SERVIÇO INTERNO AAJ N.º 82/2026

DE: PROCURADORIA JURÍDICA

PARA: SECRETARIA GERAL

Assunto: Impugnação ao Edital do Pregão Eletrônico n.º 005/2026-R – Processo Administrativo n.º 014/2026-CMA – Contratação de operadora de plano de assistência à saúde – Impugnante: Hapvida Assistência Médica S.A. (CNPJ n.º 63.554.067/0001-98)

EMENTA: DIREITO ADMINISTRATIVO. LICITAÇÕES E CONTRATOS. LEI FEDERAL N.º 14.133/2021. PREGÃO ELETRÔNICO. OPERADORA DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. IMPUGNAÇÃO AO EDITAL. TEMPESTIVIDADE. (1) REAJUSTE PELO IPC-FIPE SAÚDE: ÍNDICE SETORIAL (ART. 25, § 7º). VCMH: INEXISTÊNCIA DE OBRIGATORIEDADE DE SUA ADOÇÃO. EXISTÊNCIA DE REAJUSTE TÉCNICO POR SINISTRALIDADE. (2) ASSISTÊNCIA DOMICILIAR E REMOÇÃO AEROMÉDICA: O ROL DA ANS É COBERTURA MÍNIMA, E NÃO TETO. LEGITIMIDADE DA DEFINIÇÃO MOTIVADA DO OBJETO. SÚMULA 90 DO TJSP. (3) ACREDITAÇÃO HOSPITALAR: OBRIGAÇÃO DE EXECUÇÃO, COM PLURALIDADE DE CERTIFICADORAS. (4) REDE ASSISTENCIAL MÍNIMA: ELEMENTO CENTRAL DO OBJETO, EXIGIDO PELO TCE-SP. (5) QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA: CUMULAÇÃO DE ÍNDICE DE SOLVÊNCIA E PATRIMÔNIO LÍQUIDO MÍNIMO ADMITIDA (ART. 69, § 4º, E ACÓRDÃO TCU N.º 2.724/2025 – PLENÁRIO). PARECER PELO CONHECIMENTO E INDEFERIMENTO DA IMPUGNAÇÃO, COM ESCLARECIMENTOS.

PARECER JURÍDICO

I – RELATÓRIO

Trata-se de impugnação apresentada por **Hapvida Assistência Médica S.A.** ao Edital do Pregão Eletrônico n.º 005/2026-R (Processo Administrativo n.º 014/2026-CMA). O objeto é a contratação de operadora de plano de assistência à saúde, constituída sob a modalidade de sociedade civil, sociedade comercial ou cooperativa,

registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para prestação continuada de assistência médico-hospitalar aos servidores ativos, inativos e dependentes da Câmara Municipal de Americana. O valor estimado é de R$ 1.878.327,72 para 12 (doze) meses, calculado com base em 254 beneficiários.

A impugnação, datada de 20 de outubro de 2026 e fundada no item 25.1 do edital, requer a reforma do instrumento convocatório, sua republicação e a reabertura do prazo de propostas. Insurge-se contra os seguintes pontos:

1. **Reajuste (item 3.14 do Termo de Referência):** substituição do IPC-FIPE Saúde pela Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCMH/IESS).
2. **Assistência domiciliar – *home care* (item 3.3.2, "e"):** exclusão, por não integrar o rol de procedimentos da ANS (Parecer ANS n.º 05/2021).
3. **Remoção aeromédica (item 3.3.3, "j"):** exclusão, por ser cobertura extra rol e onerosa; invoca a Portaria MS/GM n.º 1.864/2003 (SAMU) e a RN ANS n.º 347/2014.
4. **Acreditação hospitalar (item 3.7.1):** exclusão da exigência de hospital geral acreditado em Americana, por ser voluntária a adesão ao QUALISS (RN ANS n.º 510/2022).
5. **Rede assistencial (item 3.7.2):** exclusão ou adequação do mínimo de 3 (três) profissionais em pelo menos metade das especialidades médicas, por desproporcionalidade.
6. **Qualificação econômico-financeira (itens 3.3.1 e 3.3.3 do Anexo III):** conversão da exigência cumulativa de Índice de Solvência Geral ≥ 1,0 e de patrimônio líquido ou capital mínimo de 10% em exigência alternativa; invoca a IN SLTI/MPOG n.º 02/2010, o Acórdão TCU n.º 247/2003 e o art. 69, § 6º, da Lei n.º 14.133/2021.

Instado pelo Pregoeiro, o setor demandante, responsável pelo Estudo Técnico Preliminar e pelo Termo de Referência, manifestou-se em 22 de outubro de 2026 (Sr. Luciano Alves Freitas) pela manutenção integral dos itens relativos aos pontos 2 a 5. Fundamentou-se na discricionariedade técnica para definir o objeto, em precedentes do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, na competência do médico assistente para

indicar as coberturas, no custo estimado de cerca de 0,70% do gasto médio mensal para o modal aeromédico e no Programa QUALISS.

