



ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR

Credenciamento de operadoras de plano de saúde nacional para servidores públicos municipais ativos, inativos e pensionistas e seus dependentes.

Secretaria Municipal de Administração e Governança

Flores da Cunha, outubro de 2026.



1. DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE

O Município de Flores da Cunha assegura, há mais de três décadas, assistência à saúde aos servidores públicos municipais ativos e inativos e aos seus dependentes elegíveis, benefício que atualmente alcança aproximadamente 1.560 pessoas.

A manutenção dessa assistência atende à necessidade de proporcionar aos beneficiários acesso contínuo e adequado a serviços de saúde, abrangendo ações de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, bem como atendimentos decorrentes de situações eletivas, de urgência e de emergência. Trata-se de medida relevante para a proteção da saúde e da qualidade de vida dos beneficiários, além de contribuir para a redução de afastamentos prolongados e para a continuidade da prestação dos serviços públicos municipais.

A necessidade apresenta caráter continuado, uma vez que eventual interrupção da assistência poderá comprometer tratamentos em andamento e dificultar o acesso oportuno aos cuidados de saúde, com impactos especialmente relevantes para pessoas com doenças crônicas, gestantes, idosos e demais beneficiários que demandem acompanhamento regular, especializado ou de maior complexidade.

Embora a maior parte dos beneficiários resida ou exerça suas atividades em Flores da Cunha e na Serra Gaúcha, suas necessidades assistenciais não se restringem ao território municipal ou regional. Determinadas especialidades, procedimentos e tratamentos não estão disponíveis localmente, exigindo deslocamentos para Porto Alegre e outros centros de referência. Além disso, o exercício das atribuições de determinados servidores e agentes públicos envolve deslocamentos para outras localidades e unidades da Federação.

Dessa forma, a necessidade administrativa consiste em assegurar a continuidade do acesso dos servidores ativos, inativos, pensionistas e dependentes elegíveis à assistência à saúde, de maneira adequada, tempestiva e compatível com os diferentes níveis de complexidade assistencial, tanto na região em que se concentra a maior parte dos beneficiários quanto durante deslocamentos para outras localidades do território nacional.

As necessidades individuais compreendem vínculos assistenciais já estabelecidos, tratamentos em curso, cirurgias programadas e acompanhamento especializado, inclusive em centros de referência fora da região. A solução deverá considerar a possibilidade de escolha informada entre operadoras que cumpram os requisitos mínimos, para reduzir os riscos decorrentes da substituição compulsória da rede utilizada pelos beneficiários.

O atendimento dessa necessidade deverá observar a legislação e a regulamentação aplicáveis à saúde suplementar, especialmente a Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e as normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, de modo a preservar a continuidade, a segurança e a adequação da assistência prestada aos beneficiários.

O presente Estudo Técnico Preliminar tem por objetivo analisar a necessidade administrativa identificada, avaliar as alternativas disponíveis no mercado e identificar a solução que se mostre técnica



e economicamente adequada ao atendimento do interesse público, considerando as características e necessidades do conjunto de beneficiários, os requisitos de continuidade e qualidade da assistência, a viabilidade da futura contratação e a utilização eficiente dos recursos públicos, de modo a fornecer os elementos necessários à definição da solução e ao posterior planejamento da contratação.

2. PREVISÃO NO PLANO DE CONTRATAÇÕES ANUAL

A presente contratação encontra-se prevista no Plano de Contratações Anual do Município de Flores da Cunha para o exercício correspondente, estando compatível com o planejamento administrativo, orçamentário e financeiro municipal.

3. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

3.1 Requisitos legais e regulatórios

A solução deverá observar, entre outras normas aplicáveis, a Constituição Federal, especialmente o art. 37, inciso XXI; a Lei Federal nº 14.133/2021; a Lei Federal nº 9.656/1998; a Lei Federal nº 9.961/2000; a Lei Federal nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD); a legislação municipal que disciplina o benefício; e a regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, inclusive as normas relativas à autorização de funcionamento das operadoras, ao registro dos produtos, à garantia de atendimento, à rede assistencial, ao atendimento aos beneficiários, às coberturas obrigatórias, aos contratos coletivos e à substituição de prestadores.

A contratação será realizada mediante credenciamento, com fundamento no art. 74, inciso IV, combinado com o art. 79, inciso II, da Lei Federal nº 14.133/2021, cabendo ao servidor beneficiário escolher a operadora dentre as credenciadas, observadas as condições estabelecidas no edital de chamamento público e a regulamentação aplicável.

3.2 Requisitos essenciais da solução

- Contratação de operadora de plano privado de assistência à saúde, regularmente autorizada pela ANS e responsável pelo produto ofertado, não se admitindo que a execução do objeto seja atribuída exclusivamente a administradora de benefícios ou mera intermediária. O plano será destinado aos servidores públicos municipais ativos e inativos, pensionistas e dependentes elegíveis, conforme a legislação municipal e a regulamentação da ANS, com segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, acomodação em quarto semiprivativo e cobertura do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente, inclusive das ampliações regulatórias supervenientes.
- Abrangência geográfica nacional expressamente registrada no produto ofertado perante a ANS, alcançando todos os Estados da Federação e o Distrito Federal, sem limitação às localidades expressamente citadas neste ETP.
- Atendimento eletivo, de urgência e de emergência em âmbito nacional, assistência às pessoas neurodivergentes, serviço de traslado de pacientes entre hospitais e clínicas, inclusive por meio



aéreo, bem como rede local e regional, formas de acesso, compartilhamento de rede e cobrança de coparticipação, conforme os requisitos detalhados nos itens 3.3 e 3.6 deste ETP.

- Atendimento de urgência e emergência durante 24 horas por dia, todos os dias da semana, inclusive sábados, domingos e feriados; serviço de traslado de pacientes entre hospitais e clínicas, realizado por ambulâncias, helicópteros ou aeronaves, para cuidados médicos especializados, quando solicitado pelo médico assistente; e garantia de atendimento nos prazos máximos estabelecidos pela ANS.
- Absorção das carências já cumpridas pela massa inicial, sem nova contagem, cobertura parcial temporária ou declaração de saúde para os beneficiários integrantes do plano vigente, observadas as condições juridicamente aplicáveis, além da continuidade dos tratamentos em curso.
- Possibilidade de inclusão e exclusão mensal de titulares e dependentes elegíveis, com faturamento proporcional quando admitido no produto, sem cobrança de taxa de inscrição ou emissão de cartão para a massa inicial.
- Disponibilização de cartão físico ou digital, aplicativo ou portal, guia médico atualizado, central de atendimento e canal ou equipe de apoio para as demandas administrativas do Município.
- Proteção dos dados pessoais e dos dados pessoais sensíveis, mediante controles de acesso, confidencialidade, segurança, rastreabilidade e comunicação de incidentes, limitando-se o tratamento aos dados necessários à execução contratual e ao cumprimento das obrigações legais e regulatórias.
- Cada interessada deverá cumprir integralmente os requisitos mínimos de cobertura e rede. O Termo de Referência e o chamamento disciplinarão a escolha pelo servidor, a vinculação dos dependentes, as inclusões e exclusões e as alterações de operadora, observadas as regras da ANS, a legislação municipal e as medidas de continuidade assistencial. Não será admitida seleção de beneficiários por condição de saúde. As condições de ingresso sem novas carências e de aproveitamento das já cumpridas deverão ser expressamente definidas e verificadas para cada produto.

