interessadas no certame.

DOS FATOS

O MUNICÍPIO DE SUMARÉ tornou público o Edital do Pregão Eletrônico nº 54/2026, Processo Administrativo nº 22671/2026, para contratação de operadora especializada na prestação continuada de serviços de assistência médica suplementar aos servidores públicos municipais ativos, aposentados e pensionistas elegíveis, observadas as disposições da Lei Municipal nº 7.621/2026, da Lei nº 9.656/1998 e da regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Após exame minucioso da matéria, a Impugnante constatou que o Edital e seus anexos contêm ilegalidades que afetam as condições de participação e habilitação e comprometem a regularidade da futura execução contratual.

Os vícios ora impugnados concentram-se em seis pontos: (i) as exigências de qualificação econômico-financeira que restringem a competição; (ii) a imposição de contratação de hospital situado no Município de Sumaré, com restrição das alternativas regionais; (iii) a documentação complementar indevidamente exigida das cooperativas médicas; (iv) a ausência de reajuste técnico por sinistralidade e de metodologia matemática previamente definida; (v) as condições impostas para a prestação de atendimento pré-hospitalar – APH; e (vi) as referências à Lei nº 8.666/1993, as previsões de execução ou retenção de garantia dispensada e a falta de compatibilização entre os prazos previstos para comprovação hospitalar e assinatura do contrato.

Diante disso, passa-se à demonstração individualizada das ilegalidades apontadas.

I – DA RESTRIÇÃO INDEVIDA À COMPETITIVIDADE DECORRENTE DAS EXIGÊNCIAS DE QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA

I.1 – Da incompatibilidade entre a justificativa municipal e a realidade econômico-financeira do mercado

A Prefeitura de Sumaré fundamentou as exigências de qualificação econômico-financeira em premissa frontalmente desmentida pelos dados do mercado de saúde suplementar. Ao estabelecer os índices contábeis no item 6.27 do Termo de Referência, a Administração afirmou, no item 6.28, que os parâmetros escolhidos atenderiam à realidade das empresas do segmento e seriam compatíveis com aqueles usualmente adotados nas contratações de planos privados de assistência à saúde.

A aplicação desses parâmetros a quinze operadoras relevantes demonstra, porém, que doze delas, equivalentes a 80% do levantamento, não atendem ao conjunto das exigências estabelecidas. A própria justificativa utilizada pelo Município, portanto, não resiste à verificação empírica.

A contradição é substancial. O item 6.28 afirma que os índices *"atendem à realidade das empresas"* porque *"atendem à realidade das empresas"*, reproduzindo a própria premissa como justificativa de sua escolha. A Administração sustenta a legitimidade dos critérios justamente em sua alegada correspondência com o mercado, mas não apresenta, nas peças publicadas, a análise econômico-financeira necessária para comprovar essa correspondência. Não identifica as operadoras examinadas, as demonstrações contábeis utilizadas, os resultados apurados ou o estudo que teria conduzido à escolha dos limites eliminatórios.

O Estudo Técnico Preliminar contém capítulo denominado Levantamento de Mercado, mas sua análise se limita à abrangência geográfica, à composição da rede assistencial, à coparticipação, à acomodação hospitalar e às demais características assistenciais e econômicas da solução. Não há demonstração de investigação contábil das operadoras, tampouco análise dos efeitos concorrenciais dos índices posteriormente inseridos no Termo de Referência.

O Termo de Referência, por sua vez, exige Liquidez Corrente e Liquidez Geral iguais ou superiores a 1,00, Endividamento igual ou inferior a 0,50, atendimento simultâneo dos três índices em cada um dos dois últimos exercícios e, adicionalmente, Patrimônio Líquido de 10% do valor estimado da contratação. A justificativa genérica do item 6.28 não demonstra a necessidade dessa arquitetura restritiva.

O próprio Termo de Referência classifica o objeto como serviço sem dedicação exclusiva de mão de obra e reconhece a inexistência de subordinação, pessoalidade ou gestão direta de trabalhadores pela Administração. Trata-se da contratação de operadora responsável pela disponibilização e gestão de plano coletivo de assistência médica suplementar em mercado submetido à regulação econômica, contábil e prudencial da ANS. Esse enquadramento impede a transposição acrítica de parâmetros concebidos ou usualmente empregados em contratações com estrutura de custos e riscos distinta e exige fundamentação econômico-financeira própria para o setor regulado, demonstração que não consta das peças publicadas.

A Bonsaglia impugna essa deficiência de planejamento e motivação. A afirmação de que os índices retratam o mercado não substitui o estudo técnico exigido para sua escolha. Diante da prova de que quatro em cada cinco operadoras examinadas não superam o filtro instituído, cabe à Administração demonstrar, de

maneira concreta, que cada parâmetro adotado é indispensável, proporcional aos riscos da contratação e efetivamente compatível com a realidade econômico-financeira do setor.

Fonte documental: Edital de Sumaré, Estudo Técnico Preliminar, capítulo 7, pp. 45-47; Termo de Referência, itens 6.27 a 6.33, pp. 21-22.

I.2 – Da comprovação objetiva do efeito restritivo sobre as operadoras de saúde suplementar

Para aferir os efeitos das condições estabelecidas no edital, foram examinadas quinze operadoras relevantes do mercado nacional e da região de Campinas, compreendendo empresas de grande porte e operadoras de atuação regional diretamente relacionadas ao mercado de saúde suplementar.

Foram utilizados os balanços e as demonstrações financeiras dos exercícios de 2024 e 2025 publicados pelas próprias operadoras e, quando necessário, os dados oficiais disponibilizados pela ANS. Sobre esses valores foram aplicadas, de maneira uniforme, as fórmulas previstas no edital, sem médias, compensações ou alteração dos limites estabelecidos pela Prefeitura.

O resultado é inequívoco: doze das quinze operadoras não atendem cumulativamente aos requisitos econômico-financeiros de Sumaré. Apenas três satisfazem os três índices nos dois exercícios exigidos.

Quadro demonstrativo dos índices contábeis

Operadora	LC 2024	LG 2024	IE 2024	LC 2025	LG 2025	IE 2025	Atende ao conjunto?
NotreDame Intermédica — ANS 359017	1,7759	**0,9431**	0,3531	1,1833	**0,8150**	0,3555	**Não**
Amil — ANS 326305	1,0561	1,2960	0,4038	1,0682	1,4655	0,3796	Sim
Unimed Campinas — ANS 335690	1,6633	1,4843	**0,5795**	1,1197	1,4525	**0,5082**	**Não**
Saúde Santa Tereza — ANS 414930	1,5057	1,2350	**0,6999**	1,6400	**0,9844**	**0,7616**	**Não**
PHS Samaritano Saúde — ANS 411256	1,9976	2,2666	0,4333	1,9727	2,2509	0,4370	Sim
Saúde Beneficência — ANS 417530	1,0947	1,2014	**0,6214**	1,0019	**0,8736**	**0,7068**	**Não**
Vera Cruz / 2Care — ANS 421421	1,1729	1,5847	**0,6262**	1,6825	1,6380	**0,6074**	**Não**
GoCare — ANS 422681	**0,2759**	**0,2459**	**1,7905**	**0,7582**	**0,6131**	**1,1312**	**Não**
Única Saúde — ANS 421944	1,4066	1,3716	0,4569	1,6656	1,5990	0,3735	Sim
Salusmed — ANS 422746	**0,0871**	**0,0871**	0,3341	1,4584	1,3944	**0,5047**	**Não**
New Saúde Leader — ANS 364592	2,0045	1,7414	**0,5710**	2,5256	2,4386	0,4097	**Não**
Porto Seguro Saúde — ANS 000582	**0,8885**	1,5903	**0,5253**	1,1019	1,6651	**0,5226**	**Não**
Bradesco Saúde — ANS 005711	**0,8075**	1,2797	**0,7480**	**0,8680**	1,2873	**0,7598**	**Não**
SulAmérica Saúde — ANS 006246	1,4107	1,4762	**0,5425**	1,7642	1,3418	**0,5786**	**Não**
Unimed Nacional / CNU — ANS 339679	**0,7978**	**0,9456**	**0,8737**	1,2793	1,2137	**0,6912**	**Não**

Fórmulas aplicadas conforme o item 6.27 do Termo de Referência: LC = Ativo Circulante ÷ Passivo Circulante; LG = (Ativo Circulante + Realizável a Longo Prazo) ÷ (Passivo Circulante + Exigível a Longo Prazo); IE = (Passivo Circulante + Exigível a Longo Prazo) ÷ Ativo Total. Nas demonstrações financeiras que utilizam a denominação "Passivo Não Circulante", essa rubrica foi considerada equivalente ao "Exigível a Longo Prazo" previsto no edital. Os índices são apresentados com quatro casas decimais, mas a classificação de atendimento foi realizada com base no resultado integral, antes do arredondamento.

Resultado consolidado:

- 12 operadoras não atendem ao conjunto das exigências: 80%;
- 3 operadoras atendem ao conjunto das exigências: 20%.

Nota: os valores em destaque não alcançam os limites previstos no edital. A memória de cálculo utilizou demonstrações financeiras das operadoras e dados contábeis do DIOPS/ANS constantes dos arquivos do quarto trimestre de 2024 e do quarto trimestre de 2025.

A consequência jurídica é direta: doze operadoras examinadas não conseguiriam superar a habilitação econômico-financeira nas condições publicadas. Embora a habilitação ocorra após a apresentação das propostas e dos lances, o não atendimento impede que essas empresas obtenham regularmente a contratação, transformando o filtro financeiro em barreira concreta à competição útil.

A Prefeitura reduziu a apenas três, entre quinze operadoras relevantes, o grupo capaz de superar o conjunto dos requisitos contábeis. Esse estreitamento compromete a amplitude da disputa e reduz as oportunidades de seleção de proposta mais vantajosa, sem que a Administração tenha demonstrado benefício necessário e proporcional que justifique a exclusão produzida.

I.3 – Do Endividamento máximo de 0,50 e do efeito eliminatório das exigências cumulativas

O principal fator de restrição identificado é o Índice de Endividamento máximo de 0,50. Considerado isoladamente, esse limite não é atendido por onze das quinze operadoras examinadas em pelo menos um dos exercícios exigidos, equivalentes a 73,33% da amostra.

A concentração das exclusões nesse indicador demonstra que o ponto de corte escolhido constitui o núcleo da barreira econômico-financeira imposta pelo edital. Unimed Campinas, Vera Cruz / 2Care, New Saúde Leader e SulAmérica Saúde atendem aos índices de Liquidez Corrente e Liquidez Geral nos dois exercícios, mas são reprovadas, entre os três indicadores exigidos, exclusivamente pelo Endividamento superior a 0,50 em pelo menos um deles. As quatro também apresentavam ICR superior a 1,00 no ano-base 2024, com cobertura integral do Capital Regulatório exigido pela ANS.

O índice exigido determina que o Passivo Circulante, somado ao Exigível a Longo Prazo, não ultrapasse 50% do Ativo Total. Em termos patrimoniais, o edital exige estrutura na qual o Patrimônio Líquido represente pelo menos metade do ativo da operadora.

A Prefeitura não demonstrou, nas peças publicadas, por que essa composição patrimonial específica seria indispensável à execução de contrato de assistência médica suplementar, nem qual risco concreto seria evitado pela exclusão de todas as empresas que ultrapassem o limite, ainda que minimamente.

A ausência de fundamentação técnica do ponto de corte é evidenciada pelos próprios resultados. Em 2025, a Salusmed apresentou Endividamento de 0,5047 e a Unimed Campinas, de 0,5082. Ambos superam o máximo de 0,50 e acarretam o mesmo efeito eliminatório atribuído a resultados substancialmente superiores.

O edital adota o índice de 0,50 como ponto de corte absoluto, mas não demonstra que esse patamar corresponde a um limiar de risco tecnicamente adequado às características econômico-financeiras do setor, nem por que diferenças dessa ordem comprometeriam a aptidão econômica das operadoras para executar o contrato.

A restrição é ampliada pela combinação do Endividamento com a Liquidez Corrente e a Liquidez Geral, ambas fixadas em patamar mínimo de 1,00. O item 6.29 exige o atendimento de todos os indicadores em cada um dos dois últimos exercícios sociais. Três índices transformam-se, assim, em seis verificações eliminatórias, bastando uma única insuficiência para afastar a empresa da habilitação.

A aplicação integral desse conjunto eleva o não atendimento de 73,33%, observado no Endividamento isolado, para 80% da amostra.

A exigência de atendimento aos índices nos dois exercícios também amplia concretamente a restrição. Considerados apenas os resultados de 2025, onze das quinze operadoras não atendem ao conjunto dos indicadores. Com a exigência adicional de aprovação em 2024, esse número alcança doze.

A New Saúde Leader, por exemplo, atende integralmente aos três índices de 2025, mas permanece impedida de superar a habilitação em razão do Endividamento apurado em 2024.

A imposição dessa dupla aferição exige fundamentação própria. O Acórdão nº 2.418/2026 do Plenário do TCU reconheceu que a apresentação das demonstrações contábeis dos dois últimos exercícios não impõe, por si só, o atendimento simultâneo de todos os requisitos econômico-financeiros em ambos. Para os índices de liquidez, capital circulante e Patrimônio Líquido, a aferição pelo exercício mais recente constitui a solução ordinária, salvo justificativa concreta para alcançar também o exercício precedente.

A Bonsaglia impugna, portanto, a ausência de fundamentação setorial do limite de Endividamento de 0,50, a multiplicação dos índices em seis testes eliminatórios e a dupla aferição imposta sem demonstração específica de sua indispensabilidade.

A exigência de capacidade econômico-financeira não autoriza a adoção de filtros cuja intensidade e efeitos sobre o mercado não tenham sido devidamente avaliados na fase preparatória.

I.4 – Da desproporcionalidade da cumulação dos índices com Patrimônio Líquido mínimo de 10%

Além das seis verificações contábeis eliminatórias, a Prefeitura exige, no item 6.33 do Termo de Referência, Patrimônio Líquido correspondente a 10% do valor estimado da contratação.

Considerado o orçamento de R$ 35.962.936,20, a exigência alcança R$ 3.596.293,62.

O Município adotou, portanto, o percentual máximo admitido pelo art. 69, § 4º, da Lei nº 14.133/2021, cumulativamente aos três índices exigidos em dois exercícios, sem apresentar fundamentação específica que demonstre a necessidade conjunta dessas condições. O § 4º do art. 69 autoriza Patrimônio Líquido mínimo de até 10%, o caput do mesmo dispositivo exige que os índices sejam objetivamente justificados no processo licitatório, e o § 5º veda a exigência de índices e valores não usualmente adotados para avaliar a situação econômico-financeira suficiente ao cumprimento das obrigações da contratação. A indispensabilidade e a proporcionalidade das condições impostas decorrem, ainda, do art. 37, XXI, da Constituição Federal e do dever de motivação circunstanciada previsto no art. 18, IX, da Lei nº 14.133/2021.

A inadequação dessa arquitetura é evidenciada por operadoras que superam amplamente o piso patrimonial e, ainda assim, são eliminadas pelos quocientes escolhidos. Porto Seguro Saúde, Bradesco Saúde e SulAmérica Saúde, por exemplo, apresentaram Patrimônios Líquidos em montantes bilionários, sem que essa suficiência patrimonial produza qualquer alternativa no sistema instituído pelo edital.

Índices e Patrimônio Líquido não são instrumentos idênticos, mas sua cumulação exige que a Administração demonstre quais riscos específicos pretende controlar, por que cada requisito é necessário e de que forma sua utilização conjunta contribui para a segurança da contratação.

O Acórdão nº 2.724/2025 do Plenário do TCU admite a cumulação de índices contábeis, Patrimônio Líquido mínimo e outros requisitos econômico-financeiros, mas condiciona expressamente essa opção à

motivação nos atos preparatórios da contratação. A decisão não autoriza acumulação automática e desprovida de demonstração concreta.

A própria Prefeitura atribuiu à qualificação econômico-financeira uma função que ultrapassa a verificação ordinária da habilitação. No item 6.46, dispensou a garantia de proposta sob o fundamento de que as licitantes já estariam sujeitas à comprovação de sua qualificação econômico-financeira. Nos itens 7.3.1 a 7.3.3, dispensou também a garantia de execução e afirmou que os riscos da contratação seriam mitigados, entre outros mecanismos, pela qualificação econômico-financeira e técnica, pelo registro perante a ANS e pela fiscalização contratual. Os índices foram, assim, incorporados à própria estratégia municipal de mitigação dos riscos que fundamentou a dispensa das garantias.

Essa opção amplia o dever de demonstrar a necessidade e a proporcionalidade de cada requisito adotado. A Prefeitura afastou a garantia contratual porque ela representaria custo adicional sem benefício proporcional, mas utilizou como salvaguarda uma estrutura econômico-financeira que impede a habilitação de doze das quinze operadoras examinadas. A motivação municipal não identifica qual risco concreto é controlado pelo limite de Endividamento de 0,50, pela exigência de Liquidez Corrente e Liquidez Geral em dois exercícios e pela cumulação desses indicadores com Patrimônio Líquido de 10%. Examina o custo financeiro da garantia, mas silencia sobre o custo concorrencial do filtro escolhido para mitigar os riscos da contratação. **O item 14.1 do ETP limita-se a anunciar que a análise de riscos *"será elaborada em documento próprio"* e a enumerar riscos preliminares, sem vinculá-los aos requisitos econômico-financeiros instituídos.**

Diante do efeito restritivo comprovado, impõe-se a revisão da arquitetura econômico-financeira, com exame da necessidade de cada parâmetro, da proporcionalidade de sua cumulação e das soluções legalmente admissíveis que preservem a segurança contratual sem excluir desnecessariamente agentes relevantes do mercado.

I.5 – Da divergência entre o filtro municipal e a suficiência de capital regulatório aferida pela ANS

A inconsistência do filtro instituído pela Prefeitura torna-se ainda mais expressiva quando seus resultados são confrontados com os dados oficiais da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Das doze operadoras que não superam o conjunto dos índices de Sumaré, oito apresentavam, no ano-base 2024, Patrimônio Líquido Ajustado suficiente para cobrir integralmente o Capital Regulatório exigido pela ANS.

O Capital Regulatório corresponde ao valor mínimo de Patrimônio Líquido Ajustado que a operadora deve manter. É definido pelo maior montante entre o Capital Base e o Capital Baseado em Riscos, este calculado a partir de riscos de subscrição, crédito, mercado, operação e aspectos legais inerentes à atividade. As operadoras devem manter, a qualquer tempo, Patrimônio Líquido Ajustado equivalente ou superior a esse capital.

O Índice de Capital Regulatório, identificado como indicador 3.1 do Programa de Qualificação de Operadoras, relaciona o Patrimônio Líquido Ajustado ao Capital Regulatório. Resultado igual ou superior a 1,00 indica cobertura de pelo menos 100% do capital exigido pela regulação prudencial.

O confronto revela a divergência produzida pelos critérios municipais: enquanto apenas três das quinze operadoras satisfazem cumulativamente os índices de Sumaré em 2024 e 2025, onze apresentam ICR igual ou superior a 1,00 no ano-base 2024.

Entre as doze empresas que não superam as exigências municipais, oito atendiam à cobertura de Capital Regulatório naquele período.

Quadro comparativo dos indicadores da ANS

Operadora	Atende aos índices de Sumaré?	ICR ANS 2024	IDSS 2025 - ano-base 2024
NotreDame Intermédica — ANS 359017	**Não**	1,5079	0,8698
Amil — ANS 326305	Sim	2,8205	0,8300
Unimed Campinas — ANS 335690	**Não**	1,2908	0,8005

Quadro comparativo dos indicadores da ANS — continuação

Operadora	Atende aos índices de Sumaré?	ICR ANS 2024	IDSS 2025 - ano-base 2024
Saúde Santa Tereza — ANS 414930	**Não**	0,9632	0,6370
PHS Samaritano Saúde — ANS 411256	Sim	1,0576	0,4863
Saúde Beneficência — ANS 417530	**Não**	1,3622	0,6820
Vera Cruz / 2Care — ANS 421421	**Não**	1,5378	0,7712
GoCare — ANS 422681	**Não**	-2,8265	ND
Única Saúde — ANS 421944	Sim	1,3213	ND
Salusmed — ANS 422746	**Não**	0,8591	0,7038
New Saúde Leader — ANS 364592	**Não**	2,3252	ND
Porto Seguro Saúde — ANS 000582	**Não**	1,0741	0,7953
Bradesco Saúde — ANS 005711	**Não**	1,0202	0,8112
SulAmérica Saúde — ANS 006246	**Não**	1,3975	0,8297
Unimed Nacional / CNU — ANS 339679	**Não**	-0,0751	0,9255

ND: nota não disponível na divulgação individual da ANS. Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar — Planilha Eletrônica de Dados do Programa de Qualificação de Operadoras, ano-base 2024, e Listagem Completa dos Resultados do IDSS 2025, ano-base 2024.