O Pregoeiro designado, Sr. Gilberto Hackmann, em relatório de 23 de outubro de 2026, reconheceu a tempestividade e enfrentou diretamente os pontos 1 e 6, invocando o caráter setorial do IPC-FIPE Saúde, sua adoção por outros órgãos públicos, o Acórdão TCU n.º 2.724/2025 – Plenário e o ETP. Para os demais pontos, adotou a manifestação técnica e esclareceu que os profissionais exigidos no item 3.7.2 integram a rede geral da operadora, sem exclusividade para este contrato. Concluiu pelo indeferimento total e submeteu a matéria à autoridade superior.

É o relatório.

II – ANÁLISE JURÍDICA

II.1 – Limites desta manifestação

A presente análise insere-se no controle de legalidade previsto no art. 53 da Lei Federal n.º 14.133/2021. Não compete a esta Procuradoria substituir o setor técnico na definição das características do objeto, da extensão da cobertura assistencial, da composição da rede ou dos parâmetros econômicos. Cabe-lhe verificar se tais escolhas encontram amparo legal, guardam pertinência com a necessidade administrativa e estão devidamente motivadas nos autos.

Ressalte-se, desde logo, que a definição do objeto é ato próprio da fase preparatória (artigos 18 e 40 da Lei n.º 14.133/2021), orientado pelo interesse público e pelas necessidades dos beneficiários, e não pela conveniência comercial de determinada licitante. A impugnação não se presta a adequar o objeto ao produto que a impugnante prefere ofertar.

A preservação da competitividade, por sua vez, não significa que a Administração esteja obrigada a contratar a solução mais elementar ou o menor padrão de qualidade disponível no mercado. O que se veda são condições impertinentes, desnecessárias ou desproporcionais, capazes de restringir injustificadamente o universo de competidores. É sob essas premissas que se examinam os pontos suscitados.

II.2 – Admissibilidade, tempestividade e prazo de resposta

Nos termos do art. 164, *caput*, da Lei n.º 14.133/2021 e do item 25.1 do edital, qualquer pessoa é parte legítima para impugnar o edital por irregularidade na aplicação da lei, devendo protocolar o pedido até 3 (três) dias úteis antes da data de abertura do certame. A impugnação, datada de 20 de outubro de 2026, foi apresentada contra o edital publicado em 13 de outubro de 2026, cuja sessão pública estava designada para 29 de outubro de 2026, e foi apreciada pelo Pregoeiro em 23 de outubro de 2026. É, portanto, tempestiva, e a impugnante é parte legítima.

Em 21 de outubro de 2026, o edital foi republicado, com a supressão da expressão "com cobertura de custos por meio de reembolso" da descrição do objeto e a redesignação da sessão pública para 9 de novembro de 2026. A republicação não alterou nenhum dos itens impugnados. A impugnação conserva, assim, seu objeto e é examinada à luz do edital republicado.

O parágrafo único do art. 164 determina que a resposta seja divulgada em sítio eletrônico oficial no prazo de até 3 (três) dias úteis, limitado ao último dia útil anterior à data da abertura do certame. Considerada a nova data da sessão, a decisão deve ser publicada, no máximo, até 6 de novembro de 2026.

A impugnação não tem efeito suspensivo automático. Somente a alteração do edital que comprometa a formulação das propostas exigiria nova divulgação e reabertura de prazos (art. 55, § 1º, da Lei n.º 14.133/2021), o que, como se verá, não é o caso.

II.3 – Índice de reajuste: legalidade do IPC-FIPE Saúde (ponto 1)

A impugnante sustenta que o IPC-FIPE Saúde seria insuficiente para manter o equilíbrio econômico-financeiro e postula sua substituição pela VCMH. Sem razão.

O art. 25, § 7º, da Lei n.º 14.133/2021 exige que o edital preveja índice de reajustamento de preço, com data-base vinculada à data do orçamento estimado, "com a possibilidade de ser estabelecido mais de um índice específico ou setorial, em conformidade com a realidade de mercado dos respectivos insumos". No mesmo sentido,

o art. 2º da Lei n.º 10.192/2001, invocado pela própria impugnante, admite reajuste por índices de preços gerais, setoriais ou que reflitam a variação dos custos de produção. A lei não impõe um índice determinado nem atribui à licitante a sua escolha.

O IPC-FIPE Saúde atende plenamente a essa exigência. Trata-se de índice setorial, apurado por instituição acadêmica independente (Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas – FIPE/USP), de metodologia pública e ampla aceitação. Como demonstrado pelo Pregoeiro, é adotado em contratações de mesmo objeto pelo próprio Tribunal de Contas do Estado de São Paulo e por diversos entes municipais.

A VCMH, ao contrário, não é índice de preços. É calculada pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – IESS, entidade vinculada ao setor de saúde suplementar, e incorpora não apenas a variação de preços, mas também a variação da frequência de utilização dos serviços, como reconhece a impugnante. Funciona, assim, como indicador atuarial de custo das carteiras das operadoras. Adotá-la como índice de reajuste transferiria à Administração, de forma automática e sem verificação, o risco de sinistralidade, que integra a álea ordinária do negócio da operadora.