3.3 Rede assistencial, abrangência nacional e coberturas mínimas

As localidades indicadas neste item constituem referências mínimas para a comprovação da disponibilidade de atendimento local e regional, não restringindo nem delimitando a abrangência geográfica do plano, que deverá ser nacional.

A contratação deverá assegurar aos beneficiários, em todo o território nacional, acesso a todos os atendimentos e procedimentos cobertos pelo produto contratado, tanto eletivos quanto de urgência e emergência, incluindo consultas médicas, exames, serviços de diagnóstico, terapias, tratamentos ambulatoriais, internações hospitalares, procedimentos cirúrgicos, assistência obstétrica, remoções e demais coberturas exigidas pela legislação e pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

O atendimento deverá ocorrer mediante apresentação da carteira física ou digital do plano, sem desembolso prévio do valor integral do serviço coberto. Nas localidades expressamente definidas no Termo de Referência, a franquia contratualmente estabelecida será paga diretamente ao prestador no ato do atendimento. Nos demais atendimentos realizados em âmbito nacional, inclusive por intercâmbio ou



compartilhamento de rede, a coparticipação será cobrada posteriormente na fatura mensal da contratada, sem prejuízo da obrigação de atendimento.

Justificativa para a exigência de abrangência geográfica nacional

A exigência de abrangência geográfica nacional fundamenta-se nas características da necessidade assistencial a ser atendida, no perfil de utilização dos beneficiários e na necessidade de preservação do padrão de cobertura atualmente disponibilizado aos servidores públicos municipais, aposentados, pensionistas e respectivos dependentes elegíveis.

O benefício atualmente assegurado pelo Município possui abrangência nacional, característica que integra, há longo período, as condições de assistência à saúde disponibilizadas aos beneficiários. Dessa forma, a definição da abrangência geográfica da futura contratação deve considerar não apenas a existência de serviços de saúde no Município de Flores da Cunha e na Serra Gaúcha, mas também o nível de acesso assistencial já proporcionado aos servidores e seus dependentes.

A substituição da atual abrangência nacional por cobertura exclusivamente regional ou restrita a determinada área geográfica representaria redução objetiva do alcance territorial do benefício disponibilizado. Ainda que uma alternativa regional pudesse assegurar parte significativa dos atendimentos ordinariamente realizados pelos beneficiários, deixaria de oferecer, fora da respectiva área de cobertura, o mesmo nível de proteção atualmente existente. Sob a perspectiva do beneficiário, portanto, a alteração implicaria diminuição material das possibilidades de acesso aos serviços de saúde durante deslocamentos ou quando necessária a utilização de recursos assistenciais localizados em outros centros.

Essa circunstância assume especial relevância porque as necessidades de saúde dos beneficiários não se limitam às fronteiras do Município ou da Serra Gaúcha. Determinados exames, procedimentos, especialidades médicas e tratamentos de maior complexidade podem demandar atendimento em Porto Alegre ou em outros centros de referência. Além disso, servidores e agentes públicos realizam deslocamentos em razão de suas atribuições funcionais, inclusive para outros Estados e para o Distrito Federal. Há, ainda, deslocamentos de natureza pessoal dos beneficiários, circunstância inerente à vida cotidiana e que não elimina a necessidade de acesso à assistência à saúde, especialmente em situações imprevistas de urgência e emergência.

No âmbito das atividades municipais, merece destaque a existência de servidores que, em razão das próprias atribuições, realizam deslocamentos frequentes para fora do Município. É o caso, entre outros, de motoristas vinculados à Secretaria Municipal de Saúde que transportam pacientes para atendimento e tratamento em Porto Alegre, bem como de agentes públicos que necessitam viajar a outros Estados e ao Distrito Federal para o desempenho de atividades institucionais. A limitação territorial da assistência poderia, portanto, produzir situação em que o servidor, justamente durante o exercício de atividade de interesse da Administração, estivesse fora da área geográfica ordinária de cobertura assistencial.



A abrangência nacional também se mostra relevante sob a perspectiva da continuidade dos cuidados. Beneficiários que realizem tratamentos, acompanhamento especializado, exames periódicos ou procedimentos fora da região devem ter considerada a necessidade de continuidade assistencial. Uma alteração significativa da área de cobertura pode repercutir sobre vínculos assistenciais já estabelecidos e exigir reorganização do atendimento, circunstância particularmente sensível para idosos, gestantes, pessoas com doenças crônicas e beneficiários submetidos a tratamentos continuados ou de maior complexidade.

Importa destacar que a exigência de abrangência nacional não se confunde com a imposição de que todos os serviços sejam utilizados fora da região, tampouco significa que a Administração deixe de considerar essencial a disponibilidade de atendimento adequado em Flores da Cunha e na Serra Gaúcha. Ao contrário, a realidade demonstra que a utilização cotidiana tende a concentrar-se na região de residência e trabalho dos beneficiários. A abrangência nacional constitui proteção adicional necessária para as situações em que o atendimento fora dessa área se mostre necessário, seja por razões assistenciais, funcionais ou circunstanciais.

Também não se pretende, com esse requisito, direcionar a contratação para determinada operadora, marca ou rede específica. O que se busca estabelecer é um requisito de desempenho da solução, relacionado ao alcance territorial da assistência necessária para atender adequadamente à população beneficiária. Assim, poderão participar da contratação as operadoras que, observadas as demais condições estabelecidas, sejam capazes de demonstrar objetivamente o atendimento à abrangência geográfica requerida.

Sob a ótica do planejamento da contratação, eventual ampliação da competitividade decorrente da redução da abrangência territorial deve ser ponderada em conjunto com os efeitos dessa alteração sobre a própria necessidade administrativa. A busca pela competitividade e pela economicidade não deve ser realizada mediante descaracterização do objeto necessário ou redução injustificada do nível de atendimento pretendido. Uma alternativa aparentemente menos onerosa ou acessível a maior número de fornecedores não será necessariamente mais vantajosa se implicar perda relevante de cobertura, transferência de riscos aos beneficiários ou necessidade de adoção de mecanismos complementares para suprir atendimentos fora da área regional.