A Bonsaglia não sustenta que o ICR substitua automaticamente os índices de licitação. A irregularidade está em outro ponto: a Prefeitura criou filtro substancialmente mais excludente e não demonstrou, nas peças publicadas, qual risco contratual específico justificaria afastar operadoras que atendiam ao requisito prudencial de capital fixado pelo regulador especializado.

A divergência entre os resultados exige fundamentação concreta para o rigor adicional do critério municipal, sobretudo quanto ao Endividamento máximo de 0,50. Sem essa demonstração, a alegação de que os índices retratam a realidade do mercado permanece insustentável.

I.6 – Do desempenho das operadoras perante a ANS e da insuficiência da avaliação setorial municipal

O ICR fornece o confronto prudencial diretamente relacionado à suficiência de capital. O Índice de Desempenho da Saúde Suplementar — IDSS cumpre função complementar: não mede solvência nem

substitui o ICR, mas permite verificar se o filtro municipal também afasta operadoras com desempenho regulatório global favorável.

O IDSS avalia compulsoriamente as operadoras em quatro dimensões: Qualidade em Atenção à Saúde, Garantia de Acesso, Sustentabilidade no Mercado e Gestão de Processos e Regulação. Sua nota varia de zero a um, sendo consideradas de bom desempenho as duas faixas compreendidas entre 0,60 e 1,00.

Os resultados da edição 2025, referente ao ano-base 2024, demonstram que sete operadoras que não atendem ao filtro contábil municipal apresentavam simultaneamente ICR igual ou superior a 1,00 e IDSS oficialmente divulgado igual ou superior a 0,60:

- NotreDame Intermédica;
- Unimed Campinas;
- Saúde Beneficência;
- Vera Cruz / 2Care;
- Porto Seguro Saúde;
- Bradesco Saúde;
- SulAmérica Saúde.

O cruzamento demonstra que essas sete empresas afastadas pelos índices municipais apresentavam cobertura suficiente do Capital Regulatório e desempenho global favorável na avaliação oficial da ANS.

O ICR integra a dimensão Sustentabilidade no Mercado do IDSS; por isso, os dois resultados não são somados como provas financeiras autônomas. A relevância do cruzamento está em demonstrar que, além de cumprir a cobertura prudencial de capital, as sete operadoras identificadas obtiveram avaliação global favorável em dimensões que também abrangem qualidade assistencial, garantia de acesso e gestão regulatória.

Ao afirmar que os índices de habilitação correspondem à realidade do setor, a Administração deveria demonstrar sua pertinência diante das informações econômico-financeiras e de desempenho disponíveis sobre as operadoras.

O planejamento publicado não apresenta análise do Capital Regulatório, não confronta os resultados do IDSS e não explica por que empresas com indicadores regulatórios favoráveis devem ser eliminadas por quocientes genéricos cuja adequação setorial não foi comprovada.

A combinação das provas contábeis e regulatórias impõe o reexame das exigências. A Prefeitura não demonstrou por que a exclusão dessas operadoras seria necessária e proporcional às obrigações decorrentes do futuro contrato.

I.7 – Da violação dos deveres constitucionais e legais de planejamento, motivação e competitividade

A escolha dos índices exige motivação concreta sobre sua adequação à estrutura econômica das operadoras, a usualidade dos parâmetros no setor, o risco controlado por cada indicador, a indispensabilidade de cada limite e da dupla aferição e o benefício proporcional da restrição produzida, nos termos do art. 37,

XXI, da Constituição Federal e dos arts. 18, IX e X, e 69, caput e § 5º, da Lei nº 14.133/2021. A afirmação genérica de compatibilidade com o mercado não supre essa demonstração.

A prova apresentada revela que onze das quinze operadoras não atendem ao Endividamento de 0,50 em pelo menos um exercício; doze não superam o conjunto dos seis testes; e oito das empresas eliminadas apresentavam cobertura suficiente do Capital Regulatório no ano-base 2024. A adoção desse filtro sem justificativa específica viola os deveres de planejamento e motivação e impõe restrição injustificada à competição, vedada pelo art. 9º, I, "a", da Lei nº 14.133/2021.

I.8 – Da contrariedade à orientação e à jurisprudência dos Tribunais de Contas

O Tribunal de Contas do Estado de São Paulo possui orientação expressa sobre a necessidade de examinar a realidade econômico-financeira do mercado antes da fixação de índices de habilitação.

O Comunicado SDG nº 05/2019 atribui à Administração o dever de justificar, no procedimento administrativo, os motivos da escolha dos índices, considerando as especificidades do ramo, o segmento de mercado, o vulto da contratação, a conjuntura econômica e a prévia análise da saúde financeira das empresas do setor, mediante indicadores usualmente praticados e aptos a preservar ampla competição.

I.8.1 – Do precedente de Vinhedo

O julgamento dos processos TC-022669.989.25-3 e TC-022776.989.25-3, realizado pelo Tribunal Pleno em 29 de abril de 2026, examinou a adequação do limite de Endividamento de 0,50 a partir das demonstrações contábeis de quinze empresas do setor.

Naquela contratação de limpeza urbana, o setor econômico do TCE-SP constatou que o limite de Endividamento de 0,50 afastaria doze delas, equivalentes a 80% da amostra.

O Tribunal reconheceu que parâmetros historicamente admitidos não constituem presunção absoluta de adequação para qualquer objeto. Diante da restrição constatada e da insuficiência da justificativa, determinou a revisão dos índices.

Em Sumaré, o Endividamento de 0,50 não é atendido por onze das quinze operadoras em pelo menos um dos exercícios, enquanto o conjunto dos três índices, aplicado aos dois anos, produz doze não atendimentos.

O mesmo método utilizado pelo TCE-SP conduz à mesma exigência jurídica: a Administração deve demonstrar que os parâmetros são adequados ao mercado concreto. Não pode apoiar-se apenas no fato de índices semelhantes já terem sido admitidos em contratações de outros setores.

I.8.2 – Dos precedentes relacionados à saúde

No TC-044078/026/09, referente à contratação de assistência médica pelo Município de Mogi Guaçu, o TCE-SP considerou inadequada a adoção de parâmetro de Endividamento sem comprovação concreta de sua compatibilidade com as condições econômico-financeiras do ramo de atividade. O precedente reforça que o índice deve corresponder às particularidades econômico-financeiras da atividade contratada, e não à faixa escolhida abstratamente pela Administração.

No TC-011848.989.19-0, relativo a chamamento público para celebração de contrato de gestão com entidade do terceiro setor no Município de Santa Branca, o TCE-SP examinou a combinação de Liquidez Corrente e Liquidez Geral iguais ou superiores a 1,00 e Endividamento igual ou inferior a 0,50.

Com base nas demonstrações contábeis de entidades atuantes naquele segmento, o Tribunal reconheceu expressamente a restritividade do conjunto de exigências e determinou sua redefinição, acompanhada de motivação no processo administrativo.

I.8.3 – Da orientação do Tribunal de Contas da União

A Súmula 289 do TCU estabelece que os índices contábeis devem estar justificados no processo da licitação, conter parâmetros atualizados de mercado e atender às características do objeto.

No Acórdão nº 2.501/2026, o Plenário do TCU apontou irregularidade na exigência de Índice de Endividamento igual ou inferior a 0,50 sem a devida justificativa no processo administrativo. O julgamento confirma que a simples adoção desse limite não se legitima pela repetição de parâmetro utilizado em outras contratações: cabe à Administração demonstrar, nos atos preparatórios, sua pertinência ao objeto, aos riscos contratuais e às condições econômico-financeiras do mercado alcançado pela licitação. Em Sumaré, o limite de 0,50 não é atendido por onze das quinze operadoras examinadas em pelo menos um dos exercícios, resultado que desmente a alegação municipal de aderência ao mercado e comprova o efeito restritivo concreto do ponto de corte escolhido. A aplicação cumulativa dos três índices nos dois exercícios amplia ainda mais essa restrição, alcançando doze das quinze operadoras examinadas, equivalentes a 80% da base analisada.

No Acórdão nº 2.418/2026 — Plenário, o TCU distinguiu a apresentação das demonstrações contábeis dos dois últimos exercícios da exigência de satisfação dos indicadores em ambos, impondo justificativa específica para a dupla aferição.

No Acórdão nº 2.724/2025 — Plenário, o TCU admitiu a cumulação de índices, Patrimônio Líquido e outros mecanismos, mas condicionou essa opção à devida motivação nos atos preparatórios.

A orientação dos órgãos de controle é convergente: a Administração deve demonstrar a pertinência dos indicadores, dos limites e da estrutura cumulativa à realidade do objeto e do mercado.

A Prefeitura de Sumaré não apresentou essa demonstração nas peças publicadas. Os dados levantados, ao contrário, comprovam que os critérios instituídos restringem de maneira expressiva a habilitação das operadoras examinadas.

I.9 – Da retificação das condições econômico-financeiras

Requer-se a retificação material das condições econômico-financeiras, com revisão do limite de Endividamento de 0,50, dos demais índices, da exigência de atendimento nos dois exercícios e de sua cumulação com Patrimônio Líquido mínimo de 10%. A revisão deve apoiar-se em estudo técnico efetivo e adotar parâmetros proporcionais aos riscos da contratação e à capacidade necessária ao cumprimento do contrato. A correção deve anteceder a apresentação das propostas, pois modifica o universo de operadoras aptas, a formação dos preços e a própria decisão de participar do certame.

II – DA EXIGÊNCIA HOSPITALAR NO MUNICÍPIO DE SUMARÉ

II.1 – Da imposição cumulativa de localização, estrutura, contrato e permanência

O item 6.38 do Termo de Referência exige que a adjudicatária apresente, em até **30 dias após a adjudicação**, **contrato com hospital no Município de Sumaré**, contendo pronto-socorro adulto 24 horas, internações clínicas e cirúrgicas, centro cirúrgico 24 horas e UTI adulta. A apresentação constitui **condição para assinatura do contrato** com a Prefeitura.

O item 6.39 impõe que as características iniciais do credenciamento sejam **mantidas durante todo o contrato, sob pena de rescisão**. O ETP, em seu item 3.47, repete a localização obrigatória em Sumaré e amplia a descrição do pronto-socorro, exigindo atendimento em clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, ortopedia e cirurgia geral durante 24 horas.

O resultado conjunto é inequívoco: não se trata de simples obrigação de apresentar rede assistencial suficiente; exige-se um **elemento hospitalar territorialmente predeterminado**, acompanhado de condição documental para celebração do ajuste e obrigação de preservação durante toda a execução.

Por sua vez, o item 8.14.1 do mesmo Termo de Referência estabelece abrangência regional, contemplando Sumaré, Hortolândia, Nova Odessa, Americana e Santa Bárbara d'Oeste, com possibilidade de complementação em outros municípios da Região Metropolitana de Campinas. A Prefeitura, portanto, declara adotar organização regional da assistência, mas cria uma exceção rígida justamente para a estrutura hospitalar de maior complexidade.

A ilegalidade dessa exigência decorre de seus efeitos reais sobre o mercado: a combinação de localização, estrutura, contrato e permanência concentra o cumprimento do requisito no único hospital geral privado local identificado e subordina a formação dos preços e a execução às condições comerciais negociadas com esse prestador. A exclusão de alternativas regionais tecnicamente aptas, sem demonstração da necessidade dessa restrição, compromete a competição, a igualdade entre as licitantes e a obtenção da proposta mais vantajosa, em violação aos arts. 9º, I, "a", 11, I e II, e 18 da Lei nº 14.133/2021.

II.2 – Da concentração da oferta hospitalar privada e da individualização material do prestador

II.2.1 – O mercado hospitalar efetivamente pertinente à exigência

A consulta oficial ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES identifica, entre os hospitais gerais de Sumaré, o Hospital Estadual de Sumaré (CNES 2083981) e o Hospital Santa Ignês (CNES 8159165).

O Hospital Estadual é integrante da rede pública, vinculado à Unicamp, e informa expressamente prestar atendimento 100% SUS, com assistência de urgência referenciada e regulada. Sua presença no território municipal não constitui uma segunda contraparte comercial de livre credenciamento para composição da rede privada de um plano de saúde suplementar.

O Hospital Santa Ignês, por sua vez, está inscrito no CNES como hospital geral, sob a razão social Hospital Santa Ignês Ltda., CNPJ 44.732.469/0007-86, com funcionamento cadastrado de forma contínua. É a unidade privada classificada como hospital geral identificada no levantamento oficial para o universo relevante à exigência. Estabelecimentos de outra classificação, como hospital-dia, e unidades desativadas não representam, por sua simples denominação, alternativas para o conjunto cumulativo de pronto-socorro, internação, centro cirúrgico e UTI exigido no edital.

A consequência é direta: **a cláusula aparentemente abstrata de "hospital no Município de Sumaré" converge, na estrutura privada hospitalar identificada, para o Hospital Santa Ignês**. A ausência de indicação nominal no instrumento convocatório não altera essa individualização material do prestador. A exigência impede que hospitais regionais tecnicamente aptos situados fora de Sumaré satisfaçam esse requisito e subordina a viabilidade da proposta à obtenção do vínculo com o prestador local identificado.

II.2.2 – O vínculo institucional do prestador com agente do próprio mercado de planos de saúde

A divulgação institucional de 24 de setembro de 2025, produzida pelo próprio Hospital Santa Ignês, apresenta a unidade de Sumaré como empreendimento anunciado pelo PHS Samaritano Saúde e identifica direção executiva comum entre o plano e o hospital, evidenciando vínculo institucional publicamente declarado pelas próprias organizações.

A exigência municipal, desse modo, não concentra a contratação apenas em um hospital privado: **concentra-a em estabelecimento institucional e operacionalmente vinculado a grupo que também oferta planos de saúde**, no mesmo mercado em que atuam potenciais proponentes do pregão.

O efeito concorrencial é objetivo. A infraestrutura que a Prefeitura torna necessária ao cumprimento de sua futura contratação está integrada à rede de agente que atua no mercado das operadoras potencialmente concorrentes. As demais interessadas passam a depender de negociação comercial com esse estabelecimento para obter o acesso, os serviços, os preços e as condições de continuidade que o edital tornou obrigatórios. A imposição desse vínculo comercial específico como condição de contratação, com exclusão das alternativas regionais tecnicamente aptas, restringe a competição e viola os arts. 9º, I, "a", e 11, II, da Lei nº 14.133/2021.

II.2.3 – Credenciamento genérico não equivale a acesso uniforme ao conjunto exigido

A página institucional do Santa Ignês anuncia atendimento particular e recebimento de planos parceiros. Mas a mesma página indica que suas especialidades ambulatoriais se destinam aos conveniados do PHS Samaritano Saúde e descreve expressamente o pronto-socorro 24 horas como atendimento aos beneficiários do PHS.

Isso evidencia uma distinção que o edital não enfrenta: **a existência genérica de convênios não demonstra que todas as operadoras tenham, ou possam contratar, acesso ao mesmo conjunto de especialidades, horários, internações, serviços cirúrgicos e UTI para o produto ofertado à Prefeitura**. O acesso a esse conjunto assistencial precisa ser negociado para o produto ofertado, abrangendo a efetiva disponibilidade dos serviços e as respectivas condições de remuneração.

A exigência editalícia não pode apoiar-se na suposição de que qualquer interessada obterá, em tempo hábil e em condições comerciais compatíveis, contrato com todos os serviços exigidos, sobretudo quando o próprio prestador divulga modalidades de atendimento vinculadas a seu grupo. A operadora precisa conhecer as condições comerciais desse conjunto assistencial para compor o custo da rede obrigatória e formular sua proposta, ficando a viabilidade econômica da oferta subordinada à negociação com o prestador local.

II.2.4 – O reconhecimento da restrição territorial pelo TCU

No **TC 000.569/2014-3**, o Tribunal de Contas da União examinou restrição territorial ao credenciamento de unidades de saúde em Jardim/CE, que excluía estabelecimentos de município próximo apesar da presença de apenas um hospital na localidade de referência. O **Acórdão nº 1.126/2017 – Segunda Câmara** reconheceu a irregularidade territorial, entendimento mantido pelo **Acórdão nº 884/2018 – Segunda Câmara**.

O precedente confirma que a existência de alternativa hospitalar local singular não dispensa a Administração de examinar soluções de municípios próximos quando a restrição geográfica compromete a concorrência sem justificação proporcional. Sumaré não pode converter a disponibilidade territorial de um

único hospital geral privado identificado em obrigação comercial inflexível e excluir alternativas regionais sem justificativa proporcional.

II.3 – Do efeito restritivo sobre a competição, a formação dos preços e a execução

II.3.1 – A dependência existe antes da adjudicação

Os itens 4.2 a 4.4 do edital estabelecem que a proposta vincula a licitante e deve abranger os custos operacionais, comerciais e todos os encargos necessários à execução, assumindo a proponente responsabilidade pelos preços ofertados. O item 4.4 atribui essa responsabilidade tanto à proposta inicial quanto aos lances e afasta a alteração dos valores sob alegação de erro ou omissão. A disputa ocorrerá em grupo único, com proposta para todos os itens, conforme o item 1.3 do edital. A contratação do hospital local, por integrar obrigatoriamente a rede exigida, condiciona a viabilidade econômica da proposta para o conjunto do objeto.

A interessada precisa, portanto, precificar antes da apresentação da proposta inicial uma rede hospitalar cujo componente obrigatório está territorialmente concentrado no único prestador geral privado local identificado. A composição desse preço pressupõe o conhecimento das tabelas de remuneração do hospital e das condições de acesso aos serviços exigidos para o produto ofertado. Esses valores e condições precisam ser previamente negociados, pois integram o custo da rede que sustentará a proposta da operadora. A eventual contratação do hospital ocorrerá no âmbito comercial privado, mas os efeitos de sua ausência serão suportados pela proponente perante o poder público.

Essa modelagem produz três consequências aptas a comprometer a disputa: desestímulo à participação de operadoras que não consigam assegurar o vínculo; acréscimo de risco e custo às propostas das que decidam participar; e exposição da execução à negociação hospitalar realizada sob a pressão do compromisso público previamente assumido.

É o próprio edital que elimina a alternativa negocial territorial e converte a contratação de um terceiro determinado em condição do objeto público.

II.3.2 – A relação com terceiro não é neutralizada pelo prazo de 30 dias

A obrigação prevista no item 6.38 é dirigida à vencedora após a adjudicação. Isso não altera o fato de que toda potencial licitante deve conhecer, no momento de formular seu preço, as condições comerciais necessárias para obter e manter o contrato hospitalar exigido. A apresentação do contrato após a adjudicação não dispensa a prévia negociação das tabelas e do escopo assistencial que darão suporte ao preço ofertado.

O prazo de 30 dias obriga a adjudicatária; não obriga o hospital a celebrar contrato, manter determinada tabela de preços ou aceitar um escopo assistencial específico. Não gera pluralidade de prestadores e não assegura igualdade material de acesso às condições comerciais necessárias à execução.

A mudança do momento de apresentação do documento, por si só, não remove a restrição da etapa competitiva. Se o contrato com o hospital for indispensável após a adjudicação, sua disponibilidade econômica e assistencial já integra a viabilidade de qualquer proposta anterior.

II.3.3 – A dependência persiste durante toda a vigência

O item 6.39 torna obrigatória a preservação das características iniciais de credenciamento, sob pena de rescisão. A minuta contratual, por sua vez, atribui à contratada os riscos e despesas da execução, na

cláusula 9.1, e estabelece que a Administração não responde pelos compromissos comerciais por ela assumidos com terceiros, na cláusula 8.2.