O risco de aumento da utilização não ficou, contudo, desamparado. O edital já prevê mecanismo próprio e mais preciso para ele: o reajuste técnico do item 3.14.2, "b", do Termo de Referência. Ele é aplicável quando a sinistralidade acumulada em 12 (doze) meses ultrapassar 70% (setenta por cento) dos valores pagos à operadora, mediante pedido fundamentado, memória de cálculo e demonstrativo de receitas e despesas assistenciais (itens 3.14.4 e 3.14.5). Assim, a variação de preços é recomposta pelo índice setorial, e a variação de utilização, quando efetivamente comprovada, pelo reajuste técnico. Situações extraordinárias encontram, ainda, remédio na revisão prevista no art. 124, II, "d", da Lei n.º 14.133/2021.

Esse desenho é compatível com o entendimento do TCE-SP. No julgamento dos Processos TC-00022690.989.25-6 e TC-00022779.989.25-0 (Tribunal Pleno, sessão de 04/02/2026, Rel. Cons. Renato Martins Costa), cuja cópia instrui estes autos, o Tribunal afastou a impugnação dirigida a cláusula que combinava índice geral (IPCA-E) com fórmula de recomposição por sinistralidade, registrando que tais dispositivos, "ao menos em tese, atendem às exigências da Lei 14.133/2021". Com maior razão se sustenta o modelo deste edital, que adota índice setorial.

Os precedentes e a doutrina invocados pela impugnante também não lhe aproveitam. Os Acórdãos TCU n.º 73/2010 e n.º 2.205/2016 – Plenário, bem como a lição de Marçal Justen Filho transcrita na peça, tratam da ausência de critério de reajuste no edital e da necessidade de defini-lo na fase preparatória. Não é o caso. O edital disciplina o reajuste de forma completa, como reproduz a própria impugnante:

- periodicidade mínima de 12 (doze) meses, com data-base vinculada à data do orçamento estimado (item 3.14.1);
- índice setorial definido, o IPC-FIPE Saúde (item 3.14.2, "a");
- reajuste técnico por sinistralidade (item 3.14.2, "b");
- regra para eventual descontinuidade do índice (item 3.14.3).

A mera preferência da licitante por outro indicador não converte em ilegal o critério adotado. Também não há risco de propostas inexequíveis, pois todas as licitantes conhecem previamente os mecanismos de recomposição e podem precificá-los. Fica igualmente atendida a exigência do art. 37, XXI, da Constituição Federal, de manutenção das condições efetivas da proposta.

Conclusão: improcedente a impugnação neste ponto.

II.4 – Coberturas adicionais ao rol da ANS: assistência domiciliar e remoção aeromédica (pontos 2 e 3)

A tese central da impugnante é que a Administração não poderia exigir coberturas não previstas no rol de procedimentos da ANS. A premissa é equivocada.

O rol é piso, e não teto. A Lei n.º 9.656/1998 define o plano-referência a partir de "exigências mínimas" (art. 10, *caput*), e o rol atualizado pela ANS constitui a "referência básica" para os planos (art. 10, § 12, com redação da Lei n.º 14.454/2022). O rol fixa, portanto, o que a operadora é obrigada a cobrir em qualquer contrato. Não limita o que as partes podem pactuar a mais. O próprio Parecer ANS n.º 05/2021, invocado pela impugnante, afirma apenas que as operadoras não estão obrigadas a oferecer atenção domiciliar como cobertura mínima. Em momento algum afirma que estejam impedidas de contratá-la.

O julgamento da ADI n.º 7.265 pelo Supremo Tribunal Federal, concluído em 18 de setembro de 2025, não altera essa conclusão. A Corte declarou constitucional a Lei n.º 14.454/2022, com interpretação conforme, e fixou critérios cumulativos para que a operadora seja compelida a cobrir tratamentos fora do rol. O precedente trata da obrigação legal mínima das operadoras e mantém o rol como lista de referência com taxatividade mitigada. Não trata da liberdade de contratar coberturas adicionais expressamente previstas no contrato. O fundamento desta manifestação é, portanto, a possibilidade legal de ampliação contratual da cobertura, e não eventual caráter exemplificativo do rol.

A definição das coberturas é escolha legítima e motivada da Administração. O TCE-SP tem reiteradamente reconhecido que cabe ao gestor, no exercício de sua discricionariedade, definir o produto que pretende obter do mercado para garantir aos beneficiários um padrão mínimo de qualidade (TC-017328/026/07, sessão de 18/05/2010, Rel. Substituta de Conselheiro Maria Regina Pasquale; TC-034894/026/06, Tribunal Pleno, sessão de 05/11/2008, Rel. Cons. Renato Martins Costa). As coberturas impugnadas foram previstas no ETP e no Termo de Referência, aplicam-se igualmente a todas as licitantes e podem ser executadas por rede própria ou contratada. Não há restrição à competitividade pelo simples fato de a cobertura ultrapassar o mínimo regulatório.