Nesse contexto, eventual opção por abrangência inferior à atualmente disponibilizada exigiria justificativa específica quanto à adequação dessa redução às necessidades dos beneficiários, especialmente porque representaria alteração concreta de característica relevante do benefício atualmente oferecido. A simples existência de alternativas de menor abrangência no mercado, isoladamente considerada, não demonstra que elas sejam equivalentes sob o ponto de vista assistencial.

A manutenção da abrangência nacional também contribui para evitar que situações semelhantes recebam tratamento distinto exclusivamente em razão do local em que o beneficiário se encontre. A necessidade de atendimento médico pode surgir de forma imprevisível, e a possibilidade de acesso à assistência em diferentes unidades da Federação reduz a exposição do beneficiário a situações em que, embora



regularmente vinculado ao benefício, não disponha da mesma proteção assistencial em razão de deslocamento para fora da área regional.

Dessa forma, a abrangência geográfica nacional mostra-se vinculada à necessidade efetivamente identificada pela Administração e à preservação do nível de assistência historicamente disponibilizado aos beneficiários. Sua exigência objetiva assegurar que a futura solução seja capaz de atender tanto às demandas ordinárias, concentradas em Flores da Cunha e na Serra Gaúcha, quanto às necessidades de atendimento que ocorram fora da região, sem promover redução territorial relevante do benefício atualmente oferecido.

Além disso, é importante ressaltar que pesquisa realizada no âmbito do planejamento da contratação demonstrou, ainda, que a adoção de abrangência nacional não constitui característica peculiar ou isolada do Município de Flores da Cunha. Foram identificadas contratações recentes de municípios da Serra Gaúcha que igualmente contemplam assistência à saúde com abrangência nacional, evidenciando que esse requisito encontra correspondência nas práticas adotadas por Administrações Públicas inseridas em contexto territorial e socioeconômico semelhante.

Em Farroupilha, o Pregão Eletrônico nº 128/2024 e o Contrato nº 343/2024 contemplaram plano coletivo nacional e privativo nacional, associados à exigência de rede regional mínima. Em Garibaldi, o Pregão Presencial nº 178/2023, com contratação iniciada em 2024, contemplou planos de abrangência nacional e regional. Em Carlos Barbosa, o Chamamento Público de 2025 previu plano nacional, acompanhado de requisitos relacionados à rede assistencial em municípios da Serra Gaúcha e em Porto Alegre e à continuidade de tratamentos. Em Nova Pádua, o Contrato nº 89/2021, contemplou plano nacional. Em Flores da Cunha, por sua vez, o Contrato nº 324/2021, atualmente vigente por força do Termo Aditivo nº 05, já contempla plano de abrangência nacional, combinado com atendimento local e regional.

A análise comparativa demonstra aspecto particularmente relevante para o planejamento: nos municípios pesquisados, a abrangência nacional aparece associada à preocupação simultânea com a existência de estrutura assistencial local ou regional. Isso indica que os dois requisitos não são excludentes. A rede regional atende às necessidades cotidianas dos beneficiários, enquanto a abrangência nacional amplia a proteção para situações que demandem atendimento fora da região. Trata-se, portanto, de dimensões complementares da assistência.

Os resultados da pesquisa de mercado também constituem indicativo de que a exigência de abrangência nacional possui aderência ao mercado efetivamente utilizado por entes públicos da região. Sua presença em contratações recentes de Farroupilha, Garibaldi e Carlos Barbosa, além da própria contratação vigente de Flores da Cunha, demonstra que o requisito não foi concebido especificamente para o presente credenciamento, mas corresponde a característica já adotada em contratações públicas de objeto semelhante na Serra Gaúcha.



Município	Instrumento	Características observadas
Farroupilha	Pregão Eletrônico nº 128/2024; Contrato nº 343/2024 e aditivos	Plano coletivo nacional e privativo nacional; lote único; rede regional mínima; registro e autorização ANS; experiência operacional.
Garibaldi	Pregão Presencial nº 178/2023; contrato iniciado em 2024 e aditivos	Plano nacional e regional por faixa etária; acomodação semiprivativa; rede local; coparticipações.
Carlos Barbosa	Chamamento público de 2025	Plano nacional; rede em municípios da Serra e Porto Alegre; continuidade de tratamentos; remoção.
Flores da Cunha	Contrato nº 324/2021 e Termo Aditivo nº 05	Plano nacional; 1.560 vidas; rede local/regional; massa inicial sem novas carências; hospitalização e remoção.
Nova Pádua	Contrato nº 89/2021 e Termo Aditivo nº 04	Plano nacional por faixa etária; acomodação semiprivativa; rede local; coparticipações

3.3.1 Consultas médicas e atendimentos multiprofissionais

O plano deverá assegurar consultas médicas sem limitação quantitativa, ressalvadas exclusivamente as limitações admitidas pela legislação aplicável, em todas as especialidades cobertas pelo produto e em âmbito nacional, com livre escolha do beneficiário entre os profissionais da rede assistencial vinculada ao produto.

As consultas deverão ser realizadas em consultórios, clínicas, ambulatórios ou unidades de pronto atendimento regularmente habilitados, observadas as normas sanitárias e profissionais aplicáveis.

Deverá ser garantida a cobertura de consultas, avaliações e sessões com psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e nutricionista, bem como de sessões de psicoterapia, de acordo com a legislação vigente, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e as respectivas Diretrizes de Utilização, quando aplicáveis.

A contratada deverá possuir, no mínimo, 50 (cinquenta) médicos vinculados ao plano de saúde ofertado, atuando na microrregião de Caxias do Sul (conforme a divisão regional do IBGE), sendo no mínimo 30 (trinta) no território do município de Flores da Cunha, nas diversas especialidades médicas: cardiologia, clínica médica e cirúrgica, dermatologia, gastroenterologia, geriatria, ginecologia e obstetrícia, oftalmologia, ortopedia e traumatologia, pediatria, psiquiatria, urologia, endocrinologia, neurologia, oncologia, hematologia.



Os quantitativos deverão ser comprovados em relação ao produto ofertado, mediante relação atualizada extraída dos sistemas oficiais da operadora ou documento equivalente, contendo a identificação dos profissionais, suas especialidades e os municípios de atendimento, sem duplicidade de contagem do mesmo profissional.

A exigência busca assegurar capilaridade e disponibilidade efetiva para o atendimento cotidiano da massa estimada de 1.560 beneficiários, devendo sua proporcionalidade e compatibilidade com a oferta real de profissionais ser confirmadas no levantamento de mercado antes da publicação do edital.

Quando comprovadamente inexistente ou temporariamente indisponível prestador local para determinada especialidade, poderá ser admitido o atendimento em Caxias do Sul, desde que assegurado o acesso regular ao beneficiário e preservado o padrão assistencial exigido.

3.3.2 Atendimento ambulatorial, hospitalar e de urgência e emergência

Deverá ser assegurado atendimento médico ambulatorial e hospitalar, para procedimentos eletivos e de urgência e emergência, no mínimo, nos seguintes municípios: Flores da Cunha; Antônio Prado; Bento Gonçalves; Carlos Barbosa; Caxias do Sul; Farroupilha; Garibaldi e São Marcos.