A combinação é materialmente restritiva: **a Prefeitura concentra a alternativa hospitalar contratável e impõe à operadora o ônus econômico de obtê-la e conservá-la durante a execução do contrato público**. Sem alternativa regional admitida como cumprimento da mesma obrigação, a licitante perde capacidade efetiva de substituir a contraparte em negociações futuras. As negociações posteriores de tabelas e de condições de atendimento permanecem concentradas nessa relação comercial obrigatória, enquanto a contratada responde pela preservação da estrutura exigida sob pena de rescisão. O edital, assim, prolonga durante a execução a dependência econômica imposta na formação da proposta.

II.3.4 – O TCE-SP já reprovou a imposição de prestadores sem alternativas efetivas

No **TC-044078/026/09**, relativo ao Pregão nº 66/2009 de Mogi Guaçu, o TCE-SP examinou contratação de assistência médica cujo edital impunha rede e prestadores predeterminados. A Prefeitura alegava expressamente que os hospitais atendiam diversas operadoras e estavam abertos a novos credenciamentos.

Ainda assim, o Tribunal reconheceu que a imposição de prestadores sem alternativas efetivas comprometia a competição e subordinava licitantes a compromisso de terceiro alheio à disputa. A decisão também afastou a suficiência da simples ampliação do prazo para obtenção do credenciamento, julgando a representação procedente e determinando a retificação e a republicação do edital.

A razão decisória aplica-se diretamente a Sumaré: a abertura formal do credenciamento não elimina a restrição quando faltam alternativas efetivas, e maior prazo de negociação não cria concorrência entre prestadores que o edital não admite como alternativas.

À luz dos arts. 5º, 9º, I, "a", e 11, I e II, da Lei nº 14.133/2021, a exigência é ilegal, pois compromete a competição justa, a impessoalidade, a proporcionalidade e a obtenção de proposta efetivamente vantajosa.

II.4 – Das inconsistências materiais e documentais do instrumento

II.4.1 – Falta de uniformidade do padrão hospitalar entre TR e ETP

O TR 6.38 exige pronto-socorro adulto 24 horas, internações clínicas e cirúrgicas, centro cirúrgico 24 horas e UTI adulta. O ETP 3.47, por sua vez, exige pronto-socorro com clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, ortopedia e cirurgia geral durante 24 horas, internações e UTI adulta, sem reproduzir com a mesma precisão a descrição do centro cirúrgico.

Essa diferença alcança o conteúdo e o preço do serviço. **Não está definido de forma uniforme quais especialidades devem operar efetivamente 24 horas, em que regime de disponibilidade e qual estrutura será utilizada como parâmetro para comprovar o cumprimento da condição hospitalar**. O conjunto de serviços e os respectivos regimes de disponibilidade definem o escopo a ser negociado com o hospital e os custos que devem integrar a proposta. A indefinição recai, portanto, sobre uma obrigação de contratação compulsória cujo conteúdo assistencial precisa estar determinado antes da formação dos preços.

O edital deve oferecer especificações consistentes para que todas as interessadas formem propostas comparáveis. A desuniformidade entre documentos que integram a mesma contratação acrescenta incerteza a uma exigência já restritiva e impõe harmonização expressa antes da disputa. A imposição de uma condição

hospitalar sem definição uniforme de seu conteúdo viola os princípios da transparência, da segurança jurídica e do julgamento objetivo, previstos no art. 5º da Lei nº 14.133/2021.

II.4.2 – Divergência sobre as modalidades e os meios de comprovação da rede

O ETP 3.27 admite rede parceira, conveniada, referenciada e/ou própria, comprovável por livreto, meio eletrônico ou declaração do estabelecimento, sujeita a verificação, mas remete expressamente as diligências da Administração ao art. 43, § 3º, da Lei nº 8.666/1993, diploma revogado em procedimento regido pela Lei nº 14.133/2021. O TR 7.2.2 reconhece a utilização de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada. O ETP 3.47 menciona hospital próprio ou hospital contratado. No entanto, o TR 6.38 exige especificamente a apresentação de contrato com hospital.

É indispensável compatibilizar a forma de comprovação com a modalidade de rede efetivamente ofertada. Uma estrutura hospitalar própria não se demonstra necessariamente pelo mesmo instrumento jurídico empregado em um vínculo de credenciamento com terceiro. A exigência indistinta de contrato com hospital desconsidera as diferentes modalidades de rede admitidas e compromete a objetividade da comprovação, em afronta aos princípios da segurança jurídica e do julgamento objetivo previstos no art. 5º da Lei nº 14.133/2021. A exigência específica deve indicar os meios idôneos e compatíveis com cada modalidade de rede admitida para a demonstração da disponibilidade assistencial.

II.5 – Da insuficiência do planejamento publicado e da contradição com a regionalidade adotada

O art. 18 da Lei nº 14.133/2021 exige que o planejamento considere fatores técnicos, mercadológicos e de gestão capazes de interferir na licitação e na execução, mediante levantamento de mercado, justificativa da solução escolhida e análise dos riscos relevantes. O § 1º, V, do mesmo artigo determina a análise das alternativas possíveis e a justificativa técnica e econômica da solução escolhida. Os incisos IX e X do *caput* exigem a motivação circunstanciada das condições do edital e a análise dos riscos que possam comprometer a licitação e a execução contratual.

No ETP publicado, a Prefeitura declara que a solução regional deve conciliar assistência, economicidade e competitividade. O item 7.13 expressamente procura evitar a incorporação de características que elevem o custo da contratação sem benefício proporcional à necessidade administrativa. O TR 8.14.1 consagra abrangência nos cinco municípios do eixo Sumaré/Americana e a possibilidade de atendimento complementar na Região Metropolitana de Campinas. O item 8.14.2 determina, ainda, que a rede assistencial disponibilizada seja apta a assegurar atendimento hospitalar, de urgência e emergência. O item 3.48 do ETP, por sua vez, exige serviço 24 horas de ambulância e/ou UTI móvel e meios que viabilizem o deslocamento do paciente ao hospital mais próximo.

O item 7.2 do ETP identifica a solução regional no eixo Sumaré/Americana como adequada à necessidade administrativa, e o item 7.3 inclui expressamente hospitais na rede assistencial destinada ao atendimento em localidades próximas. O item 7.4 vincula essa escolha à acessibilidade, à adequação da cobertura geográfica e à racionalidade econômica.

O próprio planejamento, portanto, reconhece a adequação da regionalidade como característica da solução contratada e incorpora o atendimento hospitalar à rede regional, prevendo ainda mecanismo específico de deslocamento assistencial. Todavia, o mesmo instrumento impõe que a estrutura hospitalar mais abrangente esteja integralmente no Município de Sumaré, sem demonstrar por que esse componente

não poderia ser atendido por uma alternativa hospitalar regional tecnicamente equivalente. A previsão de ambulância e/ou UTI móvel não é acessória: sua finalidade expressa é viabilizar o deslocamento do beneficiário ao hospital mais próximo. Se o próprio edital admite atendimento hospitalar em rede regional e institui o meio necessário para o acesso a essa estrutura, a imposição simultânea de pronto-socorro, internações, centro cirúrgico e UTI integralmente concentrados em Sumaré exige motivação técnica específica. **A contradição é frontal: o edital prevê a rede hospitalar regional e o meio de deslocamento necessário para acessá-la, mas impede a utilização dessa própria solução para o cumprimento do requisito hospitalar obrigatório ao concentrar integralmente a estrutura hospitalar em Sumaré. Essa imposição elimina alternativas, restringe a competição e esvazia a lógica assistencial que a própria Administração estabeleceu.**

A análise de mercado divulgada não apresenta, de forma específica, levantamento que confronte: (i) o universo privado de hospitais aptos no município; (ii) a concentração do credenciamento em um estabelecimento; (iii) a integração institucional desse estabelecimento com agente do mercado de planos de saúde; (iv) as alternativas hospitalares regionais possíveis; e (v) o impacto dessas condições sobre preços, participação e continuidade assistencial. Os itens 7.6 a 7.14 do ETP comparam alternativas de coparticipação e acomodação hospitalar e justificam a abrangência regional, mas não confrontam a contratação hospitalar local compulsória com a utilização de hospitais regionais tecnicamente aptos para atender ao requisito. A exigência que concentra o acesso hospitalar em um prestador privado identificado ficou sem a comparação técnica e econômica das alternativas que sua imposição exclui.

A deficiência ganha relevo diante da própria estimativa de população: o ETP adota 2.895 beneficiários estimados, derivados de uma hipótese de adesão, sem que essa projeção substitua estudo da distribuição territorial da demanda e das necessidades que supostamente justificariam concentrar toda a estrutura hospitalar em Sumaré.

O Memorial de Cálculo do edital, ao registrar cotações do Plano Hospital Samaritano Ltda. na Planilha de Preços nº 144/2026, confirma que esse agente foi consultado na pesquisa mercadológica. A cotação permite estimar o preço da configuração consultada, mas não substitui a comparação entre alternativas hospitalares nem demonstra a necessidade da restrição territorial imposta. O planejamento reconheceu a presença de agente do setor, mas não documentou análise específica do efeito restritivo da contratação hospitalar vinculada à estrutura institucionalmente integrada ao mesmo mercado.

O tratamento regional encontra ainda parâmetro territorial na RN ANS nº 665/2026, que inclui Sumaré, Campinas, Hortolândia, Nova Odessa, Americana e Santa Bárbara d'Oeste na Região Metropolitana de Campinas, código 35072. A RN nº 566/2022 disciplina a garantia de atendimento e as hipóteses regulatórias de utilização de municípios limítrofes e da Região de Saúde. Essas normas demonstram a viabilidade regulatória de soluções regionais e exigem sua definição por critérios objetivos compatíveis com as obrigações assistenciais.

Não há, no planejamento publicado, demonstração de que o benefício assistencial de concentrar compulsoriamente a estrutura integral no único hospital geral privado local identificado compense a restrição efetiva das alternativas comerciais e o potencial encarecimento das propostas. A ausência dessa fundamentação específica viola os deveres de analisar as alternativas, motivar a exigência e avaliar os riscos da contratação e impõe a revisão do requisito, sob os parâmetros dos arts. 9º, I, "a", 11 e 18 da Lei nº 14.133/2021.

II.6 – Da necessária retificação: alternativas regionais objetivas e continuidade assistencial

A correção necessária é **eliminar a obrigatoriedade exclusiva de hospital completo situado em Sumaré**, admitindo expressamente, no edital retificado, o cumprimento do requisito hospitalar por estabelecimentos regionais que comprovem adequação técnica e assistencial, segundo critérios objetivos previamente publicados pela Administração.

A retificação deve preservar os requisitos de pronto-socorro, internação, cirurgia, terapia intensiva e continuidade e eliminar a exigência de que o atendimento a toda essa estrutura dependa da contratação do único hospital geral privado local identificado, sem alternativa territorial admissível.

A Prefeitura deverá especificar, de modo uniforme no TR, ETP e demais anexos: serviços e especialidades exigidos; regime de funcionamento e disponibilidade; capacidade e rede mínima; localidades admitidas; critérios de acesso e deslocamento; comprovação da rede própria ou credenciada; atendimento efetivo ao produto ofertado; e manutenção regular da assistência.

A alternativa regional deve ser ordinária e originária, disponível a todas as interessadas antes da elaboração das propostas iniciais. Não pode depender de recusa do hospital de Sumaré, esgotamento de tratativas comerciais ou autorização discricionária posterior à adjudicação.

No **Acórdão TCU nº 1.287/2011 – Plenário, TC 005.862/2011-6**, relativo à contratação de assistência médico-hospitalar pela CEAGESP, o Tribunal julgou procedente a representação e determinou a admissão de rede formada por outros hospitais de nível equivalente ou superior, ressalvadas exceções tecnicamente fundamentadas, com reabertura do prazo de propostas. A decisão confirma a solução requerida.

Subsidiariamente, na hipótese de a Prefeitura demonstrar tecnicamente a necessidade de determinada modalidade de urgência e emergência disponível em Sumaré, deverá **reorganizar funcionalmente a exigência**, identificando quais serviços precisam ser acessíveis no próprio município e quais podem ser assegurados por estabelecimentos da rede regional, com critérios de referência, remoção e continuidade. Essa solução não poderá reproduzir, sob outra denominação, a obrigação de contratação do mesmo hospital geral privado local como condição de contratação capaz de desestimular a participação, interferir na formação dos preços e subordinar toda a execução ao mesmo prestador.

A preservação de rede e a substituição regular de estabelecimentos deverão obedecer à Lei nº 9.656/1998, inclusive seu art. 17, e às normas aplicáveis da ANS, especialmente a disciplina de alteração de rede hospitalar da RN nº 585/2023. Ao disciplinar a substituição de estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias, o item 3.28 do ETP exige a transferência imediata do beneficiário internado para outro estabelecimento equivalente, com continuidade da assistência e sem ônus adicional. O próprio planejamento, portanto, adota a equivalência do estabelecimento e a continuidade do atendimento como critérios de proteção do beneficiário nessa hipótese. O contrato público deverá assegurar equivalência, cobertura e continuidade assistencial nas alterações da rede e eliminar a dependência territorial que compromete a competição.

II.7 – Da correção prévia da exigência hospitalar e da continuidade assistencial

O cronograma publicado estabelece término das propostas para 10 de novembro de 2026, às 8h, e sessão de lances às 9h. A retificação da exigência hospitalar, nos termos da seção II.6, deve anteceder a apresentação das propostas: as redes admissíveis e a prévia negociação das tabelas de remuneração e das

condições de atendimento condicionam a participação e a formação do preço do grupo único. A correção deve assegurar a todas as interessadas a oportunidade de concorrer sob os mesmos requisitos, preservada, pelos mecanismos legais cabíveis, a continuidade assistencial durante a transição.

III – DA DOCUMENTAÇÃO COMPLEMENTAR INDEVIDAMENTE EXIGIDA ÀS COOPERATIVAS MÉDICAS

III.1 – Da contradição entre o objeto definido pelo Município e as exigências do item 6.45

De acordo com o item 6.15 do Termo de Referência, será admitida a participação de cooperativas, desde que atendidos os requisitos do art. 16 da Lei Federal nº 14.133/2021 e demais normas aplicáveis, reconhecendo expressamente o próprio instrumento que a execução do objeto não pressupõe relação de subordinação, pessoalidade ou gestão direta de mão de obra pela Administração e que se trata da contratação de operadora responsável pela disponibilização e gestão de plano coletivo de assistência à saúde.

No mesmo sentido, o item 3.5 do Edital estabelece que *"o licitante organizado em cooperativa deverá declarar, ainda, em campo próprio do sistema eletrônico, que cumpre os requisitos estabelecidos no artigo 16 da Lei nº 14.133, de 2021"*.

Em complemento, o item 6.45 do Termo de Referência determina que, caso admitida a participação de cooperativas, será exigida documentação complementar, conforme transcrição a seguir:

> *6.45. Caso admitida a participação de cooperativas, será exigida a seguinte documentação complementar:*
>
> *6.45.1. A relação dos cooperados que atendem aos requisitos técnicos exigidos para a contratação e que executarão o contrato, com as respectivas atas de inscrição e a comprovação de que estão domiciliados na localidade da sede da cooperativa, respeitado o disposto nos arts. 4º, inciso XI, 21, inciso I e 42, §§2º a 6º da Lei n. 5.764, de 1971;*
>
> *6.45.2. A declaração de regularidade de situação do contribuinte individual – DRSCI, para cada um dos cooperados indicados;*
>
> *6.45.3. A comprovação do capital social proporcional ao número de cooperados necessários à prestação do serviço;*
>
> *6.45.4. O registro previsto na Lei n. 5.764, de 1971, art. 107;*
>
> *6.45.5. A comprovação de integração das respectivas quotas-partes por parte dos cooperados que executarão o contrato; e*
>
> *6.45.6. Os seguintes documentos para a comprovação da regularidade jurídica da cooperativa:*
>
> *a) ata de fundação;*
>
> *b) estatuto social com a ata da assembleia que o aprovou;*
>
> *c) regimento dos fundos instituídos pelos cooperados, com a ata da assembleia;*
>
> *d) editais de convocação das três últimas assembleias gerais extraordinárias;*
>
> *e) três registros de presença dos cooperados que executarão o contrato em assembleias gerais ou nas reuniões seccionais;*
>
> *f) ata da sessão que os cooperados autorizaram a cooperativa a contratar o objeto da licitação;*

g) A última auditoria contábil-financeira da cooperativa, conforme dispõe o art. 112 da Lei n. 5.764, de 1971, ou uma declaração, sob as penas da lei, de que tal auditoria não foi exigida pelo órgão Fiscalizador.

O item 6.15 do Termo de Referência admite expressamente a participação das sociedades cooperativas. Entretanto, essa autorização é esvaziada pelo próprio instrumento convocatório, que, no item 6.45, impõe exigências documentais incompatíveis com a estrutura e a forma de execução contratual das cooperativas médicas, criando restrições materiais à sua habilitação.

Não se trata de vedação expressa, mas de impedimento material. A cooperativa pode apresentar sua proposta, porém o exercício efetivo do direito de competir é comprometido pela imposição de documentos que pressupõem uma forma de execução pessoal estranha ao objeto contratado. O edital admite as cooperativas em uma cláusula e estabelece, em outra, condições capazes de inviabilizar sua habilitação. Essa contradição não pode prevalecer.

A contradição é confirmada pela forma de execução definida pelo próprio Município. O item 6.15 caracteriza o objeto como contratação de operadora responsável pela disponibilização e gestão do plano coletivo; o item 7.2.2 admite rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, composta por hospitais, clínicas, laboratórios, profissionais de saúde e demais prestadores; o item 7.2.3 mantém a responsabilidade integral da operadora pela execução; e o item 8.1.2 estabelece que a prestação compreende a disponibilização e a administração do plano privado de assistência à saúde.

O Município de Sumaré converte a habilitação da Operadora de Saúde em exame individual da situação societária e previdenciária de cooperados indicados como executores, quando o objeto será prestado por uma rede assistencial ampla e variável. A relação nominal de cooperados executores e a DRSCI individual não comprovam a capacidade da operadora de disponibilizar e administrar o plano e assegurar a rede assistencial definida no Termo de Referência; apenas criam uma obrigação estranha ao objeto.

A capacidade que o Município pretende contratar é institucional: capacidade de operar o plano, administrar beneficiários, disponibilizar e manter a rede assistencial, cumprir as obrigações regulatórias perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar e responder integralmente pela execução. Os documentos individuais previstos nos itens 6.45.1 e 6.45.2 não demonstram essa capacidade.

A orientação do próprio Tribunal de Contas do Estado de São Paulo confirma que a participação de cooperativas em licitações deve ser examinada segundo a natureza efetiva da relação contratual. Na Deliberação SEI nº 0017044/2021-10, de 15 de dezembro de 2022, o TCE-SP assentou não haver amparo legal à participação de cooperativas de trabalho em contratações que, pela natureza real da relação a ser estabelecida, demandem subordinação e dependência, pessoalidade e habitualidade. O critério adotado pela Corte está relacionado às características da execução contratual, e não a uma proibição indistinta de participação de sociedades cooperativas.

Esses elementos não caracterizam a forma de execução descrita no item 6.15 do Termo de Referência de Sumaré, que expressamente afasta a subordinação, a pessoalidade e a gestão direta de mão de obra pela Administração. Os itens 7.2.2 e 7.2.3 confirmam a execução por rede assistencial e a responsabilidade integral da operadora, enquanto o item 8.1.2 define a prestação como disponibilização e administração do plano. O próprio Município, portanto, reconhece no instrumento convocatório a inexistência das características materiais que justificariam tratar o objeto como fornecimento pessoal de serviços por

cooperados. Não pode, em seguida, impor, no item 6.45, uma premissa de execução que contraria essa definição.