As duas coberturas têm, ainda, um limite objetivo: dependem de indicação e justificativa do médico assistente. Como destacou o setor demandante, não cabe à Administração, nem à operadora, substituir o julgamento clínico sobre a necessidade desses serviços. A Resolução CFM n.º 2.217/2018 (Código de Ética Médica) veda que interesses pecuniários do financiador da assistência interfiram na escolha dos melhores meios de diagnóstico e tratamento.

Assistência domiciliar. Segundo o setor demandante, a cobertura já integra o contrato atualmente vigente. Sua manutenção preserva a continuidade da assistência prestada aos beneficiários. Além disso, a jurisprudência paulista consolidou que, "havendo expressa indicação médica para a utilização dos serviços de *home care*, revela-se abusiva a cláusula de exclusão inserida na avença" (Súmula n.º 90 do TJSP). Ou seja, a exclusão pretendida pela impugnante não eliminaria o risco, apenas o deslocaria para a via judicial. A previsão expressa, ao contrário, confere previsibilidade e permite que

todas as licitantes precifiquem o risco de forma isonômica. A alegada ausência de limitação temporal é suprida pela própria vinculação à prescrição médica, que define a duração e a modalidade do atendimento.

Remoção aeromédica. O item 3.3.3, "j", trata de remoção inter-hospitalar do paciente para outro estabelecimento, em qualquer localidade do território nacional, inclusive por modal aeromédico, quando solicitada e justificada pelo médico assistente. As normas invocadas pela impugnante não a socorrem:

- A RN ANS n.º 347/2014 disciplina as hipóteses em que a remoção é obrigatória, como cobertura mínima. Não proíbe que o contrato preveja cobertura mais ampla.
- O SAMU (Portaria MS/GM n.º 1.864/2003) é serviço público de atendimento pré-hospitalar de urgência. Não se confunde com a remoção inter-hospitalar de beneficiário já internado. Ademais, a utilização do SUS por beneficiários de planos privados gera dever de ressarcimento pela operadora (art. 32 da Lei n.º 9.656/1998). O sistema não admite, portanto, que a operadora transfira ao serviço público a assistência que lhe foi contratada.

Quanto à alegada onerosidade, o setor demandante informou que, para a operadora que atualmente presta os serviços, a inclusão do modal aeromédico representaria acréscimo de aproximadamente 0,70% do gasto médio mensal do contrato. Trata-se de impacto reduzido diante do benefício assistencial em situações de alta complexidade. O fato de a impugnante precisar contratar prestador especializado para compor sua rede também não configura ilegalidade, pois a cobertura pode ser executada por rede própria ou contratada pela operadora (item 3.7.2 do Termo de Referência), prática corrente no setor.

A impugnante afirma ainda que, sem a assistência domiciliar, o beneficiário não ficaria desamparado, pois poderia recorrer à rede hospitalar. O argumento confirma, em vez de afastar, a pertinência da cobertura. Quando indicada pelo médico assistente, a atenção domiciliar substitui ou abrevia a internação hospitalar, que a operadora teria de custear de qualquer forma. Também não procede a qualificação da remoção aeromédica como serviço "de luxo". Trata-se de recurso reservado a situações de

alta complexidade, condicionado à justificativa médica, em que o meio de transporte pode ser determinante para a preservação da vida do paciente. A cláusula não assegura conforto, e sim acesso a atendimento em situações críticas.

Conclusão: improcedente a impugnação nos pontos 2 e 3.

II.5 – Acreditação hospitalar (ponto 4)

O item 3.7.1 do Termo de Referência estabelece que a operadora "deverá manter, durante toda a vigência contratual", rede assistencial em Americana em que ao menos um hospital geral possua acreditação em programa de qualidade. A acreditação deve ser comprovada por certificado de entidade acreditadora reconhecida no âmbito do QUALISS (RN ANS n.º 510/2022). A impugnante sustenta que a exigência seria ilegal porque a adesão dos prestadores ao programa é voluntária. O argumento não procede, por quatro razões.

Primeiro, não se trata de requisito de habilitação, mas de obrigação de execução. A cláusula não afasta nenhuma licitante na fase de julgamento ou habilitação. Disciplina o padrão de qualidade da rede que a contratada deverá manter durante o contrato. Seu impacto sobre a competitividade é, por isso, substancialmente menor do que o sugerido pela impugnante. Por isso mesmo, não se aplica ao caso a lição doutrinária invocada pela impugnante, que trata das exigências de habilitação, e não das obrigações de execução contratual.

Segundo, a exigência é objetiva e plural. O edital admite certificados de diversas metodologias e entidades acreditadoras, entre elas ONA, JCI, QMENTUM, NIAHO/DIAS, ACSA, CHKS, AACI, PALC-SBPC/ML, SNA-DICQ, PACQ-SBP e PADI. Não há vinculação a certificadora específica nem a prestador determinado.