O plano deverá disponibilizar atendimento ambulatorial de urgência e emergência durante 24 horas por dia, todos os dias da semana, inclusive sábados, domingos e feriados.

3.3.3 Internação hospitalar

O plano deverá assegurar internação hospitalar sem limitação de prazo, valor máximo ou quantidade, inclusive em Unidade de Terapia Intensiva – UTI ou unidade similar, em acomodação semiprivativa, com cobertura nas especialidades abrangidas pelo produto e sem cobrança adicional de diferença de acomodação.

A cobertura da internação deverá compreender, nos limites estabelecidos pela legislação e pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS: diárias hospitalares; serviços gerais e de enfermagem; honorários médicos; alimentação do paciente; exames complementares, inclusive os de alta complexidade ou tecnologia; tratamentos clínicos e cirúrgicos; medicamentos e anestésicos utilizados durante a internação; transfusões; sessões de quimioterapia e radioterapia; taxas hospitalares; e materiais utilizados nos procedimentos cobertos.

Quando não houver acomodação semiprivativa disponível no estabelecimento integrante da rede, deverá ser garantida acomodação de padrão superior, sem ônus adicional para o beneficiário.

Deverá ser assegurada a cobertura das despesas com acompanhante de beneficiário menor de 18 anos ou com idade igual ou superior a 60 anos, bem como de pessoa com deficiência ou outra condição que justifique acompanhamento, observadas a legislação aplicável e a indicação do médico assistente.



3.3.4 Assistência obstétrica

Deverá ser garantida cobertura integral das despesas médico-hospitalares decorrentes da gestação, incluindo acompanhamento pré-natal, partos normais, cesarianas, abortamentos e demais procedimentos obstétricos cobertos pela legislação e pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

- I – assistência integral ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30 dias após o parto; e
- II – possibilidade de inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo, como dependente, sem cumprimento de novos períodos de carência, desde que a inscrição seja realizada no prazo legal.

3.3.5 Exames, terapias e procedimentos

Deverão ser cobertos todos os exames, terapias e procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e em suas atualizações, de acordo com a segmentação assistencial do produto contratado e com as respectivas Diretrizes de Utilização. A cobertura deverá compreender, entre outros: exames laboratoriais; exames radiológicos; exames de diagnóstico por imagem; exames complementares simples e de alta complexidade; terapias ambulatoriais; procedimentos clínicos e cirúrgicos; e os demais exames, tratamentos e procedimentos que constem ou venham a ser incorporados ao Rol da ANS durante a execução contratual.

3.3.6 Rede hospitalar e serviços de apoio

Deverá ser comprovada a disponibilidade de, no mínimo, um hospital credenciado ao produto ofertado no Município de Flores da Cunha para internações e atendimentos de urgência e emergência. Quando a estrutura local não comportar determinado procedimento, a contratada deverá garantir o encaminhamento e o atendimento em estabelecimento integrante da rede regional ou nacional, sem prejuízo da continuidade assistencial.

O produto ofertado deverá assegurar acesso à seguinte rede hospitalar mínima:

I – 3 (três) hospitais na microrregião de Caxias do Sul, conforme a divisão regional do IBGE, atendendo aos seguintes requisitos:

- a) pelo menos 1 (um) hospital integrante da rede própria da operadora;
- b) pelo menos 1 (um) hospital localizado no Município de Flores da Cunha; e
- c) pelo menos 1 (um) hospital com Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, devidamente autorizada a funcionar, com cobertura e acesso às internações quando houver indicação médica.

Um mesmo hospital poderá atender a mais de um dos requisitos acima, mantido o mínimo de 3 (três) estabelecimentos.

A operadora deverá comprovar que todos os hospitais indicados e os serviços exigidos estão disponíveis aos beneficiários do produto especificamente ofertado no credenciamento.



II – Declaração de que a operadora dispõe de rede própria ou credenciada que contemple, no mínimo, 01 (um) laboratório de análises clínicas e 01 (um) estabelecimento prestador de serviços de diagnóstico por imagem, ambos localizados no Município de Flores da Cunha/RS, devendo constar na declaração o nome dos estabelecimentos, respectivos endereços e a descrição dos serviços disponibilizados, para fins de comprovação da rede assistencial exigida.

3.3.7 Atendimento às pessoas neurodivergentes

O produto deverá assegurar atenção integral às pessoas neurodivergentes, inclusive beneficiários com transtorno do espectro autista - TEA e outros transtornos do neurodesenvolvimento, com cobertura das consultas, avaliações, exames, terapias e procedimentos previstos na legislação, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e nas Diretrizes de Utilização vigentes, situada em um raio de até 30 km do município de Flores da Cunha.

Para os transtornos globais do desenvolvimento abrangidos pela regulamentação da ANS, deverão ser garantidas sessões com psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta sem limitação quantitativa indevida e a cobertura do método ou técnica indicados pelo médico assistente, nos limites da legislação e da regulamentação aplicáveis, vedada a imposição de método terapêutico único pela operadora.

A contratada deverá disponibilizar rede apta ao atendimento multiprofissional, presencial ou por tele saúde quando legalmente admitida e clinicamente adequada, observados os prazos máximos da ANS, a continuidade terapêutica, a não discriminação e a acessibilidade. Na indisponibilidade de prestador apto na área de abrangência, deverá garantir o atendimento por alternativa admitida pela regulamentação, sem transferir ao beneficiário o ônus financeiro da falha de rede.

3.3.8 Traslado de pacientes entre hospitais e clínicas

A solução deverá contemplar serviço de traslado de pacientes entre hospitais e clínicas, realizado por ambulâncias, helicópteros ou aeronaves, para acesso a cuidados médicos especializados, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.

O meio de transporte deverá ser definido de acordo com a condição clínica do paciente e com a necessidade assistencial indicada, observadas as normas sanitárias, aeronáuticas e profissionais aplicáveis, com equipe e equipamentos compatíveis com o traslado a ser realizado.

A contratada deverá organizar e disponibilizar o traslado, diretamente ou por prestador especializado regularmente contratado, conforme o fluxo de acionamento do serviço, não se admitindo que o benefício seja substituído apenas pelo reembolso posterior das despesas suportadas pelo beneficiário.

Não será exigida relação individual de todos os prestadores existentes no território nacional. Cada interessada deverá, entretanto, comprovar a conformidade do produto e da rede mínima exigida antes do deferimento do credenciamento, por documentação objetiva e verificável, sem restrição desnecessária à participação.