Portanto, o item 6.45 institui barreiras documentais indevidas à participação das cooperativas médicas. As exigências impugnadas não guardam a necessária pertinência com a forma de execução do objeto definida nos itens 6.15, 7.2.2, 7.2.3 e 8.1.2 do Termo de Referência, interferem na organização societária das cooperativas ou pressupõem execução pessoal por cooperados previamente individualizados e indicados como executores. Ao condicionar a habilitação ao atendimento dessas exigências, o Município cria risco concreto de inabilitação e exclusão de operadoras juridicamente aptas a prestar os serviços licitados, comprometendo a competitividade do certame por razões estranhas à capacidade institucional de execução do contrato. A irregularidade decorre da imposição de requisitos que não comprovam a capacidade contratada e cuja pertinência não foi demonstrada no Edital, no Termo de Referência ou no Estudo Técnico Preliminar. A restrição afronta o artigo 9º, inciso I, alíneas "a" e "c", da Lei nº 14.133/2021, que protege expressamente a participação das sociedades cooperativas e veda exigências impertinentes ao objeto da contratação.

A literalidade do item 6.15 do Termo de Referência não sana essa ilegalidade. A participação somente é efetiva quando a entidade legalmente admitida também possui condições juridicamente possíveis de alcançar a habilitação. Não é legalmente permitido autorizar a participação em uma cláusula e inviabilizá-la, por via documental, em outra.

A origem normativa desse impedimento e a ilegalidade de sua transposição ao objeto do Município de Sumaré serão demonstradas na sequência.

III.2 – Dos limites do artigo 16 da Lei nº 14.133/2021 e da inadequada transposição do modelo federal

Os itens 6.15 do Termo de Referência e 3.5 do Edital estabelecem expressamente o artigo 16 da Lei nº 14.133/2021 como parâmetro para a participação das sociedades cooperativas. O item 6.15 admite sua participação desde que atendidos os requisitos desse dispositivo e demais normas aplicáveis, reconhecendo que a execução do objeto não pressupõe subordinação, pessoalidade ou gestão direta de mão de obra pela Administração. O item 3.5 exige declaração, em campo próprio do sistema eletrônico, de cumprimento dos requisitos do artigo 16, cuja falsidade sujeita o licitante às sanções previstas no item 3.7 do Edital. O item 6.45, por sua vez, impõe documentação complementar às cooperativas, sem individualizar, em seus subitens, qual requisito legal específico cada documento pretende comprovar.

Por isso, a legalidade das exigências do item 6.45 depende de sua correspondência com os requisitos efetivamente aplicáveis do artigo 16, com a legislação cooperativista pertinente e com a natureza do objeto contratado. A Administração não pode invocar esse dispositivo como autorização genérica para impor a todas as sociedades cooperativas um mesmo regime documental, ignorando as distinções que a própria lei estabeleceu.

Essa limitação está expressa no próprio artigo 16. O inciso I determina a observância da legislação aplicável e menciona nominalmente a Lei nº 12.690/2012; o inciso II exige demonstrativo de atuação em regime cooperado, com repartição de receitas e despesas; o inciso III estabelece que qualquer cooperado com igual qualificação seja capaz de executar o objeto e veda à Administração a indicação nominal de pessoas; o inciso IV, por sua vez, restringe sua incidência às cooperativas efetivamente enquadradas nessa Lei:

Art. 16. (...)

IV – o objeto da licitação referir-se, em se tratando de cooperativas enquadradas na Lei nº 12.690, de 19 de julho de 2012, a serviços especializados constantes do objeto social da cooperativa, a serem executados de forma complementar à sua atuação.

A remissão à Lei nº 12.690/2012 não autoriza sua aplicação a qualquer sociedade cooperativa. Ao contrário, obriga a Administração a respeitar o campo de incidência definido pela própria norma, cujo artigo 1º exclui expressamente as cooperativas de assistência à saúde submetidas à legislação de saúde suplementar:

Art. 1º (...)

Parágrafo único. Estão excluídas do âmbito desta Lei:

I – as cooperativas de assistência à saúde na forma da legislação de saúde suplementar;

A exclusão legal é inequívoca. Se o próprio artigo 16 reserva o seu inciso IV às cooperativas enquadradas na Lei nº 12.690/2012, o Município de Sumaré não pode invocar esse dispositivo para submeter cooperativas médicas a um regime jurídico do qual a própria lei as excluiu. Os requisitos dos incisos I, II e III do artigo 16 permanecem aplicáveis segundo seus respectivos conteúdos e devem ser comprovados de maneira compatível com a natureza jurídica e a forma de atuação da cooperativa participante. A participação em licitação não altera a natureza jurídica da operadora nem converte a prestação institucional de assistência à saúde em fornecimento de mão de obra cooperada.

O inciso II exige que a cooperativa apresente demonstrativo de atuação em regime cooperado, com repartição de receitas e despesas entre os cooperados. Trata-se de requisito que pode e deve ser comprovado, mas que não se confunde com a individualização antecipada dos médicos que atenderão os beneficiários deste contrato. O que a lei exige é demonstração do funcionamento em regime cooperado, e não a transformação de determinados associados em equipe nominal do ajuste administrativo.

O inciso III estabelece que qualquer cooperado com igual qualificação seja capaz de executar o objeto contratado e veda à Administração indicar nominalmente pessoas. A finalidade da regra é preservar a impessoalidade própria da organização cooperativa e impedir que a Administração escolha quais cooperados deverão executar a prestação. Não se trata de autorização para que o edital transforme a habilitação de uma operadora de plano de saúde em identificação antecipada dos médicos que supostamente executarão, pessoalmente, o objeto institucional contratado.

O Município exige a identificação de cooperados determinados como futuros executores de um objeto que ele próprio definiu como disponibilização e administração institucional de plano de assistência à saúde. O item 6.45 condiciona a habilitação à apresentação de documentação individual vinculada a uma forma de execução pessoal que não corresponde ao contrato licitado.

Em Sumaré, essa distinção é particularmente relevante porque o próprio Termo de Referência afirma, no item 6.15, que a execução não pressupõe pessoalidade nem gestão direta de mão de obra e admite, no item 7.2.2, rede própria, credenciada, contratada ou referenciada. Os beneficiários serão atendidos mediante essa estrutura assistencial, enquanto, nos termos do item 7.2.3, a responsabilidade contratual e regulatória permanecerá com a operadora. O item 8.1.2 confirma que a prestação consiste na disponibilização e administração do plano. É essa capacidade institucional, e não a composição antecipada de uma equipe nominal de médicos cooperados, que deverá orientar a comprovação dos requisitos legalmente aplicáveis. Logo, o cumprimento dos incisos II e III deve ser demonstrado de modo compatível com essa realidade contratual, e não pela transposição automática de documentos construídos para outro modelo de execução.

Ao exigir, entre outros documentos, a relação de cooperados pessoas físicas previamente indicados para executar o contrato e a DRSCI individual, o item 6.45 ultrapassou a comprovação legítima do artigo 16 e importou para o objeto licitado exigências próprias da execução pessoal de serviços por cooperados.

O artigo 16 da Lei nº 14.133/2021 não legitima essa ilegalidade. O item 3.5 do próprio Edital já determina que a cooperativa declare, no sistema eletrônico, o atendimento aos requisitos do dispositivo legal. A Administração transferiu automaticamente para esta contratação o conjunto documental concebido para outro modelo de execução.

O Município de Sumaré reuniu, no item 6.45, exigências que reproduzem substancialmente o regime documental previsto para cooperativas no item 10.5 do Anexo VII-A da Instrução Normativa SEGES/MP nº 5/2017, impondo esse conjunto, indistintamente, às sociedades cooperativas. Trata-se de modelo documental efetivamente previsto na regulamentação federal e também reproduzido no Manual de Licitações e Contratos do Tribunal de Contas da União, na seção "Participação de cooperativas". Essa origem normativa, contudo, não dispensa o exame de sua pertinência com a contratação concreta. A transposição realizada em Sumaré é questionada precisamente porque transforma um modelo documental concebido para determinada forma de execução em bloco rígido de habilitação, sem demonstrar sua adaptação à natureza das cooperativas médicas e à forma de execução da assistência à saúde licitada.

A orientação do TCU relaciona a documentação à execução obrigatória dos serviços pelos cooperados, com autonomia e gestão operacional compartilhada ou em rodízio. Essa premissa material não corresponde ao objeto institucional definido por Sumaré.

O artigo 187 da Lei nº 14.133/2021 faculta aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios a aplicação dos regulamentos editados pela União para execução da Lei. Essa faculdade não transforma o conteúdo dos regulamentos federais em exigência obrigatória e indistintamente aplicável a qualquer contratação, tampouco dispensa a Administração de observar a finalidade das normas utilizadas e sua compatibilidade com o objeto licitado.

A Instrução Normativa SEGES/ME nº 98/2022, editada no âmbito da Administração Pública federal, autorizou a aplicação da IN SEGES/MP nº 5/2017 aos processos regidos pela Lei nº 14.133/2021 expressamente *"no que couber"*. A utilização desse modelo pelo Município de Sumaré, como referência para a elaboração das exigências de habilitação, não afasta a necessidade de verificar se os documentos previstos para determinado regime de execução contratual possuem pertinência com a contratação institucional de operadora de plano de assistência à saúde.

Não é legalmente permitido transformar a expressão *"no que couber"* em autorização para copiar indiscriminadamente exigências formuladas para um modelo de execução pessoal de serviços por cooperados previamente individualizados. A reprodução do rol documental em Sumaré deve, portanto, ser examinada pela pertinência concreta de cada exigência com o objeto e com a estrutura das cooperativas médicas, e não pela simples existência desse modelo em regulamentação concebida para outro contexto administrativo.

A estrutura central das exigências reunidas no item 6.45 corresponde substancialmente ao rol documental previsto no item 10.5 do Anexo VII-A da IN SEGES/MP nº 5/2017, norma que sucedeu a IN nº 2/2008 e disciplinou a contratação de serviços executados de forma indireta no âmbito da Administração Pública Federal. É desse regime que provêm, entre outras exigências, a relação dos cooperados que executarão o contrato, suas atas de inscrição e a DRSCI individual. A correspondência textual demonstra a

origem do modelo utilizado por Sumaré, mas não comprova, por si, que sua aplicação integral seja pertinente à execução do objeto licitado.

Esse regime foi construído no contexto do Termo de Conciliação Judicial firmado entre a União e o Ministério Público do Trabalho, nos autos do Processo nº 01082-2002-020-10-00-0, destinado a impedir a contratação de trabalhadores por intermédio de cooperativas de mão de obra quando a execução do serviço exigisse subordinação. O Termo cuidou, portanto, da terceirização imprópria de mão de obra e da utilização fraudulenta da forma cooperativa. A regulamentação federal desenvolvida nesse contexto estabeleceu mecanismos de identificação e comprovação relativos aos cooperados que efetivamente executariam os serviços contratados. A existência desses mecanismos, entretanto, não demonstra que sua reprodução seja juridicamente pertinente a uma contratação de operadora de plano de saúde, cuja execução não se organiza pela disponibilização direta de um grupo determinado de trabalhadores cooperados à Administração.

A previsão de listagem de associados no Termo de Conciliação não favorece a transposição realizada por Sumaré. Ela confirma que o documento estava vinculado à prestação direta e autônoma dos serviços pelos próprios associados, exatamente a forma de execução que não corresponde ao objeto descrito nos itens 6.15, 7.2.2, 7.2.3 e 8.1.2 do Termo de Referência.

Foi dentro desse contexto que a IN SEGES/MP nº 5/2017 condicionou a participação das cooperativas à execução dos serviços com autonomia pelos próprios cooperados e à gestão operacional compartilhada ou em rodízio. O rol documental do item 10.5 foi estruturado a partir da execução dos serviços pelos próprios cooperados, prevendo, entre outros requisitos, a identificação dos associados que executarão o contrato, a comprovação de seu domicílio e a DRSCI individual.

A Prefeitura de Sumaré reproduziu essas exigências sem demonstrar por que a operação institucional de plano de assistência à saúde dependeria da execução pessoal do objeto por cooperados antecipadamente identificados. A transposição indiscriminada de um modelo de habilitação não substitui a demonstração de sua pertinência. A ilegalidade está na imposição dessas exigências a uma contratação cuja execução, reconhecida pelo próprio Município, possui natureza distinta.

Esse modelo de execução não existe no objeto licitado pelo Município de Sumaré. O Município de Sumaré não está contratando cooperados previamente individualizados para executar pessoalmente o contrato; está contratando institucionalmente uma Operadora de Saúde para disponibilizar e administrar uma rede assistencial.

A Prefeitura transplantou os documentos do modelo federal, mas não transplantou, porque não poderia, sua forma de execução.

Consequentemente, não é legalmente permitido impor a essa contratação o rol documental concebido para a execução pessoal de serviços por cooperados. O próprio Termo de Referência descreve forma de execução incompatível com a premissa de que cooperados previamente individualizados e indicados como executores executarão pessoalmente o contrato, razão pela qual as exigências documentais devem guardar pertinência com a operação institucional do plano de assistência à saúde.

É nesse ponto que o item 6.45 ultrapassa os limites do artigo 16: utiliza documentos vinculados à execução direta de serviços por cooperados identificados como condição de habilitação de uma operadora que executará o contrato institucionalmente por meio da rede assistencial prevista nos itens 7.2.2 e 7.2.3, permanecendo integralmente responsável nos termos do item 7.2.3.

III.3 – Das exigências vinculadas a cooperados previamente individualizados

A inadequação não se limita à relação nominal e à DRSCI. O item 6.45 desenvolve uma cadeia inteira de exigências fundada na mesma premissa: a existência de cooperados previamente individualizados e indicados como executores do contrato.

O item 6.45.1 exige, além da relação desses cooperados e de suas atas de inscrição, comprovação de que estejam domiciliados na localidade da sede da cooperativa. O item 6.45.3 condiciona o capital social ao número de cooperados necessários à prestação do serviço. O item 6.45.5 exige a comprovação de integralização das quotas-partes precisamente pelos cooperados que executarão o contrato. Por fim, a alínea "e" do item 6.45.6 exige três registros de presença desses mesmos cooperados em assembleias gerais ou reuniões seccionais.

Os itens 6.45.1, 6.45.2, 6.45.3, 6.45.5 e 6.45.6, alínea "e", não constituem exigências isoladas. Formam uma cadeia documental que parte da individualização antecipada dos cooperados e estende essa premissa à sua situação previdenciária, ao capital social da cooperativa, às quotas-partes e à frequência em assembleias.

III.3.1 – Da relação nominal dos cooperados e da DRSCI individual

O impedimento alcança tanto as cooperativas médicas singulares quanto as federações, embora produza efeitos distintos conforme sua estrutura. Nas cooperativas singulares, que constituem situação central para a análise da inadequação do item 6.45, os subitens 6.45.1 e 6.45.2 presumem, ilegalmente, que o contrato será executado pessoalmente por cooperados previamente individualizados e indicados como executores, submetidos à comprovação individual por DRSCI. Essa presunção contradiz o próprio objeto licitado: o Município de Sumaré não contratará médicos individualmente, mas uma Operadora de Saúde responsável pela disponibilização e administração do plano e pela gestão de uma rede assistencial que o próprio Termo de Referência admite ser própria, credenciada, contratada ou referenciada, composta por hospitais, clínicas, laboratórios, profissionais de saúde e demais prestadores.

Todas essas exigências partem da premissa de determinar antecipadamente quais cooperados executarão o objeto. Essa premissa não corresponde ao modelo de contratação definido pelo próprio Município. Como já demonstrado, a Administração contratará uma operadora de plano de assistência à saúde, responsável institucionalmente pela disponibilização e gestão do plano e autorizada, nos termos do item 7.2.2, a utilizar rede própria, credenciada, contratada ou referenciada. O próprio Termo de Referência exige o registro ou a inscrição da licitante na ANS, na condição de operadora de plano privado de assistência à saúde, no item 6.35, e a comprovação de execução ou administração de plano compatível com o objeto, no item 6.36.1.1. Esses requisitos são dirigidos à operadora e à sua aptidão para assumir a prestação institucional.

Nas cooperativas médicas singulares, a existência de médicos cooperados não significa que o contrato público seja executado pessoalmente por um conjunto previamente individualizado desses profissionais. O atendimento aos beneficiários ocorre por uma estrutura assistencial ampla e variável, que pode compreender médicos cooperados, profissionais credenciados, hospitais, clínicas, laboratórios e outros prestadores. A capacidade da operadora para assumir o contrato, portanto, não se confunde com a identificação antecipada de cooperados individualmente destinados à sua execução.

Ao exigir a relação de cooperados pessoas físicas previamente indicados para executar o contrato, o item 6.45.1 ultrapassa a comprovação legítima do artigo 16 da Lei nº 14.133/2021 e importa para o objeto

licitado exigências próprias da execução pessoal de serviços por cooperados. O dispositivo desloca a comprovação da aptidão institucional da operadora para a identificação de médicos como futuros executores, acrescentando uma condição pessoal de habilitação sem correspondência com os requisitos técnicos previstos nos itens 6.35 e 6.36.1.1 e com a execução por rede assistencial definida no item 7.2.2.

Nos itens 6.45.1 e 6.45.2, a extrapolação do artigo 16 se concretiza pela exigência de documentação individual vinculada a cooperados indicados como executores de uma forma de prestação que não corresponde à disponibilização e administração institucional do plano definida nos itens 6.15 e 8.1.2 e à execução por rede prevista nos itens 7.2.2 e 7.2.3. Especificamente no item 6.45.2, essa exigência recai sobre a regularidade previdenciária individual dos cooperados indicados como executores do contrato. O artigo 68, inciso IV, da Lei nº 14.133/2021 estabelece a comprovação da regularidade perante a Seguridade Social na habilitação do licitante, e o item 6.18 do Termo de Referência já exige da participante a certidão conjunta da Receita Federal do Brasil e da Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional, inclusive quanto aos créditos relativos à Seguridade Social. Ao acrescentar a DRSCI de cada cooperado indicado como executor, o Município estende a comprovação previdenciária às pessoas físicas relacionadas, com base em uma execução pessoal incompatível com o objeto institucional definido nos itens 6.15 e 8.1.2.

A relação nominal de cooperados executores não comprova a capacidade da operadora de administrar o plano, garantir a rede assistencial e cumprir suas obrigações regulatórias. A DRSCI dos associados, por sua vez, não se confunde com a regularidade previdenciária da própria licitante. Os itens 6.45.1 e 6.45.2 criam, assim, barreira documental fundada em condições pessoais e previdenciárias dos cooperados, sem pertinência com a forma institucional de execução do objeto, restringindo indevidamente a competição, em violação ao artigo 9º, inciso I, alíneas "a" e "c", da Lei nº 14.133/2021.

III.3.2 – Da exigência de domicílio na localidade da sede

A exigência territorial contida no item 6.45.1 apresenta, por si só, outra ilegalidade que não pode ser ignorada. Ao determinar que os cooperados indicados como executores estejam domiciliados na *"localidade da sede da cooperativa"*, o Município estabelece uma condição geográfica de habilitação que não decorre dos dispositivos legais invocados pelo próprio edital e cuja necessidade não foi demonstrada em relação ao objeto contratado, no Edital, no Termo de Referência ou no Estudo Técnico Preliminar.

A Lei nº 5.764/1971 não confunde o município da sede com toda a área territorial em que a cooperativa pode desenvolver suas atividades. O artigo 4º, inciso XI, estabelece que a área de admissão de associados se encontra limitada às possibilidades de reunião, controle, operações e prestação de serviços. O artigo 21, inciso I, por sua vez, exige que o estatuto indique, separadamente, a sede e a área de ação da sociedade cooperativa. Essa distinção legal é incompatível com a presunção de que os cooperados somente poderiam estar domiciliados na mesma localidade da sede. O artigo 42, §§ 2º a 6º, igualmente invocado pelo item 6.45.1, disciplina, para as cooperativas singulares, a representação por delegados e a organização da participação assemblear, contemplando expressamente, em seu § 4º, filiados residentes a mais de 50 quilômetros da sede. A norma estabelece mecanismos de funcionamento da cooperativa diante da dispersão territorial dos associados; não institui obrigação geral de domicílio na localidade da sede.

Nas cooperativas médicas singulares, a restrição torna-se particularmente evidente. Uma cooperativa com sede em determinado município pode possuir área estatutária de atuação que compreenda outros municípios e médicos regularmente associados que exerçam suas atividades nessa região. A organização territorial da assistência médica não se reduz ao endereço da sede administrativa. A título ilustrativo, uma

cooperativa sediada no Município A, cuja área de ação alcance regularmente os Municípios B, C e D, não passa a ter cooperados irregulares simplesmente porque esses profissionais residam ou atuem em municípios abrangidos por sua organização territorial.