Terceiro, o caráter voluntário da acreditação não impede que ela seja adotada como parâmetro contratual. O art. 2º da RN ANS n.º 510/2022 qualifica como voluntária a participação dos prestadores no programa. A norma não disciplina, nem restringe, os critérios de qualidade que um contratante pode exigir da operadora na composição de sua rede. A ANS detém competência legal para "estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras" (art. 4º, V, da

Lei n.º 9.961/2000). Ao adotar o referencial oficial do órgão regulador, a Administração escolheu o critério mais objetivo e imparcial disponível, baseado em avaliação por instituições com competência reconhecida pelo INMETRO ou pela ISQua. Esse é precisamente o oposto de uma exigência subjetiva ou arbitrária.

Quarto, a localização do hospital acreditado em Americana é inerente ao objeto. A impugnante sustenta que a restrição se agravaria por exigir que o hospital esteja no município. Ocorre que os beneficiários são servidores da Câmara Municipal de Americana e seus dependentes, que aqui trabalham e, em regra, residem. Exigir que a referência hospitalar de qualidade esteja no município-sede atende à acessibilidade geográfica, que o TCE-SP aponta como componente essencial da rede assistencial. Tanto assim que, no já citado caso de Araras, o Tribunal determinou que a Administração considerasse o domicílio dos beneficiários ao definir a rede exigida.

A exigência tem respaldo no ETP, segundo o qual a contratação deve considerar "a qualidade dos serviços efetivamente disponibilizados aos beneficiários". É também proporcional, pois se limita a um único hospital geral no município-sede. O precedente do TCU invocado pela impugnante não lhe aproveita. O Acórdão n.º 2.441/2017 – Plenário (TC 021.485/2017-8, Rel. Min. Aroldo Cedraz, sessão de 01/11/2017) examinou pregão para aquisição de equipamentos de *data center* pela Amazonas Geração e Transmissão de Energia S.A. O certame foi anulado por exigências sem relação com o caso presente: declaração do fabricante de que a licitante era revenda autorizada, sistema operacional específico já instalado nos servidores, cláusulas contraditórias e agrupamento de itens sem justificativa para o não parcelamento. A orientação extraída do voto é que cláusulas com potencial restritivo devem estar fundamentadas em estudos prévios que indiquem sua necessidade para atender às necessidades específicas do órgão, "sejam de ordem técnica ou econômica". O próprio Tribunal reconheceu, na instrução incorporada ao voto, que a escolha técnica da Administração "é plausível, desde que fundamentada em estudo prévio na fase de planejamento". Além disso, o motivo determinante da anulação foi a contradição entre o edital e o termo de referência, usada para desclassificar a licitante de menor preço, vício que não existe no presente certame. Aqui, ademais, há a fundamentação exigida pelo TCU: a exigência de acreditação decorre de motivação técnica expressa no ETP, não vincula marca ou fornecedor e admite múltiplas certificadoras.

Não há nos autos demonstração de que o requisito seja inviável ou direcionado a determinada operadora (art. 9º, I, "a", da Lei n.º 14.133/2021).

Conclusão: improcedente a impugnação neste ponto.

II.6 – Rede assistencial mínima (ponto 5)

A impugnante alega que a exigência do item 3.7.2 seria desproporcional a um universo estimado de 260 beneficiários. O item exige, na rede ambulatorial, no mínimo 3 (três) profissionais em pelo menos metade das especialidades médicas reconhecidas pelo CFM, incluídas cardiologia, clínica médica, dermatologia, endocrinologia, ginecologia e obstetrícia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pediatria e urologia.

A fixação de rede mínima não é apenas lícita: é exigida pelo controle externo. No já citado julgamento dos Processos TC-00022690.989.25-6 e TC-00022779.989.25-0 (sessão de 04/02/2026), o TCE-SP sustou cautelarmente o pregão de outro município paulista justamente pela ausência de especificação de rede credenciada mínima. O Tribunal determinou que o edital fosse aprimorado para especificar a quantidade mínima de estabelecimentos e prestadores. Assentou o Pleno:

> *"Na contratação de operadoras de planos de saúde, a rede credenciada é elemento central do objeto, pois envolve a qualidade do serviço oferecido (capacidade técnica dos prestadores); a acessibilidade geográfica para os atendimentos (distância dos usuários aos pontos de atendimento); a disponibilidade de oferta (quantidade de prestadores para atender a demanda); e o custo efetivo da operação (redes mais amplas e qualificadas tendem a ser mais onerosas). Sem a definição de parâmetros mínimos de rede, as operadoras participantes poderão apresentar propostas baseadas em configurações assistenciais de tal sorte distintas que impossibilitam a comparação objetiva dos preços ofertados."*

O edital desta Câmara observa exatamente essa orientação. Suprimir ou esvaziar o parâmetro mínimo, como pretende a impugnante, é que exporia o certame a questionamento.

Esse entendimento é antigo e consolidado no TCE-SP. No TC-034894/026/06 (Tribunal Pleno, sessão de 05/11/2008, Rel. Cons. Renato Martins Costa),

o Tribunal deu provimento a recurso para julgar regulares pregão e contrato de plano de saúde que exigiam rede credenciada mínima. A ementa registra:

> *"Considerando as coberturas básicas que a norma especial impõe às operadoras de planos e seguros de saúde, não se afigura desarrazoado exigir das licitantes que comprovem dispor de rede de hospitais e laboratórios credenciados em quantidade e qualidade determinadas."*

Na ocasião, o Tribunal recomendou que a lista de credenciados não fosse exigida como condição de participação, e sim em momento posterior. O edital desta Câmara segue essa orientação: o item 3.7.2 determina que a rede seja comprovada em guia médico "a ser apresentado até a assinatura do contrato", e não na habilitação.