3.4 Requisitos de negócio da solução

A solução a ser adotada deverá ser capaz de:

- atender à massa estimada de 1.560 beneficiários, admitidas variações decorrentes de inclusões, exclusões e mudanças de faixa etária;
- permitir a gestão mensal das movimentações cadastrais e o faturamento individualizado por beneficiário e faixa etária;
- disponibilizar canais de atendimento aos beneficiários e à equipe gestora do Município, com acesso a informações sobre rede, autorizações, movimentações cadastrais e faturamento;
- garantir transparência na cobrança das mensalidades e coparticipações, com demonstrativos que permitam conferência e fiscalização; e
- manter o produto e a operadora em situação regular perante a ANS durante toda a execução contratual.

3.5 Condições de execução, níveis de serviço e continuidade

- implantação do plano e emissão das identificações em prazo compatível com o término do contrato atual, sem lacuna de cobertura;
- disponibilização de canal para movimentações cadastrais, com confirmação em até cinco dias úteis, ressalvados prazos menores estabelecidos pela ANS ou pelo edital;
- resposta às solicitações administrativas do Município em até dois dias úteis e solução em prazo compatível com a urgência da demanda;
- manutenção da rede durante toda a vigência contratual, com substituição de prestadores de acordo com a Lei nº 9.656/1998 e a regulamentação da ANS, comunicação prévia e preservação das internações e dos tratamentos continuados;
- apresentação de relatórios mensais de beneficiários por faixa etária, inclusões, exclusões, mensalidades e coparticipações, sem exposição desnecessária de diagnósticos ou dados clínicos; e
- apresentação de plano de transição de entrada e saída, contemplando tratamentos continuados, internações, gestantes e autorizações já emitidas.

3.6 Subcontratação, compartilhamento de rede e garantia contratual

Não se considera subcontratação proibida a utilização, pela operadora, de rede própria, credenciada, cooperada, referenciada ou contratada, nem os mecanismos de intercâmbio ou compartilhamento de rede regularmente formalizados, pois tais instrumentos integram o modelo regulado de prestação da assistência à saúde. A operadora contratada permanecerá integralmente responsável pelos atendimentos e pelo cumprimento de todas as obrigações legais e contratuais.

3.7 Participação de microempresas e empresas de pequeno porte e análise de conformidade

O credenciamento será aberto às operadoras que atendam às condições objetivas do chamamento, sem exclusividade para microempresas e empresas de pequeno porte ou reserva de cotas por grupo de beneficiários, observadas as prerrogativas legalmente aplicáveis e a natureza regulada e integrada do objeto.



3.8 Participação de consórcios

Não será permitida a participação de empresas reunidas em consórcio. A vedação se justifica porque a autorização de funcionamento, o registro do produto, a constituição e a manutenção da rede assistencial, a gestão atuarial da massa de beneficiários e a responsabilidade pela garantia integral do atendimento devem permanecer claramente concentrados em uma única operadora regularmente autorizada pela ANS.

A reunião de diferentes operadoras em consórcio poderia fragmentar a responsabilidade assistencial e dificultar a identificação do produto, a fiscalização da rede, o processamento das autorizações e do faturamento e a aplicação das medidas regulatórias da ANS. A vedação não alcança as modalidades de rede e os mecanismos formais de intercâmbio previstos no item 3.6.

3.9 Requisitos de habilitação do fornecedor

Além dos requisitos de habilitação previstos no art. 62 da Lei nº 14.133/2021, o futuro contratado deverá comprovar que é operadora de plano privado de assistência à saúde regularmente autorizada pela ANS, responsável pelo produto ofertado, com registro da operadora e do produto em situação regular. A autorização apenas como administradora de benefícios, desacompanhada da condição de operadora responsável pelo produto, não atenderá ao objeto.

Para fins de comprovação da qualificação técnico-operacional, a interessada deverá apresentar:

A) Dois atestados de capacidade técnica expedidos por pessoa jurídica de direito público ou privado que comprovem a experiência anterior na prestação de serviços de assistência à saúde com cobertura nacional de natureza compatível com o objeto da contratação.

B) Declaração de que o atendimento será garantido em todo o território nacional para todos os procedimentos cobertos, eletivos e de urgência e emergência, mediante carteira física ou digital, sem desembolso prévio do valor integral. O reembolso não poderá ser utilizado como forma ordinária para suprir a rede contratada.

C) Declaração assegurando o atendimento ambulatorial e hospitalar, eletivo e de urgência e emergência, no mínimo, em Flores da Cunha, Antônio Prado, Bento Gonçalves, Carlos Barbosa, Caxias do Sul, Farroupilha, Garibaldi e São Marcos, sem prejuízo da abrangência nacional.

D) Declaração expressa da operadora de que possui, no mínimo, 50 (cinquenta) médicos vinculados ao plano de saúde ofertado, atuando na microrregião de Caxias do Sul (conforme a divisão regional do IBGE), sendo no mínimo 30 (trinta) no território do município de Flores da Cunha, nas diversas especialidades médicas: cardiologia, clínica médica e cirúrgica, dermatologia, gastroenterologia, geriatria, ginecologia e obstetrícia, oftalmologia, ortopedia e traumatologia, pediatria, psiquiatria, urologia, endocrinologia, neurologia, oncologia, hematologia.

Os quantitativos serão comprovados sem duplicidade, por relação atualizada que identifique profissionais, especialidades, municípios e vínculo com o produto. Quando inexistente ou



temporariamente indisponível prestador local para determinada especialidade, poderá ser admitido atendimento em Caxias do Sul, preservado o acesso regular e o padrão assistencial.

E) Declaração expressa da operadora, acompanhada de relação atualizada dos hospitais vinculados ao produto ofertado, comprovando a disponibilidade da seguinte rede hospitalar mínima:

I – 3 (três) hospitais na microrregião de Caxias do Sul, conforme a divisão regional do IBGE, dos quais:

- a) pelo menos 1 (um) deverá integrar a rede própria da operadora;
- b) pelo menos 1 (um) deverá estar localizado no Município de Flores da Cunha; e
- c) pelo menos 1 (um) deverá dispor de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, devidamente autorizada a funcionar, com cobertura e acesso às internações quando houver indicação médica.

Um mesmo hospital poderá atender a mais de um desses requisitos, mantido o mínimo de 3 (três) estabelecimentos.

A relação deverá identificar o nome, o CNPJ, o número de registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o município e os serviços disponíveis em cada hospital, indicando expressamente qual estabelecimento atende a cada requisito.

Deverão ser apresentados, ainda, documentos que comprovem:

- a) a condição de hospital integrante da rede própria da operadora;
- b) a existência e a regularidade de funcionamento da UTI adulto;

II – Declaração de que a operadora dispõe de rede própria ou credenciada que contemple, no mínimo, 01 (um) laboratório de análises clínicas e 01 (um) estabelecimento prestador de serviços de diagnóstico por imagem, ambos localizados no Município de Flores da Cunha/RS, devendo constar na declaração o nome dos estabelecimentos, respectivos endereços e a descrição dos serviços disponibilizados, para fins de comprovação da rede assistencial exigida.