A legislação admite que a delimitação territorial seja estabelecida segundo as condições jurídicas e operacionais da própria cooperativa, não pela imposição indiscriminada de coincidência entre o domicílio individual do associado e a localidade da sede. A área estatutária de ação da cooperativa e a área de abrangência geográfica do plano de saúde possuem finalidades jurídicas distintas. A obrigação territorial assumida pela operadora consiste em disponibilizar assistência nos locais e na abrangência exigidos pelo Termo de Referência. O domicílio do cooperado na localidade da sede administrativa não determina o local de prestação dos serviços nem comprova a disponibilidade da rede assistencial exigida. Ao vincular a habilitação a esse endereço residencial, o item 6.45.1 acrescenta um filtro territorial sem correspondência com a obrigação de cobertura assistencial da operadora.

Nas federações de cooperativas médicas, a exigência revela uma inadequação adicional. A Lei nº 5.764/1971 admite a constituição de federações formadas por cooperativas singulares, pessoas jurídicas que podem possuir sedes em diferentes municípios. Uma federação sediada na capital de determinado Estado, por exemplo, pode reunir cooperativas singulares sediadas e atuantes em municípios do interior. Sua constituição jurídica não pressupõe que todas as cooperativas associadas estejam estabelecidas na localidade da sede da federação.

Portanto, seja pela organização territorial das singulares, seja pela estrutura associativa das federações, o item 6.45.1 impõe requisito geográfico cuja pertinência não se encontra demonstrada. A utilização da expressão *"localidade da sede"*, sem delimitação objetiva de seu alcance territorial e sem correspondência necessária com a área estatutária de atuação, compromete a previsibilidade e o julgamento objetivo da habilitação e agrava a restrição à participação das cooperativas médicas. O Município não pode converter o endereço da sede em critério de exclusão de cooperados regularmente vinculados à sociedade cooperativa, muito menos utilizá-lo como condição de habilitação para um contrato cujo objeto é a operação institucional de plano privado de assistência à saúde. A condição viola, assim, o julgamento objetivo, a razoabilidade e a proporcionalidade exigidos pelo artigo 5º, além das vedações à restrição competitiva e à imposição de exigências impertinentes ao objeto, previstas no artigo 9º, inciso I, alíneas "a" e "c", da Lei nº 14.133/2021.

III.3.3 – Do capital proporcional, das quotas-partes e dos registros de presença

A execução institucional do plano por rede assistencial torna especialmente artificial a exigência de capital social proporcional ao *"número de cooperados necessários à prestação do serviço"*, prevista no item 6.45.3. O Edital não estabelece qual seria esse número, nem apresenta metodologia pela qual ele pudesse ser determinado em uma contratação cuja assistência será disponibilizada por rede. A exigência, assim estruturada, cria parâmetro de habilitação cujo próprio elemento de cálculo não foi previamente definido. O item também não define a proporção exigida entre o capital e o número de cooperados, impedindo que a licitante identifique o valor necessário à habilitação e que a Administração o afira mediante critério objetivo.

O Edital, o Termo de Referência e o Estudo Técnico Preliminar não indicam quantos cooperados seriam necessários, como esse quantitativo seria calculado ou qual seria sua relação com o número de beneficiários, a dimensão da rede, os hospitais, as clínicas, os laboratórios e os profissionais não cooperados que também poderão prestar a assistência. O artigo 69 da Lei nº 14.133/2021 exige a demonstração objetiva

da aptidão econômica da licitante para cumprir as obrigações do futuro contrato. Seu § 4º adota o valor estimado da contratação como referência para a exigência de capital mínimo ou patrimônio líquido mínimo. O item 6.45.3 desvia essa aferição para um número indeterminado de cooperados executores, sem demonstrar sua relação com a capacidade econômica da operadora para responder pela totalidade das obrigações assistenciais.

Da mesma forma, a integralização das quotas-partes exigida no item 6.45.5 e a apresentação de três registros de presença dos cooperados indicados como executores, em assembleias gerais ou reuniões seccionais, exigida pelo item 6.45.6, alínea "e", não demonstram a capacidade da operadora de administrar o plano, manter a rede contratada ou cumprir suas obrigações assistenciais e regulatórias. São informações societárias vinculadas a indivíduos que o edital pressupõe como executores, sem demonstrar por que essa individualização é necessária à execução institucional do objeto. O artigo 21, inciso III, da Lei nº 5.764/1971 determina que o estatuto discipline o capital mínimo, o valor das quotas-partes e seu modo de integralização. Essa disciplina diz respeito à formação do capital e às obrigações dos associados perante a sociedade. O item 6.45.5 converte o cumprimento dessas obrigações por cooperados escolhidos como futuros executores em condição de habilitação da operadora, embora o contrato seja executado institucionalmente por meio de rede assistencial.

A exigência de três registros de presença, por sua vez, converte a frequência pretérita dos cooperados em condição de habilitação da operadora. O artigo 16, inciso II, da Lei nº 14.133/2021 exige demonstrativo de atuação em regime cooperado, com repartição de receitas e despesas; o item 6.45.6, alínea "e", não estabelece a correspondência entre esse requisito legal e o histórico de exatamente três presenças dos futuros executores. O Município acrescenta, assim, uma condição quantitativa de participação associativa sem demonstrar sua necessidade para comprovar a regularidade da cooperativa ou a capacidade de execução do plano.

O capital social calculado a partir de um quantitativo indeterminado, a integralização individual das quotas-partes e a frequência dos cooperados a assembleias não medem a capacidade institucional prevista nos itens 6.15, 7.2.2, 7.2.3 e 8.1.2. A imposição desses documentos decorre exclusivamente da artificial vinculação de determinados cooperados à execução do contrato. A exigência de capital sem parâmetro objetivo e a utilização de obrigações societárias individuais como filtro de participação violam o julgamento objetivo previsto no artigo 5º e as vedações do artigo 9º, inciso I, alíneas "a" e "c", da Lei nº 14.133/2021.

III.3.4 – Dos diferentes efeitos sobre cooperativas singulares e federações

Nos termos do artigo 7º da Resolução Normativa ANS nº 531/2022, classificam-se na modalidade cooperativa médica as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme a Lei nº 5.764/1971, que operam planos privados de assistência à saúde. Sua natureza jurídica e sua forma de atuação distinguem-se das cooperativas de trabalho tratadas pela IN SEGES/MP nº 5/2017, voltada à contratação de serviços executados pessoalmente por cooperados.

Assim, de acordo com a Lei nº 5.764/1971, são consideradas sociedades cooperativas:

> *Art. 6º As sociedades cooperativas são consideradas:*
>
> *I – singulares, as constituídas pelo número mínimo de 20 (vinte) pessoas físicas, sendo excepcionalmente permitida a admissão de pessoas jurídicas que tenham por objeto as mesmas ou correlatas atividades econômicas das pessoas físicas ou, ainda, aquelas sem fins lucrativos;*

II – cooperativas centrais ou federações de cooperativas, as constituídas de, no mínimo, 3 (três) singulares, podendo, excepcionalmente, admitir associados individuais;

Ainda sobre a forma de constituição das cooperativas, a Lei nº 5.764/1971 define, em seus artigos 7º e 8º, o seguinte:

Art. 7º As cooperativas singulares se caracterizam pela prestação direta de serviços aos associados.

Art. 8º As cooperativas centrais e federações de cooperativas objetivam organizar, em comum e em maior escala, os serviços econômicos e assistenciais de interêsse das filiadas, integrando e orientando suas atividades, bem como facilitando a utilização recíproca dos serviços.

Nas cooperativas médicas singulares, os itens 6.45.1, 6.45.2, 6.45.3, 6.45.5 e 6.45.6, alínea "e", convertem a existência de médicos cooperados em obrigação de definir antecipadamente quais associados executarão o contrato institucional da operadora. A irregularidade está na desconexão entre os documentos pessoais exigidos e a capacidade de disponibilizar e administrar o plano por meio da rede assistencial prevista nos itens 7.2.2 e 7.2.3.

Nas federações de cooperativas médicas, a restrição apresenta efeito adicional decorrente de sua própria estrutura societária: quando o quadro social é formado exclusivamente por cooperativas singulares, não existem médicos pessoas físicas diretamente cooperados a serem relacionados, tampouco DRSCI individuais a serem apresentadas. Essa inexistência decorre da estrutura jurídica autorizada pela Lei nº 5.764/1971, e não de falta de capacidade para executar o objeto.

Para essas entidades, as exigências de relação nominal de cooperados executores que sejam pessoas físicas diretamente associadas à federação e de DRSCI individual são materialmente impossíveis de cumprir, porque pressupõem estrutura societária diversa daquela legalmente adotada. O edital converte, assim, a composição societária autorizada pelo artigo 6º, inciso II, da Lei nº 5.764/1971 em impedimento à habilitação, ao condicionar a participação dessas federações à apresentação de documentos de médicos que não integram diretamente seu quadro social.

A mesma incompatibilidade atinge o requisito territorial do item 6.45.1. Uma federação pode possuir sede na capital e reunir cooperativas singulares sediadas e atuantes em municípios do interior. A Lei nº 5.764/1971 não pressupõe que as filiadas estejam estabelecidas na localidade da sede da federação.

Nas federações, essa inadequação pode assumir dimensão ainda mais evidente quando o quadro social seja formado por cooperativas singulares e não por médicos pessoas físicas. Mas a irregularidade não nasce dessa hipótese federativa: ela já se manifesta, com especial relevância, nas cooperativas singulares, pela desconexão entre o modelo documental imposto e a forma concreta de execução do plano de saúde.

Os itens 6.45.1, 6.45.2, 6.45.3, 6.45.5 e 6.45.6, alínea "e", subordinam a habilitação da operadora à identificação antecipada de cooperados executores e à documentação vinculada a essas pessoas, produzindo restrição indevida à participação das cooperativas médicas. Nas singulares, o modelo documental impõe condições individuais estranhas à execução institucional por rede; nas federações formadas exclusivamente por singulares, parte dos documentos é materialmente inapresentável por força da própria estrutura societária, e não por incapacidade de execução. O item 6.45 faz, desse modo, da forma de organização cooperativa um filtro de acesso ao certame sem correspondência com a prestação institucional contratada, em afronta ao artigo 9º, inciso I, alíneas "a" e "c", da Lei nº 14.133/2021.

III.4 – Da identidade da controvérsia com o precedente do Município de Toledo

A inadequação desse modelo documental já foi enfrentada de forma direta por Tribunal de Contas em contratação de operadora de plano odontológico.

No Processo nº 365491/2024, referente ao Pregão Eletrônico nº 02/2024 do Município de Toledo, a Dental Uni – Cooperativa Odontológica apresentou Representação perante o Tribunal de Contas do Estado do Paraná contra exigências complementares dirigidas às cooperativas. O objeto daquele certame era a contratação de operadora de plano odontológico.

A correspondência entre as exigências examinadas naquele processo e as previstas em Sumaré é particularmente relevante:

a) o item 9.9.1 de Toledo exigia relação dos cooperados executores, atas de inscrição e comprovação de domicílio na localidade da sede, correspondendo materialmente ao item 6.45.1 de Sumaré;

b) o item 9.9.2 exigia DRSCI de cada cooperado indicado, assim como o item 6.45.2 de Sumaré;

c) o item 9.9.3 exigia capital social proporcional ao número de cooperados necessários à prestação do serviço, reproduzido no item 6.45.3 de Sumaré;

d) o item 9.9.5 exigia integralização das quotas-partes pelos cooperados que executariam o contrato, correspondendo ao item 6.45.5 de Sumaré; e

e) o item 9.9.6, alínea "e", exigia três registros de presença dos cooperados executores em assembleias gerais ou reuniões seccionais, em redação equivalente à alínea "e" do item 6.45.6 de Sumaré.

No Acórdão nº 4.294/2024 – Tribunal Pleno, o TCE-PR julgou a Representação parcialmente procedente. O Tribunal assentou que as especificidades da contratação devem ser analisadas e que a documentação complementar das cooperativas necessita de justificativa adequada. Considerou que a utilização do rol do Anexo VII-A da IN SEGES/MP nº 5/2017, sem essa demonstração, restringia a competitividade e comprometia a obtenção da proposta mais vantajosa.

A decisão determinou expressamente ao Município de Toledo que, caso prosseguisse com o procedimento licitatório, afastasse os itens 9.9.1, 9.9.2, 9.9.3, 9.9.5 e 9.9.6, alínea "e", aplicando o disposto no artigo 16 da Lei nº 14.133/2021. A decisão foi proferida pelo Tribunal Pleno e aprovada por unanimidade. A solução adotada pelo Tribunal confirma que o artigo 16 não autoriza a reprodução automática de exigências documentais desvinculadas das características da contratação.

A correspondência com o caso de Sumaré não se limita à semelhança da redação dos dispositivos. Em ambos os procedimentos, a Administração pretende contratar uma operadora de assistência à saúde suplementar e, simultaneamente, impõe às cooperativas exigências documentais construídas sobre a identificação prévia de cooperados executores. A irregularidade reconhecida em Toledo decorreu justamente da transposição do rol federal sem justificativa adequada às especificidades do objeto.

É precisamente essa identidade que torna o precedente relevante: o Município de Sumaré reproduziu exigências já afastadas em contratação de operadora de plano odontológico, sem apresentar, no edital, no Termo de Referência ou no Estudo Técnico Preliminar, demonstração específica de que seriam necessárias à forma de execução contratual por ele definida. No item 6.15, o Termo de Referência reconhece que a execução do objeto não pressupõe pessoalidade ou gestão direta de mão de obra pela Administração. O item

7.2.2 admite a assistência por rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, e o item 7.2.3 mantém a responsabilidade integral da operadora. A identificação antecipada de cooperados executores pressupõe uma forma de prestação que não corresponde a essa definição institucional do objeto.

A correspondência material entre as exigências afastadas em Toledo e aquelas reproduzidas em Sumaré oferece fundamento concreto para reconhecer a ilegalidade dos subitens 6.45.1, 6.45.2, 6.45.3, 6.45.5 e 6.45.6, alínea "e", do Termo de Referência. As demais exigências questionadas são impugnadas com fundamentos jurídicos próprios, desenvolvidos na seção III.5.

A gravidade da restrição também foi reconhecida cautelarmente naquele processo. Antes do julgamento definitivo, o Tribunal Pleno homologou, por meio do Acórdão nº 1.642/2024, medida cautelar de suspensão do certame, diante dos indícios de que a documentação complementar exigida apenas das cooperativas restringia indevidamente a competição e poderia prejudicar a seleção da proposta mais vantajosa.

A inadequação enfrentada pelo TCE-PR atinge diretamente as condições de participação das cooperativas. Trata-se de vício apto a restringir a disputa, impedir a seleção da proposta mais vantajosa e comprometer o resultado útil do certame. Em Sumaré, a restrição à competição decorre dos mesmos cinco requisitos materiais e da mesma ausência de justificativa específica no Edital, no Termo de Referência e no Estudo Técnico Preliminar. Os cinco requisitos, reproduzidos sem correspondência com a execução institucional contratada, enquadram-se nas vedações do artigo 9º, inciso I, alíneas "a" e "c", da Lei nº 14.133/2021.

III.5 – Das demais exigências documentais indevidamente generalizadas

Os cinco requisitos examinados nas seções anteriores constituem o núcleo principal da restrição documental. O item 6.45.6, contudo, impõe outras exigências que também precisam ser revistas, porque transforma documentos eventualmente aplicáveis a determinadas estruturas cooperativas em condições universais de habilitação.

III.5.1 – Do regimento dos fundos

Quanto à alínea "c", a Lei nº 5.764/1971, em seu artigo 28, disciplina fundos obrigatórios e admite a instituição de outros fundos pela Assembleia Geral, à qual o § 1º desse artigo atribui a fixação do modo de formação, aplicação e liquidação dos fundos que instituir. Isso não estabelece, para toda cooperativa, obrigação geral de possuir documento autônomo denominado *"regimento dos fundos"*, acompanhado de ata específica. A Prefeitura não demonstra por que essa forma documental seria indispensável quando a constituição, a disciplina e a regularidade dos fundos puderem ser comprovadas por instrumentos societários juridicamente pertinentes.

A ilegalidade está na conversão dessa forma documental específica em requisito obrigatório para todas as participantes, independentemente da maneira pela qual cada sociedade disciplina regularmente seus fundos. O item 6.45.6, alínea "c", impõe um documento autônomo sem demonstrar que sua existência seja legalmente obrigatória nem que seja indispensável à capacidade de executar o objeto. A consequência é sujeitar à inabilitação a cooperativa que mantenha seus fundos regularmente constituídos e disciplinados em estatuto ou atas, mas não disponha de um regimento autônomo. A cláusula transforma a forma documental escolhida pela sociedade em barreira de acesso à licitação.

III.5.2 – Dos editais das três últimas Assembleias Gerais Extraordinárias

Quanto à alínea "d", a exigência de editais das três últimas Assembleias Gerais Extraordinárias desconsidera que, nos termos do artigo 45 da Lei nº 5.764/1971, essas assembleias são realizadas quando necessárias. A periodicidade anual prevista no artigo 44 da mesma Lei diz respeito às Assembleias Gerais Ordinárias. Uma cooperativa pode não ter realizado três AGEs ao longo de sua existência, sem qualquer irregularidade. O edital tampouco demonstra por que a apresentação de exatamente três editais comprovaria capacidade jurídica, técnica ou operacional para executar o plano de saúde. A disponibilidade desses documentos em determinada cooperativa não sana a ausência de pertinência demonstrada para sua imposição geral.

O item 6.45.6, alínea "d", fixa arbitrariamente um histórico quantitativo de três convocações de assembleias extraordinárias sem identificar qual requisito de habilitação pretende comprovar. A realização de AGE decorre da necessidade societária concreta, não de periodicidade mínima imposta pela Lei nº 5.764/1971. A exigência de três editais, desvinculada de finalidade jurídica definida, não comprova a capacidade da operadora e cria mais uma barreira documental impertinente ao objeto. A cláusula faz da existência de três convocações extraordinárias anteriores uma condição de acesso à licitação, criando causa de inabilitação para sociedades que não precisaram convocar esse número de reuniões. O requisito ultrapassa a demonstração de capacidade jurídica prevista no artigo 66 da Lei nº 14.133/2021 e impõe restrição impertinente ao objeto, vedada pelo artigo 9º, inciso I, alíneas "a" e "c", da mesma Lei.

III.5.3 – Da autorização assemblear específica para contratar

O item 6.45.6, alínea "f", agrava a ilegalidade ao exigir *"ata da sessão que os cooperados autorizaram a cooperativa a contratar o objeto da licitação"*. A Lei nº 5.764/1971 determina que o estatuto defina os órgãos de administração, suas atribuições, seus poderes e a representação da sociedade. O artigo 21, inciso V, estabelece que o estatuto deve definir as atribuições, os poderes e a representação da cooperativa, enquanto o artigo 47 prevê sua administração por Diretoria ou Conselho de Administração.

Por sua vez, o artigo 46 da mesma Lei estabelece as matérias de competência exclusiva da Assembleia Geral Extraordinária, sem incluir, entre elas, autorização específica para a celebração ordinária de contratos de prestação de serviços.

O Município presume, indistintamente, que a celebração do contrato licitado dependa de autorização assemblear específica, independentemente dos poderes de administração e representação previstos no estatuto da cooperativa participante, e transforma essa deliberação em requisito obrigatório de habilitação sem vincular sua exigência às competências estatutárias de cada entidade. Ao impor a apresentação de ata de autorização para o objeto licitado sem considerar a distribuição legal e estatutária de competências, o item 6.45.6, alínea "f", transforma uma exigência societária eventual em condição geral de habilitação, interferindo indevidamente na organização administrativa das cooperativas médicas.

A eventual necessidade de deliberação assemblear depende da lei, do estatuto e das alçadas aplicáveis ao negócio jurídico concreto. Não pode ser presumida pelo edital como condição universal de participação. Ao ignorar os poderes dos órgãos de administração e exigir indistintamente autorização dos cooperados para esta licitação, o Município substitui a governança estatutária da sociedade por procedimento criado no próprio instrumento convocatório. A capacidade da cooperativa de assumir obrigações, objeto da habilitação jurídica prevista no artigo 66 da Lei nº 14.133/2021, é demonstrada a partir de sua constituição e dos poderes de representação regularmente atribuídos. A imposição indistinta de um ato assemblear adicional interfere

no funcionamento da sociedade e viola a autonomia protegida pelo artigo 5º, inciso XVIII, da Constituição Federal.