O precedente é particularmente pertinente porque a exigência então examinada era mais rigorosa que a deste edital, e de mesma natureza. O edital da EMPLASA exigia, na fase de habilitação, "relação de pelo menos 3 (três) médicos e/ou consultórios [...] credenciados ou próprio, para as especialidades médicas e serviços indicados", além de rol nominal de hospitais e laboratórios na Capital. Apenas uma empresa compareceu à disputa, circunstância que a recorrente atribuiu ao perfil do grupo de beneficiários, pequeno, com idade média de 54 anos e alta sinistralidade. Ainda assim, o Pleno reformou a decisão da Segunda Câmara e julgou regulares o pregão e o contrato. O relator registrou que a operadora habilitada a atuar no mercado "obriga-se a prestar seus serviços nos termos, no mínimo, do plano-referência" e que, sem tais exigências, a Administração correria "sério risco de ajustar negócio repleto de limitações, em desfavor, portanto, dos destinatários finais".

O item 3.7.2 deste edital adota o mesmo parâmetro de 3 (três) profissionais, mas de forma mais branda: aplica-o a metade das especialidades, não o exige como requisito de habilitação e o considera sobre a rede geral da operadora.

O mesmo entendimento foi aplicado no TC-017328/026/07 (sessão de 18/05/2010, Rel. Substituta de Conselheiro Maria Regina Pasquale). O caso envolvia pregão da Fundação Pró-Sangue Hemocentro de São Paulo em que uma operadora foi desclassificada por não oferecer dois hospitais exigidos no edital. O TCE-SP julgou regulares a licitação e o contrato, assentando que "faz parte do poder discricionário da Administração definir o produto ou serviço que a instituição pretende obter do mercado para

garantir aos beneficiários um mínimo de qualidade no atendimento". Na mesma decisão, transcreveu as razões do Cons. Renato Martins Costa no TC-034894/026/06:

> *"Entendo absolutamente inserto no campo da discricionariedade exigir-se proposta baseada no oferecimento de serviços em estabelecimentos dotados de maior estrutura e nível de excelência médica, não cabendo censura ao objetivo de se garantir aos beneficiários um standard mínimo de qualidade no atendimento. Ademais, diferente não é a hipótese em que qualquer um de nós, ao agregar-se a determinado plano ou seguro, busca selecionar a operadora dos serviços a partir do tamanho e da qualidade da rede credenciada de hospitais e profissionais oferecida."*

O edital desta Câmara é, aliás, menos exigente que os examinados nesses precedentes. Não indica hospitais nominalmente, mas apenas quantitativos mínimos de profissionais e um padrão objetivo de qualidade.

A exigência é proporcional. Como esclareceu o Pregoeiro com base na manifestação técnica, os profissionais exigidos integram a rede geral da operadora. Não se destinam com exclusividade aos beneficiários desta Câmara nem implicam contratação específica para este ajuste. Três profissionais por especialidade representam, conforme registrado pelo Pregoeiro, patamar mínimo destinado a assegurar efetiva disponibilidade de atendimento. O parâmetro não se refere à manutenção de profissionais exclusivos para as vidas vinculadas ao contrato, mas à composição da rede ordinária disponibilizada pela operadora. A impugnante, ao relacionar o número de médicos ao número de beneficiários, parte de premissa que o edital não adota. A finalidade do requisito é evitar que parcela relevante das especialidades dependa de um único profissional, situação que comprometeria o atendimento em hipóteses ordinárias de férias, afastamentos, incompatibilidade de agenda, descredenciamento ou aumento eventual da demanda.

Os precedentes do TCU citados pela impugnante, relativos a vales-alimentação e a gerenciamento de combustíveis, não vedam a fixação de rede mínima. Exigem que o quantitativo observe a razoabilidade e esteja fundamentado no processo, o que se verifica no caso.

A impugnante insinua, por fim, que a exigência poderia indicar direcionamento do certame, com reflexos em improbidade. A alegação é genérica e não vem acompanhada de nenhum elemento concreto. Não se aponta qual operadora seria favorecida nem por que outras estariam impedidas de atender ao requisito. O critério é

objetivo, de conhecimento prévio de todas as interessadas e aplicável indistintamente a todas elas. A licitação tem abrangência nacional, por meio de pregão eletrônico, o que amplia o universo de potenciais participantes. Ilegalidade e direcionamento não se presumem: precisam ser demonstrados, o que não ocorreu.

Como o esclarecimento do Pregoeiro interpreta o alcance do item 3.7.2, ele deve constar expressamente da resposta publicada, para conhecimento de todos os interessados (item II.9).

Conclusão: improcedente a impugnação neste ponto.