A documentação deverá ser apresentada na fase de habilitação do credenciamento. Não será suficiente comprovar que o hospital integra a rede de outros produtos comercializados pela operadora.

F) Comprovação de que a interessada está regularmente registrada e autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para atuar como operadora de plano privado de assistência à saúde, em situação compatível com a execução do objeto.

G) Comprovação de que o produto ofertado possui registro regular perante a ANS e apresenta características compatíveis com a contratação, especialmente quanto à segmentação assistencial e abrangência geográfica exigidas.



H) A comprovação da rede assistencial deverá ser exigida de cada interessada e analisada antes do deferimento do credenciamento, mediante apresentação dos seguintes documentos:

- I – relação atualizada dos prestadores, extraída dos sistemas oficiais da operadora;
- II – guia médico ou guia nacional de prestadores aplicável ao produto, podendo ser disponibilizado por meio de link para consulta
- III – documentos que comprovem vínculo ou acesso regular à rede indicada; e
- IV – relação ou declaração de disponibilidade da rede multiprofissional apta ao atendimento de pessoas neurodivergentes, inclusive para TEA, situada em um raio de até 30 km do município de Flores da Cunha; e
- V – documento, regulamento ou declaração que comprove a disponibilidade do serviço de traslado de pacientes entre hospitais e clínicas por ambulâncias, helicópteros ou aeronaves, diretamente ou por prestador contratado, acompanhado do respectivo fluxo de acionamento.

Será admitida rede própria, credenciada, cooperada, referenciada, contratada ou compartilhada por meio de instrumento formal de intercâmbio ou mecanismo equivalente. A contratada permanecerá integralmente responsável pelo atendimento.

3.10 Exigência de balanço patrimonial

Para esta contratação deverá ser exigida a comprovação da qualificação econômico-financeira da interessada, inclusive mediante apresentação do balanço patrimonial, da demonstração de resultado do exercício e das demais demonstrações contábeis dos dois últimos exercícios sociais, observadas as hipóteses e regras estabelecidas no art. 69 da Lei nº 14.133/2021.

A exigência justifica-se pelo elevado valor estimado, pela natureza continuada e assistencial do serviço, pelo quantitativo aproximado de 1.560 beneficiários e pelo risco de grave prejuízo decorrente de eventual incapacidade financeira da contratada, que poderá comprometer a manutenção da rede, o pagamento dos prestadores, a continuidade das internações e dos tratamentos e a própria execução contratual.

A análise deverá utilizar índices econômico-financeiros objetivos, usuais e previstos no edital, devidamente justificados no processo, vedada a adoção de índices ou valores não usualmente empregados para avaliar capacidade financeira suficiente ao cumprimento das obrigações. Poderá ser exigido patrimônio líquido mínimo, limitado a 10% do valor estimado da contratação, desde que a medida seja expressamente motivada e considerada necessária diante dos riscos do objeto.

A documentação e os índices exigidos deverão observar tratamento proporcional, sem impor condições excessivas ou alheias à execução do plano de saúde e sem restringir indevidamente a competitividade.



4. LEVANTAMENTO DE MERCADO

Para atendimento da necessidade identificada, consistente em assegurar a continuidade da assistência à saúde dos servidores públicos municipais ativos e inativos, pensionistas e dependentes elegíveis, atualmente abrangendo aproximadamente 1.560 vidas, procedeu-se à análise das alternativas disponíveis, considerando aspectos assistenciais, operacionais, econômicos, regulatórios e administrativos.

Na avaliação das alternativas, foram considerados, entre outros aspectos, a continuidade da assistência; a preservação de condições adequadas de acesso aos serviços de saúde; a abrangência geográfica necessária; a existência de atendimento local e regional; a possibilidade de acesso a serviços de maior complexidade em outros centros; a capacidade de atendimento do quantitativo estimado de beneficiários; a eficiência administrativa; a gestão dos riscos assistenciais e financeiros; a competitividade e a viabilidade de fiscalização pela Administração.

Também foram consideradas contratações realizadas por municípios da Serra Gaúcha, verificando-se a utilização de soluções envolvendo operadoras de planos de saúde, inclusive com abrangência nacional e manutenção de redes locais e regionais. A pesquisa identificou experiências recentes em Farroupilha, Garibaldi, Carlos Barbosa e Nova Pádua, além da contratação atualmente vigente em Flores da Cunha, demonstrando a existência de soluções dessa natureza no mercado e sua utilização por entes públicos inseridos em contexto regional semelhante.

A partir desses elementos, foram identificadas e avaliadas as seguintes alternativas:

Alternativa 1 – Autogestão municipal da assistência à saúde

A primeira alternativa analisada consiste na estruturação de modelo de autogestão, no qual o próprio Município assumiria, direta ou indiretamente por estrutura própria, a administração da assistência à saúde dos beneficiários.

Nesse modelo, a Administração deixaria de transferir a uma operadora especializada parcela substancial da gestão assistencial e passaria a assumir responsabilidades relacionadas à organização e manutenção da rede de prestadores, gestão dos beneficiários, regulação e autorização de procedimentos, auditoria médica e assistencial, processamento de contas, relacionamento com hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais, controle da utilização dos serviços e acompanhamento permanente das despesas assistenciais.

A alternativa também transferiria ao Município parcela relevante dos riscos relacionados à variação da utilização dos serviços e dos respectivos custos. Eventos de elevada complexidade, internações prolongadas, procedimentos de alto custo ou concentração inesperada de despesas assistenciais poderiam produzir impacto financeiro significativo e de difícil previsibilidade.



Além disso, a implantação de modelo dessa natureza exigiria estrutura administrativa e técnica especializada, sistemas de informação, mecanismos de auditoria e controle, organização de rede assistencial suficientemente ampla e análise aprofundada das exigências jurídicas e regulatórias aplicáveis ao modelo que viesse a ser estruturado.

A situação torna-se ainda mais complexa diante da necessidade identificada neste ETP de assegurar assistência não apenas em Flores da Cunha e na Serra Gaúcha, mas também fora da região. A formação e gestão direta de uma rede capaz de proporcionar atendimento adequado em diferentes localidades ampliaria consideravelmente a complexidade administrativa e operacional da alternativa.

Considerando o quantitativo atual de aproximadamente 1.560 beneficiários, a estrutura administrativa necessária, os riscos financeiros envolvidos e a inexistência de estrutura municipal especificamente constituída para desempenhar essas funções, a implantação de autogestão demandaria profunda alteração do modelo atualmente utilizado e investimentos administrativos relevantes, sem evidência, no presente estudo, de que produziria ganhos proporcionais.

Neste sentido, a autogestão municipal não se mostra adequada no horizonte da presente contratação, em razão da elevada complexidade operacional e administrativa, da necessidade de estrutura técnica especializada e da maior exposição do Município aos riscos assistenciais e financeiros.