III.5.4 – Da auditoria contábil-financeira

A exigência de auditoria contábil-financeira prevista na alínea "g" possui fundamento específico no artigo 112 da Lei nº 5.764/1971 e não integra o núcleo das exigências cuja exclusão se pretende. Além disso, o artigo 22 da Lei nº 9.656/1998 determina que as operadoras de planos privados de assistência à saúde submetam suas contas a auditores independentes, segundo o regime setorial aplicável.

A alternativa de declaração prevista na alínea "g" deverá observar a legislação e a regulamentação contábil aplicáveis. A ausência de exigência específica do órgão fiscalizador não afasta obrigação de auditoria estabelecida pelo regime legal e regulatório da operadora.

Essa legitimidade específica não convalida os demais documentos do item 6.45.6. Ao contrário, evidencia por que o bloco precisa ser examinado seletivamente: documentos amparados pela legislação devem ser preservados; exigências sem necessidade demonstrada devem ser excluídas ou adequadas.

III.5.5 – Da duplicidade entre os itens 6.12 e 6.45

Além das ilegalidades materiais já demonstradas, parte do próprio item 6.45 reproduz documentos que já integram a habilitação jurídica da sociedade cooperativa.

Com efeito, o item 6.12 do Termo de Referência já exige, para a sociedade cooperativa, a ata de fundação, o estatuto social acompanhado da ata da assembleia que o aprovou e o registro previsto no artigo 107 da Lei nº 5.764/1971. Esses mesmos documentos reaparecem no item 6.45.4 e nas alíneas "a" e "b" do item 6.45.6.

A duplicidade evidencia a falta de clareza do caráter complementar atribuído ao item 6.45. A Administração já exige, no item 6.12, os documentos constitutivos e o registro cooperativista, mas volta a reproduzi-los no bloco complementar sem indicar que requisito adicional pretende comprovar. A repetição demonstra a necessidade de retificar a organização das exigências, evitando sobreposição e ambiguidades na habilitação.

A irregularidade central, contudo, é mais grave do que essa redundância: o item 6.45 reúne exigências individuais de cooperados executores cuja pertinência com a operação institucional do plano não foi demonstrada. Essa imposição cria barreira material à participação das cooperativas médicas.

A correção do item 6.45 deve, portanto, eliminar a repetição dos documentos já previstos no item 6.12 e separar, com clareza, aquilo que constitui requisito jurídico legítimo daquilo que foi indevidamente acrescentado como condição de participação das cooperativas.

III.6 – Da restrição à competitividade e da necessária retificação do edital

O item 6.45 deve ser retificado porque reúne exigências documentais sem pertinência demonstrada com o objeto e com a capacidade exigida da operadora. A individualização antecipada de cooperados executores contradiz a contratação institucional de plano por rede assistencial definida nos itens 6.15, 7.2.2, 7.2.3 e 8.1.2. A ausência de motivação específica no Edital, no Termo de Referência e no Estudo Técnico Preliminar, associada às restrições comprovadas, viola os arts. 5º, 9º, I, "a" e "c", 11, I, e 18, IX, da Lei nº 14.133/2021 e o art. 37, XXI, da Constituição Federal.

A previsão das modalidades de habilitação nos arts. 62, 66 e 67 da Lei nº 14.133/2021 não autoriza exigências sem correspondência com a capacidade institucional contratada. A invocação de legislação especial, nos termos do art. 67, IV, também exige demonstração da relação entre a norma aplicada, o documento exigido e a execução do plano. A mera existência de regras cooperativistas não legitima a imposição indiscriminada do rol documental.

A Constituição Federal também assegura a autonomia das cooperativas, ao estabelecer, em seu artigo 5º, inciso XVIII, que sua criação independe de autorização e que é vedada a interferência estatal em seu funcionamento, e determina, no artigo 174, § 2º, que a lei apoiará e estimulará o cooperativismo e outras formas de associativismo. Esses comandos reforçam que as exigências dirigidas às cooperativas devem respeitar sua natureza jurídica e guardar pertinência com o objeto contratado.

Impõe-se a imediata retificação do instrumento convocatório, sob pena de nulidade do certame. A correção deverá identificar claramente a finalidade legal de cada documento remanescente e observar as seguintes determinações:

a) os subitens 6.45.1, 6.45.2, 6.45.3, 6.45.5 e 6.45.6, alínea “e”, devem ser excluídos, porque pressupõem cooperados previamente individualizados como executores e não comprovam a capacidade institucional contratada;

b) as alíneas “c”, “d” e “f” do item 6.45.6 devem ser retificadas para excluir, respectivamente, a obrigação universal de apresentação de regimento autônomo dos fundos, a obrigação fixa de apresentação dos três últimos editais de Assembleia Geral Extraordinária e a autorização assemblear específica como condição geral de habilitação;

c) o item 6.45.4 e as alíneas “a” e “b” do item 6.45.6 devem ser reorganizados para eliminar a duplicidade com o item 6.12; na alínea “g”, deve permanecer a exigência de auditoria, enquanto a alternativa de declaração deverá ser limitada às hipóteses admitidas pelo regime legal e regulatório aplicável à operadora.

IV – DA ILEGALIDADE DA MODELAGEM ECONÔMICA DO EDITAL PELA AUSÊNCIA DE REAJUSTE TÉCNICO POR SINISTRALIDADE E DE CRITÉRIO MATEMÁTICO PREDEFINIDO

O Município de Sumaré publicou instrumento convocatório que reconhece a sinistralidade como variável relevante da contratação, determina sua apuração e seu acompanhamento periódico, mas não prevê o reajuste técnico destinado a disciplinar ordinariamente seus efeitos econômicos sobre os preços contratuais.

O próprio Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, órgão responsável pela fiscalização das contratações públicas municipais, adota reiteradamente esse mecanismo em seus editais de assistência médica desde 2012, distinguindo o reajuste financeiro do componente técnico e estabelecendo parâmetros objetivos para sua aplicação.

É essa contradição, associada aos riscos próprios da contratação, ao afastamento da prática predominante do setor e ao distanciamento do modelo reiteradamente adotado pelo próprio órgão de controle, que fundamenta a presente impugnação e exige a retificação do instrumento convocatório.

IV.1 – Da disciplina publicada e da delimitação exata da irregularidade

O Município de Sumaré tornou público o Edital do Pregão Eletrônico nº 54/2026, Processo Administrativo nº 22.671/2026, para contratação de operadora especializada na prestação continuada de serviços de assistência médica suplementar aos servidores públicos municipais ativos, aposentados e pensionistas elegíveis, observadas as disposições da Lei Municipal nº 7.621/2026, da Lei nº 9.656/1998 e da regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

O Termo de Referência disciplina, nos subitens 4.3 a 4.10, o reajustamento financeiro anual pelo IPCA/Saúde, com interregno contado da data do orçamento estimado. Entretanto, não estabelece reajuste técnico por sinistralidade, tampouco meta de equilíbrio assistencial, gatilho de aplicação ou fórmula destinada a converter o índice de sinistralidade em percentual de alteração dos preços contratuais.

A ausência do mecanismo é especialmente relevante porque o próprio Município, nos subitens 8.6 a 8.8 do Termo de Referência, exige relatórios trimestrais de receitas, despesas assistenciais e sinistralidade, estabelece fórmula para sua apuração e reconhece que esses dados servirão à identificação de variações relevantes dos custos assistenciais e à avaliação dos riscos da execução.

O subitem 8.7 dispõe:

> *8.7. Para fins de acompanhamento contratual, a sinistralidade será apurada pela relação percentual entre as despesas assistenciais e as receitas de mensalidades correspondentes ao mesmo período, mediante a fórmula:*
>
> sinistralidade (%) = despesas assistenciais / receitas de mensalidade x 100

Entretanto, o subitem 8.9 estabelece:

> *8.9. A variação da sinistralidade não constituirá, isoladamente, fundamento para reajuste adicional ou automático dos preços contratados, permanecendo o reajustamento anual sujeito ao índice previsto neste Termo de Referência.*

O subitem 8.10, por sua vez, remete eventuais pretensões econômicas ao procedimento extraordinário de restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro. A minuta contratual não corrige a deficiência: sua cláusula 7.2 limita-se a remeter às regras do Termo de Referência.

Termo de Referência e minuta, portanto, contêm a mesma deficiência: a cláusula 7.2 incorpora à minuta a disciplina econômica incompleta do Termo de Referência. Ambos deixam de disciplinar o reajuste técnico por sinistralidade.

A irregularidade não consiste na ausência absoluta de parâmetros. Estão presentes o índice financeiro anual, a relação entre despesas assistenciais e receitas de mensalidades, a fórmula de apuração da sinistralidade e a exigência de relatórios trimestrais acompanhados de memória de cálculo. O elemento ausente é precisamente aquele que permite o tratamento econômico ordinário da sinistralidade: a definição de índice-alvo, do gatilho de aplicação e da operação que transforma a sinistralidade encontrada no percentual de alteração dos preços.

A sinistralidade apurada não é, por si só, percentual de reajuste. Ela identifica uma relação entre despesas e receitas, mas não informa quanto a contraprestação deverá variar quando o resultado ultrapassar determinado limite técnico. Sumaré publicou a primeira operação e suprimiu a segunda.

A necessidade de definição prévia e completa do reajuste técnico por sinistralidade já foi objeto de impugnação apresentada pela Bonsaglia Consultoria no Pregão Eletrônico nº 0022/2026, da Fundação para o Remédio Popular - FURP. Naquela contratação, embora o edital previsse expressamente o reajuste técnico, não estabelecia a fórmula matemática necessária à sua aplicação, permitindo interpretações distintas quanto ao percentual de alteração dos preços. Após a impugnação, a Administração regularizou a disciplina editalícia no segundo edital, inserindo a metodologia de cálculo tanto no Termo de Referência quanto na minuta contratual.

No Município de Sumaré, a irregularidade é ainda mais abrangente. O edital determina a apuração e o acompanhamento periódico da sinistralidade, mas sequer prevê o reajuste técnico, seu índice-alvo, gatilho de aplicação ou fórmula de conversão em percentual de alteração dos preços. A ausência de metodologia completa exigiu a correção de um mecanismo já previsto na contratação da FURP. Em Sumaré, os riscos específicos da carteira, examinados na subseção IV.3, e a insuficiência da disciplina econômica, demonstrada na subseção IV.4, impõem a retificação do edital de Sumaré, para que o reajuste técnico seja expressamente instituído e integralmente disciplinado antes da apresentação das propostas.

O acompanhamento estatístico e financeiro não se confunde com disciplina contratual dos efeitos econômicos. Relatórios periódicos, indicadores de utilização e memórias de cálculo permitem conhecer o comportamento da carteira, mas não estabelecem o mecanismo destinado a tratar ordinariamente o afastamento entre as despesas assistenciais e as receitas previstas.

A Administração reconhece antecipadamente o risco, determina sua medição e exige sua documentação, mas deixa de estabelecer regra objetiva para sua repercussão sobre os preços, restringindo o reajustamento ordinário ao componente financeiro e remetendo a contratada à via extraordinária do reequilíbrio.

Não se pode atribuir ao monitoramento da sinistralidade a função de mecanismo econômico que ele não possui. O próprio Município considera indispensável acompanhar a evolução das despesas assistenciais. A adesão facultativa, a composição variável da carteira e a ausência de projeção dos dependentes impõem que também discipline previamente as condições em que essa evolução produzirá reajuste técnico, assegurando tratamento contratual objetivo, transparente e verificável.

IV.2 – Da finalidade e do funcionamento do reajuste técnico por sinistralidade

O reajuste contratual por sinistralidade tem por finalidade realizar a recomposição atuarial do contrato, considerando a relação entre as despesas assistenciais suportadas pela operadora e as receitas de contraprestações correspondentes à mesma carteira e ao mesmo período.

O índice de sinistralidade é obtido pela relação econômica entre o valor das despesas assistenciais decorrentes dos atendimentos realizados aos beneficiários e o valor das receitas recebidas pela operadora. Não corresponde à simples quantidade de procedimentos utilizados. O comportamento do indicador pode resultar do aumento da frequência de utilização, do custo dos procedimentos, da complexidade assistencial ou da combinação desses fatores.

A finalidade do reajuste técnico é recompor a relação atuarial quando a sinistralidade apurada ultrapassa o limite técnico previamente estabelecido em contrato. O índice-alvo não constitui, por si só, percentual de reajuste; ele representa o ponto de equilíbrio contratual. Por isso, a cláusula precisa conter

fórmula ou critério matemático equivalente que converta o resultado apurado em percentual incidente sobre as mensalidades.

O reajuste financeiro e o reajuste técnico respondem a fenômenos econômicos distintos. O primeiro recompõe a variação geral ou setorial dos preços. O segundo trata o comportamento assistencial efetivo da carteira. Um índice inflacionário pode refletir a variação dos custos do setor, mas não substitui a mensuração da relação entre despesas assistenciais e receitas de uma população específica.

Essa distinção foi reconhecida pelo TCE-SP no TC-009806.989.25-7, relativo à contratação da PRODESP, ao registrar que o componente financeiro reflete a variação dos custos do setor, enquanto o componente técnico reflete o comportamento assistencial da massa de beneficiários. O voto acolheu, ainda, a constatação de que a combinação dos componentes constitui prática comum no mercado de saúde suplementar corporativa, amplamente aceita por operadoras e entidades contratantes.

IV.3 – Dos riscos atuariais específicos da contratação de Sumaré

A necessidade de previsão do reajuste técnico torna-se ainda mais evidente quando examinadas as particularidades da contratação promovida pelo Município de Sumaré, cujos próprios documentos de planejamento revelam incertezas relevantes quanto ao dimensionamento e ao comportamento assistencial da carteira.

O Estudo Técnico Preliminar identifica universo potencial de 5.790 beneficiários elegíveis, mas estabelece a quantidade estimada de 2.895 vidas a partir de mera premissa de adesão de 50%, adotada diante da inexistência de histórico específico do novo modelo instituído pela Lei Municipal nº 7.621/2026.

O próprio Município reconhece que esse quantitativo não representa garantia mínima ou máxima e ficará sujeito às adesões individuais, inclusões, exclusões e demais movimentações cadastrais ocorridas durante a execução.

A incerteza é ampliada pelo fato de que o memorial de cálculo não acrescentou os dependentes à projeção apresentada. Desse modo, embora o edital discipline sua inclusão e cobertura assistencial, a estimativa econômica publicada não contempla toda a população que poderá integrar a carteira contratada.

Além disso, a distribuição etária utilizada na estimativa apresenta expressiva concentração nas faixas superiores. Dos 2.895 beneficiários projetados, 1.035 pertencem à faixa de 59 anos ou mais, correspondentes a aproximadamente 35,75% das vidas estimadas. Essa mesma faixa representa R$ 19.993.260,60 do valor anual estimado de R$ 35.962.936,20, equivalente a aproximadamente 55,59% do custo projetado.

Consideradas conjuntamente as faixas de 49 anos ou mais, verifica-se concentração de aproximadamente 63,94% das vidas e 79,79% do valor anual estimado da contratação.

Esses números demonstram a relevância econômica da composição etária adotada pelo próprio Município. A efetiva composição da carteira poderá apresentar variações em relação à projeção inicial, tanto pelo caráter facultativo da adesão quanto pela inclusão de dependentes e pelas movimentações cadastrais durante a execução. A premissa de adesão de 50% dimensiona a quantidade estimada de vidas, mas não determina quais beneficiários aderirão nem a frequência e a complexidade dos atendimentos que demandarão.

A estimativa de adesão dimensiona a quantidade de beneficiários, enquanto a composição da carteira e a utilização efetiva dos serviços determinam o comportamento das despesas assistenciais em relação às receitas. A adesão facultativa e a inclusão de dependentes podem alterar o perfil assistencial considerado na formação do preço. Beneficiários da mesma faixa etária podem necessitar de atendimentos com frequência, complexidade e custos diferentes. Nessas condições, as despesas podem passar a representar parcela maior das receitas, elevando a sinistralidade. O reajuste técnico, conforme exposto na subseção IV.2, destina-se a tratar essa variação da relação entre despesas e receitas mediante limite técnico e critérios de cálculo definidos antes da apresentação das propostas.

A publicação Orientações Práticas em Saúde Suplementar: Tudo o que o Contratante Precisa Saber, elaborada com apoio institucional da ANS, reconhece que o conhecimento do perfil etário, da distribuição por gênero e dos dependentes interfere diretamente na precificação, na sinistralidade e na negociação dos reajustes futuros. O mesmo material relaciona o crescimento das despesas assistenciais ao envelhecimento, à frequência de utilização e à ocorrência de doenças crônicas.

O próprio ETP de Sumaré (subitem 14.1) identifica preliminarmente riscos de baixa adesão, adesão superior à estimada e variação de custos e remete a elaboração de sua análise a documento próprio. Apesar disso, o instrumento convocatório não prevê mecanismo ordinário de reajuste técnico por sinistralidade, restringindo o reajustamento anual ao índice financeiro. O documento de análise anunciado não foi disponibilizado com o edital e seus anexos. A relação preliminar do subitem 14.1 não expõe a avaliação dos riscos enumerados nem fundamenta a forma de distribuição dos respectivos encargos. A Administração exige a precificação da carteira sem demonstrar, nos documentos disponibilizados, a adequação do tratamento econômico dos riscos que reconheceu.

A deficiência assume maior gravidade diante da vigência contratual inicial de doze meses, com possibilidade de prorrogações por até dez anos. A ausência de tratamento econômico objetivo da sinistralidade, portanto, não se limita ao primeiro período de execução, podendo repercutir ao longo de sucessivas prorrogações.

A Administração não pode exigir que os licitantes precifiquem uma carteira de dimensão e composição efetiva incertas, reconhecendo expressamente riscos de adesão e de variação de custos, sem disciplinar previamente o mecanismo econômico adequado ao tratamento ordinário da sinistralidade.

A ausência da cláusula produz duas consequências igualmente contrárias ao interesse público: pode afastar operadoras que não assumem risco atuarial sem metodologia de reajuste previamente definida e pode induzir os participantes remanescentes a internalizar defensivamente esse risco no preço inicial, encarecendo as propostas.

IV.4 – Do dever legal de definição prévia, clara e objetivamente aplicável

O art. 89, § 2º, da Lei nº 14.133/2021 determina que os contratos estabeleçam com clareza e precisão as condições de sua execução, expressas em cláusulas que definam direitos, obrigações e responsabilidades das partes.

O art. 92, inciso V, exige que o contrato contenha os critérios, a data-base e a periodicidade do reajustamento de preços, bem como os critérios de atualização monetária.

No plano setorial, o art. 27, caput, da RN ANS nº 565/2022 determina que os contratos coletivos contenham regras de reajuste. Seus incisos II e III disciplinam a apuração da sinistralidade e a aplicação do reajuste técnico, quando constatada sua necessidade, em caráter complementar ao componente financeiro. É essa disciplina setorial, conjugada aos deveres de planejamento e de definição das condições econômicas, que deve reger o tratamento dos riscos assistenciais documentados em Sumaré.

A adesão facultativa, a composição variável da carteira e a ausência de projeção dos dependentes tornam indispensável definir previamente meta, gatilho, fórmula e condições de aplicação do reajuste técnico. O comportamento das despesas assistenciais dessa carteira não é necessariamente acompanhado pela variação de índice público externo. A omissão impede o conhecimento integral das condições de atualização do preço e compromete a uniformidade econômica da disputa, em afronta aos princípios previstos no art. 5º da Lei nº 14.133/2021.

O reajustamento financeiro previsto nos subitens 4.3 a 4.10 do Termo de Referência evidencia a diferença. Nesse bloco, Sumaré definiu o IPCA/Saúde, a anualidade, a substituição do índice e o apostilamento. O art. 25, § 7º, e o art. 92, § 3º, da Lei nº 14.133/2021 admitem o estabelecimento de mais de um índice específico ou setorial, em conformidade com a realidade de mercado dos respectivos insumos.