II.7 – Qualificação econômico-financeira (ponto 6)

O Anexo III do edital exige, no item 3.3.1, comprovação de patrimônio líquido mínimo ou capital mínimo de 10% do valor total estimado da contratação. No item 3.3.3, exige Índice de Solvência Geral (ISG) igual ou superior a 1,0. A impugnante pretende que as exigências sejam alternativas. Sem razão.

O regime da Lei n.º 14.133/2021 admite a cumulação. O art. 69, *caput*, determina que a habilitação econômico-financeira seja comprovada "de forma objetiva, por coeficientes e índices econômicos previstos no edital, devidamente justificados no processo licitatório". O § 4º acrescenta que a Administração, "nas compras para entrega futura e na execução de obras e serviços, poderá estabelecer no edital a exigência de capital mínimo ou de patrimônio líquido mínimo equivalente a até 10% (dez por cento) do valor estimado da contratação". A lei não condiciona uma exigência à ausência da outra. O percentual incide sobre o valor estimado da contratação, e não sobre o valor da proposta, como sustenta a impugnante.

O Tribunal de Contas da União confirmou esse entendimento. No Acórdão n.º 2.724/2025 – Plenário (TC 002.019/2024-8, Rel. Min. Benjamin Zymler, sessão de 18/11/2025), o Tribunal deliberou:

> *"9.5.2. [dar ciência] ao Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos para que adote as medidas cabíveis para alertar os órgãos e entidades do Governo Federal sobre a possibilidade de exigência cumulativa, para efeito de habilitação econômico-financeira em certames licitatórios, de (i) declaração de compromissos assumidos, na forma do disposto no § 3º do art. 69 da Lei 14.133/2021; (ii) índices de liquidez acima*

de 1; (iii) patrimônio líquido mínimo de até 10% do valor estimado da contratação; e (iv) capital circulante mínimo em percentual suficiente para assegurar até dois meses de execução contratual sem nenhum pagamento por parte da administração, devendo tais exigências ser devidamente motivadas nos atos preparatórios da contratação."

No item 9.5.3, o TCU recomendou ainda à Câmara Nacional de Licitações e Contratos Administrativos (CNLCA/AGU/CGU) que avalie incorporar essa possibilidade de exigências cumulativas aos modelos padronizados de editais da Lei n.º 14.133/2021. O edital desta Câmara exige apenas dois dos quatro requisitos admitidos cumulativamente pelo TCU.

No âmbito estadual, o TCE-SP, no julgamento dos Processos TC-00022690.989.25-6 e TC-00022779.989.25-0, afastou a impugnação contra a exigência de capital mínimo de 10% do valor estimado em contratação de plano de saúde. Registrou que o art. 69, § 4º, "confere discricionariedade ao gestor público" e que a prestação continuada de serviços de saúde justifica a cautela da Administração em exigir comprovação de solidez financeira das interessadas.

A exigência está motivada e é proporcional. O Estudo Técnico Preliminar (item 12) registra que, "por envolver prestação continuada e essencial, a contratação de um plano de assistência à saúde demanda a verificação da capacidade econômico-financeira e da solvência da operadora, de modo a reduzir o risco de descontinuidade da assistência aos beneficiários". O mesmo estudo destaca que a ANS submete as operadoras a regime próprio de regulação prudencial, com exigências de provisões técnicas, ativos garantidores e capital regulatório mínimo (RN ANS n.º 569/2022). Os requisitos do edital são, portanto, coerentes com o padrão de solidez que a própria regulação setorial já impõe. A insolvência de uma operadora durante a vigência do contrato deixaria servidores e dependentes sem cobertura, inclusive em tratamentos em curso.

Os parâmetros adotados são, ademais, moderados. O ISG mínimo de 1,0 é o patamar mais brando possível: exige apenas que o ativo total seja igual ou superior ao passivo exigível, isto é, que a empresa não tenha patrimônio líquido negativo. O patrimônio líquido ou capital mínimo de 10% corresponde a cerca de R$ 187.832,77, valor compatível com o porte de qualquer operadora apta a assumir contrato estimado em R$ 1.878.327,72 anuais.

Os fundamentos da impugnante não se aplicam. A Súmula n.º 275 do TCU veda a exigência cumulativa de capital social mínimo, patrimônio líquido mínimo ou garantias, isto é, dessas três modalidades entre si. Não trata da cumulação com índices contábeis. O edital, aliás, a respeita, pois exige patrimônio líquido ou capital mínimo, alternativamente. A IN SLTI/MPOG n.º 02/2010 e o Acórdão TCU n.º 247/2003, por sua vez, foram editados sob a égide da Lei n.º 8.666/1993. A instrução normativa tinha alcance federal e não vincula este Município, e o acórdão apenas descreve o modelo adotado em edital específico, sem vedar outro. Nenhum deles prevalece sobre o regime expresso da Lei n.º 14.133/2021 e sobre a orientação atual do TCU.