Alternativa 2 – Concessão de auxílio-saúde ou sistema de reembolso

A segunda alternativa consiste na substituição da contratação coletiva por mecanismo mediante o qual o Município concederia determinado valor financeiro aos servidores, a título de auxílio-saúde ou reembolso, cabendo a cada beneficiário contratar individualmente o produto ou serviço de sua preferência.

Esse modelo reduziria a participação direta da Administração na contratação da assistência, transferindo ao beneficiário a responsabilidade pela pesquisa, escolha, contratação e manutenção de seu próprio plano ou seguro de saúde, conforme as condições disponíveis individualmente no mercado.

Embora possa proporcionar maior liberdade individual de escolha, essa alternativa altera substancialmente a lógica do benefício atualmente existente. A massa de aproximadamente 1.560 vidas deixaria de integrar uma contratação coletiva estruturada pela Administração e seria fragmentada em contratações individuais ou familiares.

Essa fragmentação reduz a possibilidade de utilização da escala proporcionada pelo conjunto de beneficiários e tende a produzir condições distintas de acesso, preço, rede e cobertura entre os servidores. O valor eventualmente concedido pelo Município poderia ser suficiente para determinados beneficiários e insuficiente para outros, especialmente diante das diferenças de preço relacionadas à faixa etária e às características dos produtos disponíveis no mercado.



A questão é particularmente relevante para beneficiários idosos, famílias com maior número de dependentes e pessoas que necessitam de assistência continuada. A substituição do modelo coletivo por auxílio financeiro também poderia produzir descontinuidade ou alteração das condições assistenciais atualmente usufruídas, além de transferir aos próprios beneficiários atividades de contratação e relacionamento com as operadoras.

Do ponto de vista administrativo, seria ainda necessário estabelecer critérios de elegibilidade, valores, formas de comprovação, regras de reembolso, controles periódicos e procedimentos para verificar a efetiva manutenção dos planos individuais, sem que tais controles assegurassem uniformidade de cobertura entre os beneficiários.

Desta forma, embora juridicamente possa constituir modelo distinto de benefício, o auxílio-saúde ou reembolso não se mostra a alternativa mais adequada à necessidade identificada, pois fragmenta a massa de beneficiários, reduz a capacidade de obtenção de condições coletivas homogêneas e pode resultar em níveis distintos de proteção assistencial, especialmente em razão das diferenças etárias e familiares existentes entre os beneficiários.

Alternativa 3 – Credenciamento de múltiplas operadoras

A terceira alternativa consiste no credenciamento de operadoras de planos de saúde com seleção a critério dos beneficiários, nos termos do art. 79, inciso II, da Lei Federal nº 14.133/2021. Todas as interessadas que satisfaçam as condições do chamamento poderão ser credenciadas, cabendo ao servidor escolher a operadora à qual pretende aderir, conforme as regras do benefício municipal.

O modelo permite a coexistência de diferentes redes assistenciais, preservado um padrão mínimo comum de cobertura, abrangência e atendimento. A escolha informada possibilita que o beneficiário considere a disponibilidade dos profissionais e estabelecimentos utilizados, o acompanhamento especializado, os tratamentos em curso e os procedimentos programados.

O chamamento deverá estabelecer condições padronizadas de contratação e definir os valores aplicáveis, conforme o art. 79, § 1º, inciso III, da Lei Federal nº 14.133/2021, observada a regulamentação aplicável ao Município. As contratações decorrentes serão instruídas na forma do art. 72 e fundamentadas no art. 74, inciso IV, da mesma Lei.

A distribuição das aproximadamente 1.560 vidas decorrerá das escolhas dos beneficiários, sem garantia de adesões mínimas ou de exclusividade a qualquer operadora. A possível redução de escala deverá ser avaliada por pesquisa de mercado específica, verificando-se a sustentabilidade dos valores e o interesse das operadoras em executar o objeto nessas condições.

A gestão de múltiplos contratos exigirá cadastro consolidado dos beneficiários, identificação da operadora escolhida, controle de inclusões e exclusões, conferência individualizada das faturas e fiscalização das redes e dos níveis de serviço. Esses controles deverão impedir cobrança duplicada e assegurar o acompanhamento da execução de cada contrato.



Cada operadora deverá comprovar o atendimento integral aos requisitos mínimos do produto e da rede assistencial. A habilitação não pressupõe identidade entre as redes: suas diferenças deverão ser apresentadas de forma objetiva aos beneficiários, sem favorecimento de marca e sem garantia automática de manutenção de determinado profissional ou de autorizações anteriores.

Considerando a diversidade das necessidades individuais de saúde e a relevância dos vínculos assistenciais já estabelecidos, o credenciamento é a alternativa recomendada para desenvolvimento da contratação. Sua implementação dependerá da confirmação da viabilidade econômica e operacional, da definição das condições padronizadas e da análise jurídica, com medidas de continuidade assistencial e transição.

Alternativa 4 – Seleção competitiva de uma operadora para atendimento do conjunto de beneficiários

A quarta alternativa consiste na realização de procedimento licitatório para selecionar uma única operadora responsável pelo atendimento do conjunto de beneficiários, mediante definição prévia e objetiva das condições mínimas necessárias à satisfação da necessidade administrativa.

Nesse modelo, a Administração estabelece os requisitos assistenciais e de desempenho necessários, preservando a competição entre as operadoras capazes de atendê-los. Entre esses requisitos estarão delimitadas as condições de cobertura, abrangência geográfica, estrutura assistencial local e regional, atendimento em outros centros, regras relativas à continuidade assistencial e demais características tecnicamente necessárias.

A concentração da massa estimada de aproximadamente 1.560 beneficiários em uma única contratação preserva a escala do grupo e possibilita que as licitantes formulem suas propostas considerando o conjunto da população abrangida. Diferentemente do auxílio-saúde e do credenciamento de múltiplas operadoras, evita-se a fragmentação prévia da massa entre diferentes contratos.

O modelo proporciona, ainda, maior uniformidade das condições assistenciais. Os beneficiários permanecem submetidos às mesmas regras gerais de cobertura, atendimento e utilização, reduzindo diferenças decorrentes da contratação de produtos distintos e facilitando a comunicação das condições do benefício.

Sob a perspectiva administrativa, a existência de uma única operadora simplifica a gestão e a fiscalização, permitindo centralizar movimentações cadastrais, acompanhamento da execução, faturamento, tratamento de ocorrências e verificação do cumprimento das obrigações contratuais.

A alternativa também favorece a continuidade do modelo de assistência já adotado pelo Município, sem que isso implique direcionamento à atual prestadora. A nova seleção será submetida à competição, possibilitando a participação de qualquer operadora que demonstre capacidade para atender integralmente às condições estabelecidas.