Não se impugna o IPCA/Saúde como componente financeiro. A comparação apenas evidencia que esse componente foi objetivamente disciplinado, enquanto o mecanismo técnico por sinistralidade foi omitido, apesar de o próprio Município reconhecer a necessidade de apuração e acompanhamento do indicador.

A motivação apresentada no item 3.70 do ETP limita-se à aderência do IPCA/Saúde à variação dos preços do setor. A aplicação desse índice às mensalidades não disciplina a recomposição da relação entre despesas assistenciais e receitas quando o perfil efetivo de utilização da carteira se afasta das premissas utilizadas na formação do preço. O Município reconhece e mede esse risco, mas exclui seu tratamento ordinário sem demonstrar, no planejamento publicado, como os riscos identificados seriam tratados pela solução exclusivamente financeira.

O art. 18, caput, inciso X, da Lei nº 14.133/2021 exige a análise, na fase preparatória, dos riscos que possam comprometer o sucesso da licitação e a boa execução contratual. O subitem 14.1 do ETP enumera riscos de adesão e de variação de custos e anuncia análise em documento próprio, não disponibilizado com o edital. Essa enumeração não demonstra os efeitos dos riscos sobre as despesas e receitas da carteira nem justifica a distribuição dos encargos. A Administração exige a precificação sem apresentar a avaliação que fundamentaria o tratamento econômico adotado e a exclusão do reajuste técnico.

A Lei nº 9.656/1998 (art. 16, inciso XI) também exige que os contratos indiquem com clareza os critérios de reajuste e revisão das contraprestações. Em licitação pública, tais critérios não podem ser deixados para negociação posterior à adjudicação, porque interferem diretamente na avaliação do risco, na formação do preço e na comparabilidade das propostas.

O Tribunal de Contas da União consolidou orientação no sentido de que a definição dos critérios de reajustamento, no edital e no contrato, não constitui faculdade discricionária do gestor. Os Acórdãos nº 2.205/2016-Plenário e nº 7.184/2018-Segunda Câmara tratam essa previsão como cláusula obrigatória, ainda que a vigência inicial não supere doze meses.

A orientação do TCU impõe a definição prévia dos critérios de reajustamento. Em Sumaré, o conteúdo dessa disciplina deve responder aos riscos concretos da carteira e às regras setoriais da ANS. A exclusão do reajuste técnico, sem demonstração da suficiência do componente financeiro para tratar esses riscos, viola os deveres de planejamento e motivação e deixa incompleta a disciplina econômica exigida pelos arts. 89, § 2º, e 92, inciso V, da Lei nº 14.133/2021. Impõe-se, por isso, a instituição do mecanismo com metodologia completa.

IV.5 – Da natureza ordinária do reajuste técnico e da inadequação do reequilíbrio extraordinário como substituto

A sinistralidade foi prevista antecipadamente no Termo de Referência de Sumaré como variável de acompanhamento obrigatório. Os subitens 8.6 a 8.8 determinam sua apuração por meio de relatórios trimestrais, com receitas, despesas assistenciais e memória de cálculo. Trata-se, portanto, de evento ordinário e previsível dentro da própria arquitetura contratual escolhida pelo Município.

A exigência de relatórios, comprovação de custos e análise administrativa não supre a ausência do reajuste técnico. Requerimento e conferência verificam a correção dos dados; não substituem a regra que converte o resultado apurado em percentual de alteração dos preços.

O restabelecimento extraordinário do equilíbrio econômico-financeiro possui pressupostos distintos. Nos termos do art. 124, inciso II, alínea d, da Lei nº 14.133/2021, depende de força maior, caso fortuito, fato do príncipe ou fatos imprevisíveis - ou previsíveis de consequências incalculáveis - que inviabilizem a execução tal como pactuada.

A variação da sinistralidade, expressamente antecipada e acompanhada pelo próprio edital, não se converte automaticamente em fato extraordinário. A ausência de disciplina do reajuste técnico ordinário tampouco pode ser sanada pela simples remissão ao pedido genérico de reequilíbrio, como pretende o subitem 8.10.

A via extraordinária impõe demonstração qualificada, instrução probatória e juízo administrativo sobre eventos excepcionais. O reajuste técnico, ao contrário, trabalha com risco próprio, recorrente e mensurável da carteira, aplicando uma metodologia contratual previamente pactuada.

O art. 136, inciso I, confirma a lógica: o apostilamento pode registrar a variação do valor contratual decorrente de reajuste previsto no próprio contrato. O apostilamento formaliza a aplicação de regra preexistente; não cria a metodologia que o edital deixou em aberto.

Em Sumaré, o item 8.10 não resolve a deficiência. Ele a evidencia: o Município reconhece antecipadamente o risco assistencial, impõe seu monitoramento e, ainda assim, remete seus efeitos a um regime legal reservado a acontecimentos extraordinários.

IV.6 – Da regulação da ANS e dos fundamentos para a adoção do parâmetro de 70%

A Agência Nacional de Saúde Suplementar estabelece regras sobre periodicidade, apuração da sinistralidade e transparência dos critérios utilizados nos reajustes dos planos coletivos.

A RN ANS nº 565/2022 (art. 27, incisos II e III) reconhece a hipótese de reajuste por sinistralidade, determina que o indicador tenha por base a proporção entre despesas assistenciais e receitas diretas do plano,

apuradas em período de doze meses consecutivos, e prevê sua aplicação complementar ao reajuste anual quando constatada sua necessidade.

A RN ANS nº 509/2022 exige disponibilização de extrato pormenorizado, demonstração da memória de cálculo, indicação dos parâmetros e do período de observação considerados para a definição do reajuste. A regulação, portanto, não trata a sinistralidade como dado meramente informativo: exige metodologia verificável e transparência de sua aplicação.

O parâmetro de 70% possui lastro histórico e empírico no setor. A publicação Orientações Práticas em Saúde Suplementar: Tudo o que o Contratante Precisa Saber, realizada pela AbbVie, Coalizão Saúde e SESI, com apoio institucional da ANS, registra que historicamente se considerava aceitável taxa de sinistralidade em torno de 70% da receita, como limite técnico.

O Relatório de Análise de Impacto Regulatório da própria ANS, ao reproduzir pesquisa de agrupamento de contratos coletivos realizada em 2019, registrou que 93% das cláusulas analisadas combinavam índice de preço e índice de valor e que 146 operadoras declararam utilizar exatamente 70% como meta de sinistralidade.

Esses dados documentam a prática contratual examinada pela ANS: os 70% constituem parâmetro conhecido, amplamente utilizado no universo pesquisado.

Em Sumaré, a adoção do limite de 70% encontra ainda dois fundamentos institucionais concretos: o próprio TCE-SP o utiliza reiteradamente em suas contratações de assistência médica, e o Instituto Assistencial do Município de Sumaré - IAMS adotou o mesmo parâmetro em contratação local. Esses modelos tratam da mesma espécie de serviço e vinculam a superação dos 70% à aplicação do reajuste técnico, com período de apuração e fórmula previamente definidos.

Diante desse conjunto, a meta de 70% constitui solução já testada no mercado, empregada pelo órgão de controle e utilizada por entidade do próprio Município. É esse parâmetro contratual, sustentado pela convergência desses modelos, que a Impugnante exige incorporar ao edital, como gatilho do reajuste técnico e parte de metodologia completa e verificável.

IV.7 – Da prática contratual, do exemplo local e das correções administrativas anteriores

A adoção reiterada do reajuste técnico por sinistralidade está comprovada nos próprios editais de assistência médica. Entre outros exemplos dessa prática estão os certames do PROCON/SP, da Justiça Federal, do ITESP, da Fundação Florestal, da São Paulo Turismo, do Memorial da América Latina, da São Paulo Previdência, do Instituto Butantan, do SESI/SENAI-SP, do CREMESP, do CRECI-SP, do COREN-SP, do CREA-SP, do CREF-SP, do IPEM-SP, da EMTU/SP, da CEAGESP e da Câmara Municipal de Hortolândia, além dos editais do próprio TCE-SP.

Especial destaque merece o Pregão Presencial nº 4734/2023 do Instituto Assistencial do Município de Sumaré - IAMS. O Anexo II daquele edital previu expressamente:

- reajuste financeiro pelo IPC-Saúde/FIPE;
- reajuste técnico quando a sinistralidade acumulada em doze meses ultrapassasse 70%;
- fórmula de apuração da sinistralidade e do índice de reajuste;
- regime de competência;

• memória de cálculo e demonstrativo de receitas e despesas;

• possibilidade de fiscalização dos eventos considerados.

O exemplo possui relevância direta: o mecanismo defendido pela Bonsaglia já foi utilizado em contratação pública de assistência médica realizada no próprio Município de Sumaré, em formato equivalente ao adotado pelo TCE-SP.

A pertinência da correção pretendida também se evidencia em experiências anteriores de impugnação administrativa.

No Pregão Eletrônico nº 001/2024 da Câmara Municipal de Pitangueiras, a Bonsaglia questionou a ausência do reajuste técnico. O edital retificado, publicado após a impugnação, passou a prever, nos itens 12.11 a 12.13, meta de 70%, apuração em doze meses, fórmula de sinistralidade, fórmula de reajuste e memória de cálculo.

Na contratação da FURP, a Bonsaglia demonstrou que a mera previsão do reajuste técnico não era suficiente quando desacompanhada de metodologia completa. O segundo edital corrigiu a deficiência, inserindo a fórmula no Termo de Referência e na minuta contratual.

Essas experiências demonstram que as irregularidades apontadas não são teóricas. Ausência do mecanismo e insuficiência de sua metodologia são falhas de planejamento econômico que podem e devem ser corrigidas antes da contratação, mediante retificação e republicação do instrumento convocatório.

É precisamente essa providência que se requer do Município de Sumaré.

IV.8 – Do parâmetro institucional reiterado do TCE-SP e da jurisprudência dos órgãos de controle

A demonstração de que o reajuste técnico constitui mecanismo consolidado nas contratações públicas encontra seu exemplo institucional mais expressivo no próprio Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

O Tribunal adotou reiteradamente a cláusula em seus processos licitatórios para contratação de assistência médico-hospitalar, conforme demonstram:

• Pregão Presencial nº 43/2012 - Processo TC-A nº 6.029/026/12;

• Pregão Eletrônico nº 72/2018 - Processo TC-A nº 3.407/026/17;

• Pregão Eletrônico nº 15/2022 - Processo SEI nº 12126/2021-60.

Nos três certames, o TCE-SP separou o componente financeiro do reajuste técnico, adotou limite de sinistralidade de 70% e previu metodologia de cálculo.

No Pregão Eletrônico nº 15/2022, o modelo foi disciplinado de forma particularmente completa. O Tribunal estabeleceu previamente o período de doze meses, o regime de competência, a exigência de apresentação de memória de cálculo e as seguintes operações:

$$S = \Sigma Ga / \Sigma Rc$$

$$IR = [(S / 0,70) - 1] \times 100$$

A primeira fórmula apura a sinistralidade (S), em escala decimal, pela divisão do somatório (Σ) dos gastos assistenciais (Ga) pelo das receitas de contraprestação pecuniária (Rc) do período analisado. A segunda converte o resultado em índice de reajuste técnico (IR), expresso em percentual. O parâmetro 0,70

representa o limite de sinistralidade de 70%. Uma sinistralidade de 84%, por exemplo, é inserida na fórmula como 0,84 e resulta em reajuste técnico de 20%. Essa distinção entre apurar a sinistralidade e calcular o reajuste técnico é exatamente o elemento que falta em Sumaré, onde existe apenas a fórmula de apuração do indicador.

A adoção reiterada desse mecanismo pelo próprio TCE-SP constitui parâmetro institucional qualificado para a modelagem das contratações públicas de assistência médica submetidas à fiscalização da Corte. Sua relevância não se limita à utilização de fórmula específica: demonstra o reconhecimento institucional de que índice-alvo, cálculo da sinistralidade e percentual de reajuste são elementos distintos e devem estar previamente disciplinados.

A jurisprudência da Corte confirma a adequação do reajuste técnico e a necessidade de corrigir deficiências na disciplina econômica e na distribuição dos riscos.

No TC-009806.989.25-7, relativo à contratação da PRODESP, o TCE-SP examinou expressamente sistemática composta por componente financeiro e componente técnico vinculado à sinistralidade. Reconheceu a adequação da diferenciação e a aderência da metodologia à prática do mercado, além de determinar o saneamento de ambiguidades existentes nas cláusulas de reajustamento.

No TC-045706/026/14, relativo à contratação da São Paulo Previdência - SPPREV, a Segunda Câmara considerou regulares a licitação, o contrato, os demonstrativos de cálculo de reajuste e os termos aditivos examinados. A ementa registra expressamente a utilização de reajuste por sinistralidade de 70%.

Nos TC-022690.989.25-6 e TC-022779.989.25-0, relativos à contratação de plano de saúde pelo Município de Araras, o Tribunal Pleno, em sessão de 4 de fevereiro de 2026, determinou a incorporação de informações atuariais sobre sinistralidade e frequência de utilização, a formalização da matriz de riscos e a revisão da pesquisa de preços. O julgamento reconheceu que tais informações são essenciais ao dimensionamento do risco e à formulação das propostas. A determinação alcançou expressamente o edital e a minuta contratual, exigindo a formalização dos riscos identificados no ETP e a indicação de sua alocação entre as partes. Em Sumaré, a remissão do subitem 14.1 a documento próprio não disponibilizado deixa sem demonstração a avaliação que deveria fundamentar essa alocação e sua articulação com o reajustamento.

A análise dos editais e dos julgamentos revela orientação institucional coerente: a contratação de assistência médica exige dados atuariais suficientes, distribuição objetiva dos riscos e disciplina prévia dos componentes econômicos.

Sumaré adotou solução oposta. O Município optou por acompanhar a sinistralidade sem estabelecer seu tratamento econômico ordinário, apesar de não dispor de histórico específico do novo modelo, admitir adesão facultativa e variável, excluir dependentes da estimativa e prever contratação prorrogável por até dez anos.

A ausência de motivação técnica específica, apta a demonstrar a suficiência da solução econômica adotada e a adequação da distribuição do risco assistencial, evidencia a necessidade de retificação imediata do edital. O Município afastou mecanismo consolidado nas contratações do próprio órgão de controle e já utilizado no próprio Município, sem demonstrar sua inadequação ao objeto ou a existência de solução contratual equivalente.

IV.9 – Dos efeitos sobre a formação das propostas e dos elementos mínimos da metodologia

O próprio edital (subitens 4.2 a 4.4) estabelece que todas as especificações do objeto contidas na proposta vinculam o licitante, que os valores propostos devem compreender todos os custos da execução e que os preços são de responsabilidade exclusiva do proponente, sem direito a posterior alteração por erro ou omissão. A cláusula 9.13 da minuta contratual atribui à contratada o ônus de eventual equívoco no dimensionamento dos quantitativos da proposta, inclusive quanto aos custos variáveis decorrentes de fatores futuros e incertos. Se o que foi previsto na proposta for insuficiente para atender ao objeto, a contratada deverá arcar com a complementação, ressalvados os eventos do art. 124, inciso II, alínea "d", da Lei nº 14.133/2021.

Esses comandos pressupõem que os riscos econômicos relevantes estejam objetivamente delimitados. Não é coerente exigir que o licitante assuma integralmente a proposta e, simultaneamente, negar-lhe disciplina contratual ordinária para a variação da sinistralidade durante contrato prorrogável por até dez anos. O subitem 8.9 do Termo de Referência mantém o reajustamento anual sujeito ao índice financeiro e afasta a variação da sinistralidade, isoladamente, como fundamento para reajuste adicional ou automático. O subitem 8.10 condiciona o eventual restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro à fundamentação, à comprovação documental e ao atendimento dos requisitos legais.

A contratação de Sumaré apresenta particularidades que tornam a deficiência ainda mais relevante: inexistência de histórico específico, adesão facultativa, quantitativo meramente estimativo, dependentes excluídos da projeção e concentração da população nas faixas etárias superiores.

Sem o componente técnico, os licitantes precisam formar seus preços a partir de estimativas de utilização e de custos de uma carteira cuja dimensão e composição efetivas são incertas. Alguns poderão incluir margens de proteção contra essa exposição no preço inicial; os que não aceitarem suportar esse risco poderão simplesmente não participar. Essas margens poderão onerar a contratação desde o início, mesmo que os riscos considerados na formação do preço não venham a se concretizar. O resultado é risco de encarecimento das propostas, de perda de comparabilidade econômica e de redução da competição.

O art. 11, incisos I e II, da Lei nº 14.133/2021 exige que a licitação assegure a seleção da proposta apta a gerar o resultado mais vantajoso para a Administração, o tratamento isonômico entre os licitantes e a justa competição. Esses objetivos são comprometidos pela adoção de condições que podem encarecer as propostas e afastar operadoras, sem que o planejamento publicado demonstre a adequação do tratamento econômico dos riscos reconhecidos. A previsão do reajuste técnico, com critérios definidos antes da disputa, permite tratar os efeitos da sinistralidade efetivamente apurada durante a execução, em bases conhecidas por todos os licitantes desde a formação das propostas.

A correção exige a inclusão do reajuste técnico por sinistralidade, com meta de 70% e definição prévia de metodologia matemática completa. A coexistência dos componentes financeiro e técnico é admissível e deve ser coordenada, esclarecendo-se a ordem, a base e o momento de incidência de cada um, com respeito à anualidade.

A disciplina retificada deverá permitir identificar, no mínimo:

1. a metodologia de apuração da sinistralidade acumulada em doze meses, mediante a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, com definição dos componentes e do regime de reconhecimento de cada variável;

2. o gatilho objetivo de aplicação do reajuste técnico, fixado em 70%;

3. a fórmula ou critério matemático equivalente que converta a sinistralidade apurada no percentual incidente sobre os preços;

4. a base de incidência e o alcance do percentual sobre os preços contratuais;

5. o marco inicial e final do primeiro e dos períodos subsequentes de apuração, a data-base, a periodicidade, o momento de produção dos efeitos financeiros e o tratamento de eventual retroatividade;

6. a ordem de incidência dos componentes financeiro e técnico, a fórmula de composição, o preço-base de cada um e a relação entre seus períodos de observação; e

7. a memória de cálculo e os documentos necessários à conferência da metodologia publicada.

Sem essas definições, a futura execução fica sujeita a escolha metodológica superveniente, incompatível com a vinculação ao instrumento convocatório, o julgamento objetivo e a segurança jurídica.

IV.10 – Da necessidade de correção coordenada do Termo de Referência, da minuta e do planejamento

Nos subitens 4.3 a 4.10 do Termo de Referência, deverá ser contemplada a coexistência do reajuste financeiro pelo IPCA/Saúde com o reajuste técnico por sinistralidade, estabelecendo-se a relação entre os componentes, a periodicidade e a forma de incidência sobre os preços.

Os subitens 8.6 a 8.10 deverão ser compatibilizados com a nova disciplina. A fórmula de apuração da sinistralidade e os relatórios trimestrais poderão ser preservados como instrumentos de acompanhamento, desde que complementados pela meta de 70%, pelo período de observação, pelo gatilho e pela fórmula de conversão do resultado em percentual de reajuste.

O subitem 8.9 deverá ser retificado para assegurar que a superação da meta contratual possa produzir o reajuste técnico correspondente, mediante aplicação da metodologia publicada e conferência dos demonstrativos exigidos. A análise administrativa deve verificar os dados e a correta aplicação da fórmula; não pode substituir o critério econômico nem convertê-lo em negociação posterior.

O subitem 8.10 deverá permanecer reservado às hipóteses legalmente qualificadas de restabelecimento extraordinário do equilíbrio econômico-financeiro, sem substituir o mecanismo ordinário por sinistralidade.

A minuta contratual deverá reproduzir ou incorporar de forma inequívoca a disciplina retificada, especialmente em sua cláusula 7.2, assegurando correspondência integral entre o Termo de Referência e as condições econômicas da contratação.

A correção deverá alcançar também os elementos de planejamento e de distribuição dos riscos e assegurar sua compatibilização com o mecanismo, de modo que as premissas utilizadas na formação das propostas sejam coerentes com aquelas destinadas a reger a execução. A análise anunciada no subitem 14.1 do ETP deverá ser disponibilizada, e o edital e a minuta contratual deverão explicitar os riscos assistenciais identificados, os encargos atribuídos a cada parte e sua relação com o reajuste técnico.