O precedente do Superior Tribunal de Justiça invocado pela impugnante (MS n.º 7.814/DF, 1ª Seção, julgado em 28/08/2002) também não a socorre. Ele censura exigência "desfiliada da lei básica de regência", isto é, condição de habilitação sem base legal. Aqui, ao contrário, ambos os requisitos têm previsão expressa no art. 69, *caput* e § 4º, da Lei n.º 14.133/2021, dentro dos limites ali fixados.

Demonstrações contábeis de empresas constituídas há menos de dois anos. A impugnante invoca, por fim, o art. 69, § 6º, da Lei n.º 14.133/2021: as demonstrações contábeis "limitar-se-ão ao último exercício no caso de a pessoa jurídica ter sido constituída há menos de 2 (dois) anos". A regra decorre diretamente da lei e se aplica ao certame independentemente de menção expressa no item 3.3.1 do Anexo III. Recomenda-se que a resposta à impugnação o registre, a título de esclarecimento (item II.9). A providência não altera a formulação das propostas.

Conclusão: improcedente a impugnação neste ponto, com o esclarecimento quanto ao art. 69, § 6º.

II.8 – Da alegada restrição à competitividade

As insurgências da impugnante convergem, em grande medida, para uma mesma tese: as exigências restringiriam a competitividade por estabelecerem condições superiores aos padrões mínimos da regulamentação setorial.

A competitividade é princípio fundamental das contratações públicas (art. 5º da Lei n.º 14.133/2021). Sua preservação, contudo, não obriga a Administração a

reduzir o objeto ao menor denominador comum do mercado. A Administração deve promover a competição entre agentes capazes de oferecer a solução definida como necessária no planejamento. Não deve alterar características justificadas do objeto apenas para ampliar numericamente o universo de participantes.

Nas contratações de assistência à saúde, essa distinção é decisiva. A qualidade do produto não se resume à existência formal de cobertura: a extensão das coberturas, a disponibilidade de profissionais e a qualidade da rede hospitalar determinam a utilidade do serviço entregue aos beneficiários. Foi exatamente essa particularidade que fundamentou os precedentes do TCE-SP examinados neste parecer.

A Administração também não dispõe de liberdade irrestrita. Toda exigência potencialmente restritiva deve guardar pertinência com a necessidade administrativa e estar justificada nos atos preparatórios. No caso, os requisitos assistenciais foram motivados pelo setor técnico no ETP e no Termo de Referência, e os econômico-financeiros têm fundamento expresso no art. 69 da Lei n.º 14.133/2021, motivação no ETP e respaldo na jurisprudência atual do TCU.

A impugnante sustenta, essencialmente, que poderiam ser adotadas condições menos rigorosas. Essa circunstância, isoladamente, não caracteriza ilegalidade. A existência de solução menos exigente não impede que a Administração adote solução qualitativamente superior, quando a opção estiver relacionada às necessidades identificadas no planejamento e não se revelar desproporcional.

II.9 – Esclarecimentos a constar da resposta à impugnação

Recomenda-se que a resposta à impugnação registre expressamente: (i) que os profissionais exigidos no item 3.7.2 do Termo de Referência integram a rede geral da operadora, sem exclusividade para este contrato; e (ii) a aplicação do art. 69, § 6º, da Lei n.º 14.133/2021 às licitantes constituídas há menos de 2 (dois) anos.

Tais esclarecimentos apenas interpretam o edital à luz de seu texto e da lei, sem alterar a formulação das propostas. Dispensam, portanto, a republicação prevista no art. 55, § 1º, da Lei n.º 14.133/2021, bastando sua divulgação junto com a resposta.

III – CONCLUSÃO

Diante do exposto, sob o aspecto estritamente jurídico e nos limites do controle de legalidade previsto no art. 53 da Lei Federal n.º 14.133/2021, esta Procuradoria Jurídica **opina:**

a) pelo **conhecimento** da impugnação apresentada por **Hapvida Assistência Médica S.A.**, por tempestiva e formulada por parte legítima;

b) no mérito, pelo seu **indeferimento integral**, mantendo-se as cláusulas editais relativas ao reajuste pelo IPC-FIPE Saúde, às coberturas de assistência domiciliar e de remoção aeromédica mediante indicação médica, à acreditação hospitalar, à rede assistencial mínima e aos requisitos de qualificação econômico-financeira, ficando prejudicados os pedidos de republicação do edital e de reabertura do prazo de propostas formulados pela impugnante;

c) pela divulgação, junto com a decisão, dos esclarecimentos indicados no item II.9, relativos ao item 3.7.2 do Termo de Referência e ao art. 69, § 6º, da Lei n.º 14.133/2021, que não alteram a formulação das propostas;

d) pela publicação da resposta em sítio eletrônico oficial, observado o art. 164, parágrafo único, da Lei n.º 14.133/2021, até 6 de novembro de 2026, último dia útil anterior à sessão pública, com o regular prosseguimento do Pregão Eletrônico n.º 005/2026-R na data designada, 9 de novembro de 2026.

É o parecer, s.m.j.

Americana, 26 de outubro de 2026.

José Rafael de Carvalho
Procurador Jurídico
OAB/SP 268.080

Daniela Campbell Miranda
Procuradora Jurídica
OAB/SP 219.802