V – DA EXIGÊNCIA INJUSTIFICADA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (APH) EM ÂMBITO NACIONAL

V.1 – Da exigência de atendimento em âmbito nacional e de sua distinção da remoção inter-hospitalar

O item 3.48 do Estudo Técnico Preliminar prevê serviço de ambulância e/ou UTI móvel durante 24 horas e a disponibilização dos *"meios de atendimento nos casos de urgência ou emergência em âmbito nacional que viabilizem o deslocamento do paciente para o hospital mais próximo"*. Sua extensão nacional ultrapassa a abrangência regional definida no item 8.14.1 do Termo de Referência, que contempla Sumaré, Hortolândia, Nova Odessa, Americana e Santa Bárbara d'Oeste, admitindo outros municípios da Região Metropolitana de Campinas como complemento da rede.

O próprio ETP já disciplina a remoção inter-hospitalar no item 3.41: nele, a obrigação recai sobre o usuário internado, depende de solicitação do médico assistente e se destina à transferência para outro estabelecimento hospitalar. Há, portanto, uma unidade de saúde de origem e um atendimento já iniciado. O item 3.48 não reproduz esses pressupostos: prevê os meios que viabilizem o deslocamento até o hospital mais próximo, sem limitar a origem do paciente a outro estabelecimento assistencial.

A diferença entre as situações é concreta. Na remoção inter-hospitalar, o paciente já está sob cuidados em uma unidade e precisa ser levado a outra. No atendimento pré-hospitalar móvel primário, a assistência é acionada para chegar até o paciente, atendê-lo no local da ocorrência e, quando necessário, conduzi-lo ao hospital. A distinção entre atendimento pré-hospitalar móvel primário e secundário está prevista no Capítulo IV da Portaria MS nº 2.048/2002. Essa classificação técnica identifica a natureza do atendimento; a cobertura que a operadora deve oferecer é questão distinta, disciplinada pela legislação da saúde suplementar e pelas condições contratadas.

É essa assistência anterior à chegada ao hospital que a redação aberta do item 3.48 permite exigir. Ao prever ambulância e/ou UTI móvel e atribuir âmbito nacional aos meios de atendimento e deslocamento, a cláusula alcança situações que não estão limitadas à transferência de paciente internado. Por isso, seu conteúdo não pode ser automaticamente equiparado à remoção inter-hospitalar já descrita no item 3.41.

V.2 – Do caráter adicional do APH e de sua distinção da cobertura obrigatória dos planos de saúde

A regulamentação da saúde suplementar não estabelece obrigação geral de atendimento pré-hospitalar móvel primário como serviço de busca e assistência ao beneficiário no local da ocorrência, nem mesmo como cobertura mínima inerente a um plano regional.

A Lei nº 9.656/1998, em seu art. 12, II, "e", assegura, nos planos com cobertura hospitalar, a remoção comprovadamente necessária para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites da abrangência contratada. O dispositivo trata da transferência do paciente para continuidade da assistência. Não institui, por si, um serviço geral de ambulância para buscar o beneficiário onde surgir uma situação de urgência.

A RN ANS nº 490/2022 disciplina hipóteses específicas de remoção. Seu art. 3º, I, estabelece que a remoção de local público ou privado que não seja hospital ou pronto atendimento não é obrigatória, ressalvadas as hipóteses regulatórias de indisponibilidade ou inexistência de prestadores.

Por sua vez, a RN ANS nº 566/2022 relaciona a garantia de atendimento à abrangência do produto e prevê transporte nas situações reguladas de indisponibilidade ou inexistência de prestadores. Nesses casos, disciplinados pelos arts. 4º a 6º, o deslocamento é uma medida para assegurar o acesso ao atendimento devido. A obrigação surge das condições específicas previstas na norma e não equivale à disponibilização geral de um serviço de APH para ocorrências em qualquer localidade do país.

A possibilidade de contratar coberturas adicionais, expressamente admitida pelo art. 4º da RN nº 490/2022, permite incluir a busca e a remoção a partir de locais não hospitalares como benefício suplementar. Trata-se de uma prestação acrescentada ao plano, cuja amplitude territorial é definida na contratação.

A extensão nacional prevista no item 3.48 constitui, portanto, uma exigência adicional da contratação. Sua necessidade não se presume da cobertura hospitalar nem das obrigações de remoção: precisa ser demonstrada em relação ao objeto regional escolhido pela Administração, mediante o planejamento exigido pelo art. 18 da Lei nº 14.133/2021.

V.3 – Da exigência de APH nacional sem justificativa compatível com a necessidade regional identificada

O próprio ETP adota a adequação territorial e o benefício proporcional como critérios da contratação. O item 7.2 reconhece a concentração dos potenciais beneficiários na região e identifica como adequada a solução regional. Os itens 7.4 e 7.11 associam essa escolha à acessibilidade da rede, à necessidade do público beneficiário e à racionalidade econômica, expressamente evitando abrangência territorial superior à necessária. O item 7.13 reforça esse critério ao recomendar que não sejam incorporadas características capazes de elevar o custo da contratação *"sem demonstração de benefício proporcional ao atendimento da necessidade administrativa"*.

A organização do APH depende dessa delimitação territorial. O Capítulo IV da Portaria MS nº 2.048/2002 relaciona a equipe e a frota às necessidades da população de um município ou região e prevê a definição prévia da área de cobertura a partir de fatores demográficos, territoriais, oferta de serviços e fluxos assistenciais. Esse parâmetro técnico evidencia que a abrangência do atendimento deve ser dimensionada em função da população atendida e da organização dos meios necessários para prestar a assistência.

O APH regional é coerente com a organização do acesso à rede assistencial contemplada no objeto. O item 7.3 do ETP prevê assistência em localidades próximas a Sumaré. Nesse contexto, a manutenção do APH na região permite prestar o atendimento inicial e encaminhar o beneficiário, quando necessário, à unidade hospitalar adequada, inclusive situada em outro município da rede regional. Há uma relação concreta entre essa prestação e a organização assistencial escolhida pela Administração.

Sua extensão nacional, entretanto, amplia o território de responsabilidade pela disponibilização dos meios de atendimento e deslocamento, fazendo recair sobre a contratada o dever de viabilizar o atendimento também fora da região em que se concentra a demanda identificada. A adoção dessa abrangência nacional exige, portanto, demonstração do benefício esperado e de sua proporcionalidade.

Apesar dessas justificativas, o planejamento disponibilizado não demonstra qual necessidade específica fundamenta a extensão nacional do atendimento pré-hospitalar nem como essa ampliação se concilia com os critérios adotados para a escolha regional. Falta demonstrar o que a disponibilidade nacional acrescenta ao atendimento da demanda estudada e por que a prestação regional seria insuficiente para essa

finalidade. A mera ampliação da área de cobertura não demonstra, por si, benefício proporcional à obrigação adicional imposta.

A descrição da pesquisa de preços, no item 8.2 do ETP, reporta três referências de mercado para planos de abrangência regional restrita ao eixo Sumaré/Americana, sem explicitar de que forma o componente nacional previsto no item 3.48 foi considerado na avaliação econômica da solução. Essa lacuna alcança o próprio julgamento das propostas. O item 6.7 do edital exige a compatibilidade do preço com o máximo estipulado para a contratação, e o item 6.8.3 prevê a desclassificação das propostas que permaneçam acima desse limite. O Município exige que o preço ofertado comporte também a obrigação nacional do item 3.48, mas não demonstra, nos documentos publicados, a correspondência entre essa prestação adicional e o escopo das referências utilizadas na estimativa. A deficiência compromete a demonstração da adequação do parâmetro econômico empregado para avaliar as propostas.

O art. 18, caput e § 1º, I, III e V, da Lei nº 14.133/2021 vincula a definição dos requisitos da contratação à necessidade administrativa e à justificativa técnica e econômica da solução. A simples inserção da expressão *"âmbito nacional"* no item 3.48 não satisfaz esse dever. Ao estabelecer essa amplitude sem demonstrar sua pertinência à demanda regional descrita, a Administração descumpre os deveres de planejamento e motivação previstos nos arts. 5º e 18 da Lei nº 14.133/2021 e deixa sem sustentação a proporcionalidade da exigência.

V.4 – Da restrição à competição e dos encargos decorrentes da exigência de APH nacional

A exigência nacional do item 3.48 repercute na própria possibilidade de apresentação de proposta compatível com o edital. O ETP integra o instrumento convocatório como apêndice do Termo de Referência, conforme o item 15.11.1.1, e o item 6.8.5 prevê a desclassificação por desconformidade insanável com as exigências do edital ou de seus anexos. Mantida essa obrigação, o interessado precisa assumir seu cumprimento para oferecer uma solução aderente ao objeto exigido.

Desse modo, a capacidade de oferecer o plano regional e o APH na região deixa de ser suficiente para atender às condições da contratação. A proposta deve contemplar, cumulativamente, a disponibilização desse serviço adicional em âmbito nacional. Quem consegue executar a solução regional, mas não pode assumir essa extensão, fica impedido de apresentar uma oferta integralmente compatível com o instrumento convocatório. A exigência interfere, portanto, na participação por meio da obrigação de execução, ainda que não seja apresentada como requisito de habilitação.

A mesma obrigação deve ser considerada na formação do preço. O item 4.3 do edital determina que os valores propostos incluam todos os custos operacionais e demais encargos incidentes sobre a execução do objeto. A proposta precisa, assim, comportar os meios necessários ao atendimento também fora da região em que se concentra a demanda identificada. O alcance nacional acrescenta uma responsabilidade operacional que deve ser considerada na avaliação dos custos.

O art. 9º, I, "a" e "c", da Lei nº 14.133/2021 veda condições que restrinjam indevidamente a competição ou sejam impertinentes ao objeto. O art. 11, I e II, estabelece como objetivos a contratação mais vantajosa e a justa competição. A amplitude nacional de uma prestação adicional precisa, portanto, apresentar justificativa suficiente para o encargo que acrescenta e para a limitação que impõe à disputa.

O Manual de Licitações e Contratos do Tribunal de Contas da União, no tópico 4.1.3, orienta que os requisitos sejam vinculados à necessidade da contratação e não contenham especificações excessivas ou

desnecessárias. Também recomenda reavaliar a indispensabilidade dos requisitos que reduzam significativamente o conjunto de potenciais fornecedores. A abrangência territorial do serviço adicional deve ser examinada sob esse critério, especialmente diante das razões expressamente adotadas pelo ETP para a escolha regional.

O próprio item 15.5 do edital adota a ampliação da disputa como diretriz, preservados o interesse da Administração, a isonomia, a finalidade e a segurança da contratação. No caso, o planejamento identifica uma necessidade regional, enquanto a exigência de APH nacional acrescenta uma condição de execução cujo benefício para essa necessidade não foi demonstrado. A limitação imposta aos interessados ficou, assim, desacompanhada da justificativa técnica e econômica que poderia legitimá-la.

Ao prever alcance nacional sem demonstrar, no planejamento divulgado, sua necessidade e adequação econômica, a Administração impõe uma condição adicional de execução restritiva da disputa, em desacordo com os arts. 5º, 9º, I, "a" e "c", 11, I e II, e 18 da Lei nº 14.133/2021. A irregularidade reside na ampliação territorial desprovida dessa fundamentação, permanecendo preservadas a pertinência do APH regional e as obrigações de remoção e transporte asseguradas pela regulamentação aplicável. Requer-se, portanto, a retificação do item 3.48 do ETP, com a exclusão da exigência de atendimento pré-hospitalar em âmbito nacional e a delimitação expressa desse serviço à abrangência regional prevista no item 8.14.1 do Termo de Referência, mantendo-se a disponibilidade de ambulância e/ou UTI móvel durante 24 horas. A retificação deverá assegurar correspondência entre as obrigações assistenciais publicadas e o escopo utilizado na estimativa de preços.

VI – DAS DEMAIS IRREGULARIDADES DO INSTRUMENTO CONVOCATÓRIO

VI.1 – Das remissões indevidas à Lei nº 8.666/1993

O instrumento convocatório utiliza dispositivos da Lei nº 8.666/1993, já revogada, para fundamentar regras de diligência e de responsabilidade contratual, embora estabeleça expressamente que a contratação será regida pela Lei nº 14.133/2021.

No Estudo Técnico Preliminar — ETP, integrante do instrumento como Apêndice I do Termo de Referência, o item 3.27 invoca o art. 43, § 3º, da Lei nº 8.666/1993 como fundamento das diligências destinadas à verificação das informações relativas à rede assistencial, enquanto o item 3.31 remete ao art. 70 do mesmo diploma para disciplinar a responsabilidade da contratada pelos danos causados à contratante ou a terceiros. As referências integram, portanto, comandos destinados à verificação da rede ofertada e à definição das responsabilidades decorrentes da execução contratual.

A Lei nº 8.666/1993 foi revogada em 30 de dezembro de 2023, nos termos do art. 193, II, "a", da Lei nº 14.133/2021, com a redação dada pela Lei Complementar nº 198/2023. Sua invocação como fundamento desses comandos é incompatível com o regime jurídico aplicável ao Pregão Eletrônico nº 54/2026. Ao manter essas remissões, a Administração atribui às regras de diligência e de responsabilidade contratual fundamentos que não regem a contratação, violando os princípios da legalidade e da segurança jurídica, previstos no art. 5º da Lei nº 14.133/2021. Os licitantes devem encontrar, nas condições publicadas, a indicação correta dos parâmetros legais aplicáveis à comprovação da rede e às responsabilidades da futura contratada.

VI.2 – Das previsões de retenção, execução e perda de garantias expressamente dispensadas

O instrumento convocatório contém previsões inexequíveis de retenção e execução de garantia contratual cuja constituição foi expressamente dispensada. O item 7.3 do Termo de Referência dispensa expressamente a prestação de garantia contratual, mediante decisão motivada nos subitens 7.3.1 a 7.3.3. A mesma opção é confirmada pela cláusula 11.1 da minuta contratual, segundo a qual não haverá exigência de garantia de execução.

Contudo, o item 3.53.1 do ETP prevê a execução dessa garantia como consequência do descumprimento da obrigação de manutenção das condições de habilitação e qualificação. A cláusula 13.6.1 da minuta contratual também autoriza a retenção da garantia prestada para execução nos casos de obrigação de pagamento de multa pela contratada. A cláusula 8.1.12, por sua vez, determina a notificação dos emitentes das garantias quando instaurado processo administrativo para apuração de descumprimento contratual. Essas disposições pressupõem a existência de uma garantia que o próprio instrumento decidiu não exigir.

Nos termos do art. 96 da Lei nº 14.133/2021, a exigência de garantia depende de decisão da autoridade competente e de previsão no edital. Tendo a Administração optado motivadamente por sua dispensa, as previsões de retenção e execução carecem de objeto. A inclusão desses mecanismos no ETP e na minuta não constitui a garantia dispensada nem lhes confere possibilidade de aplicação nas condições estabelecidas para a contratação.

A contradição está presente dentro da própria minuta contratual, que dispensa a garantia na cláusula 11.1 e autoriza sua retenção e execução na cláusula 13.6.1. Essa disciplina viola o art. 89, § 2º, da Lei nº 14.133/2021, que exige clareza e precisão na definição das condições de execução e dos direitos, obrigações e responsabilidades das partes. A mesma incompatibilidade alcança a obrigação de notificar emitentes de uma garantia que não será constituída segundo as regras da contratação.

A incoerência também alcança a garantia de proposta. O item 6.46 do Termo de Referência dispensa expressamente sua exigência como requisito de pré-habilitação, enquanto o item 13.9 do edital prevê a perda imediata dessa garantia em favor da Administração na hipótese de recusa injustificada de assinatura do contrato. Trata-se de garantia distinta daquela destinada à execução contratual, mas igualmente dispensada pelo instrumento convocatório. O edital prevê, assim, a perda de uma garantia cuja constituição não exige. Impõe-se a retificação dos dispositivos incompatíveis com as dispensas publicadas, com a supressão da previsão de perda da garantia de proposta no item 13.9 do edital, da execução da garantia contratual no item 3.53.1 do ETP e das previsões de notificação, retenção e execução constantes das cláusulas 8.1.12 e 13.6.1 da minuta contratual.

VI.3 – Da falta de compatibilização dos prazos de 30 dias e cinco dias para a contratação

O instrumento convocatório não compatibiliza o prazo concedido para cumprir a condição hospitalar com o prazo exigido para assinatura do contrato administrativo. O item 6.38 do Termo de Referência concede à vencedora, após a adjudicação, 30 dias para apresentar contrato com hospital no Município de Sumaré, estabelecendo essa apresentação como condição para assinar o contrato com a Prefeitura. O item 8.2.1 do edital, por sua vez, determina que, após a homologação e a adjudicação, a vencedora assine o instrumento contratual em cinco dias contados da convocação.

Ao tornar a apresentação do contrato hospitalar indispensável à assinatura, a própria Administração vincula a formalização da contratação ao cumprimento de uma obrigação para a qual concede 30 dias.

Entretanto, não estabelece como a convocação e o prazo de cinco dias se articulam com essa condição. O prazo para assinar pode, assim, vencer enquanto ainda estiver em curso o prazo concedido para apresentar o documento que o próprio edital exige como pressuposto da assinatura. A aplicação dessas disposições pode antecipar, na prática, o cumprimento da obrigação hospitalar, esvaziando o prazo previsto no Termo de Referência.

A inconsistência é agravada pelo item 8.2.2 do edital, que qualifica o descumprimento do prazo de assinatura como descumprimento total da obrigação assumida e sujeita a adjudicatária às sanções legais. O instrumento associa consequências sancionatórias à falta de assinatura sem definir de maneira coerente quando essa assinatura se torna exigível diante da condição que ele próprio impôs. A indefinição alcança, portanto, o cumprimento das obrigações necessárias à contratação e as consequências atribuídas ao seu não atendimento.

Essa deficiência viola a disciplina dos arts. 25 e 90 da Lei nº 14.133/2021. O primeiro exige que o edital estabeleça as regras de convocação e penalidades; o segundo determina que a convocação para contratar observe os prazos e as condições definidos no instrumento convocatório. A Administração deve estabelecer uma disciplina coerente entre a condição prévia à contratação, o prazo para atendê-la e a exigência de assinatura, em vez de manter disposições cuja aplicação pode antecipar o vencimento de uma obrigação expressamente submetida a prazo próprio. Requer-se, portanto, a retificação coordenada dos itens 6.38 do Termo de Referência e 8.2.1 e 8.2.2 do edital, para que a convocação para assinatura ocorra após a comprovação da condição hospitalar, resguardado o prazo de 30 dias contado da adjudicação para apresentá-la. O prazo de cinco dias para assinatura deverá ser contado dessa convocação, e as consequências sancionatórias deverão observar essa sequência. Essa disciplina temporal deverá ser compatibilizada com a adequação da exigência hospitalar requerida no Capítulo II.

DOS PEDIDOS

Diante das ilegalidades demonstradas e dos documentos apresentados, a Impugnante requer o conhecimento da presente impugnação, por ser tempestiva e apresentada por parte legítima, nos termos do art. 164 da Lei nº 14.133/2021 e do item 14.1 do Edital.

No mérito, requer o acolhimento integral da impugnação quanto às ilegalidades demonstradas nos Capítulos I a VI, com a retificação coordenada do Edital e de seus anexos e a adequação dos documentos de planejamento, mediante a implementação das exclusões, correções e complementações indicadas na fundamentação.

Requer, ainda, a suspensão imediata da sessão pública designada para 10 de novembro de 2026, mediante decisão motivada, nos termos do item 14.4.1 do Edital, impedindo-se a abertura das propostas e a realização da disputa sob as condições impugnadas. A retomada da disputa deverá ocorrer somente após o saneamento das irregularidades e a republicação do Edital e dos anexos retificados, com definição de nova data e reabertura integral do prazo para apresentação das propostas, nos termos do art. 55, § 1º, da Lei nº 14.133/2021 e do item 14.5 do Edital.

Termos em que,

P. deferimento.

São Paulo, 5 de novembro de 2026.

gov.br Documento assinado digitalmente
FABIOLA ABREU BONSAGLIA
Data: 05/11/2026 09:00:23-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

BONSAGLIA CONSULTORIA, ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA.

CNPJ nº 07.955.239/0001-64