A seleção competitiva também permite comparar objetivamente as propostas econômicas apresentadas pelas operadoras aptas a cumprir os requisitos mínimos, possibilitando à Administração buscar a proposta mais vantajosa sem abrir mão das condições assistenciais consideradas indispensáveis.

Apesar das vantagens de escala e de simplificação administrativa, a seleção de uma única operadora concentra em um único produto as diferentes necessidades assistenciais dos beneficiários. O atendimento aos requisitos mínimos não assegura que a rede da vencedora corresponda aos profissionais e estabelecimentos utilizados individualmente, podendo exigir reorganização simultânea do cuidado de todo o grupo.

A autogestão e o auxílio-saúde ou reembolso permanecem afastados pelas razões anteriormente expostas. Na comparação entre a seleção de uma única operadora e o credenciamento, atribui-se maior relevância à possibilidade de escolha informada pelo beneficiário, mantidas as condições assistenciais mínimas comuns e o controle dos recursos públicos.

Recomenda-se, portanto, a alternativa 3, mediante credenciamento com seleção a critério dos beneficiários. Os riscos de redução de escala e de maior complexidade administrativa deverão ser tratados por pesquisa de mercado adequada ao modelo, condições padronizadas de remuneração, controles cadastrais e de faturamento e fiscalização individualizada, sem presumir a adesão de qualquer operadora específica.

5. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO

A solução definida consiste no credenciamento de operadoras de planos privados de assistência à saúde, regularmente autorizadas pela ANS e responsáveis pelos produtos registrados e ofertados, mediante chamamento público, com seleção a critério dos beneficiários, nos termos do art. 79, inciso II, da Lei Federal nº 14.133/2021. O chamamento público resultará na formalização de Termo de Credenciamento com cada operadora que atender aos requisitos e às condições estabelecidos no edital, para disponibilização de plano coletivo empresarial aos servidores ativos e inativos, pensionistas e dependentes elegíveis, assegurada aos beneficiários a livre escolha entre as operadoras credenciadas.

Serão admitidas todas as operadoras que comprovem o atendimento às condições do chamamento. O conjunto de aproximadamente 1.560 vidas será distribuído conforme as escolhas dos beneficiários, sem exclusividade ou garantia de quantitativo mínimo a cada credenciada. Cada operadora responderá pela assistência integral dos beneficiários vinculados ao seu produto, preservadas as condições mínimas comuns.

O plano ofertado deverá possuir abrangência geográfica nacional plena, entendida como a possibilidade de atendimento dos beneficiários em qualquer Estado da Federação e no Distrito Federal, observadas as coberturas contratadas e a regulamentação aplicável. A abrangência nacional não ficará, portanto, limitada aos municípios identificados como principais polos de deslocamento dos beneficiários,



devendo a solução assegurar efetivo acesso à assistência em território nacional nas condições estabelecidas para o produto contratado.

A solução deverá contemplar segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com acomodação hospitalar semiprivativa, garantindo as coberturas obrigatórias estabelecidas pela legislação e pela regulamentação da ANS, bem como aquelas expressamente previstas nos documentos da contratação. A assistência compreenderá atendimentos eletivos, de urgência e de emergência, incluindo consultas médicas, exames, serviços de diagnóstico, terapias, procedimentos ambulatoriais, cirurgias, internações, tratamentos complementares e demais procedimentos abrangidos pelo produto contratado.

Além da abrangência nacional, deverá ser assegurada rede assistencial adequada em Flores da Cunha e na Serra Gaúcha, compatível com a concentração territorial dos beneficiários e com suas necessidades cotidianas de atendimento. A solução deverá, assim, conciliar a existência de rede local e regional efetiva com a possibilidade de utilização dos serviços em outras localidades do território nacional, inclusive Porto Alegre e demais centros de referência, quando necessário.

O acesso aos serviços cobertos deverá ocorrer diretamente pela rede disponibilizada pela operadora, mediante identificação do beneficiário por carteira física ou digital, sem desembolso antecipado do valor integral do atendimento. Nas localidades definidas no Termo de Referência, a franquia será paga diretamente ao prestador no ato do atendimento. Nos demais atendimentos em âmbito nacional, a coparticipação será cobrada posteriormente na fatura mensal da contratada, conforme o item 3.3 deste ETP.

A remuneração da contratada será composta pelas mensalidades correspondentes às respectivas faixas etárias dos beneficiários, acrescidas, quando incidentes, das coparticipações previstas contratualmente. As franquias e coparticipações deverão observar os limites estabelecidos nos documentos da contratação e na regulamentação aplicável, de forma a assegurar previsibilidade e evitar que sua incidência comprometa a finalidade assistencial do benefício.

A execução compreenderá todos os serviços e providências necessários ao pleno funcionamento da assistência, incluindo implantação do plano, inclusão e exclusão de beneficiários e dependentes, movimentações cadastrais, emissão e disponibilização de instrumentos de identificação, manutenção e atualização da rede assistencial, autorizações de procedimentos, internações, exames e terapias, disponibilização de canais de atendimento e orientação aos beneficiários, guia médico e demais instrumentos necessários à utilização dos serviços.

A solução deverá contemplar, ainda, atendimento adequado às pessoas neurodivergentes, observadas as coberturas legal e regulamentarmente estabelecidas e as condições previstas para o produto contratado, inclusive quanto aos procedimentos, terapias e atendimentos multidisciplinares abrangidos.

Também integrará a solução, nas hipóteses previstas contratualmente e de acordo com indicação e necessidade assistencial, a remoção ou traslado de pacientes entre estabelecimentos de saúde, inclusive hospitais e clínicas, mediante utilização de meio compatível com a condição clínica e a necessidade do



paciente, podendo envolver ambulância terrestre, helicóptero ou aeronave, conforme o caso e as condições de cobertura estabelecidas.

A operadora deverá manter mecanismos eficientes para autorizações, atendimento aos beneficiários, solução de intercorrências, disponibilização de informações sobre a rede, acompanhamento de demandas e comunicação com a fiscalização municipal. O faturamento deverá apresentar nível de detalhamento suficiente para permitir à Administração verificar as mensalidades, movimentações cadastrais, coparticipações e demais valores eventualmente incidentes, possibilitando o efetivo controle da execução contratual.

Especial atenção deverá ser conferida à continuidade assistencial e à transição entre a contratação vigente e a futura contratação, buscando evitar interrupções indevidas de tratamentos, internações, terapias e demais procedimentos em andamento. A implantação deverá ser planejada de forma coordenada, com troca tempestiva das informações necessárias e adoção das providências cadastrais e operacionais para que os beneficiários possam utilizar os serviços a partir do início da vigência contratual, observadas as disposições legais, regulamentares e contratuais pertinentes.

Não haverá disputa por menor preço global nem seleção de uma única vencedora. O edital definirá as condições padronizadas e os valores de contratação, inclusive por faixa etária, com base em pesquisa de preços compatível com o credenciamento e análise de viabilidade econômica, observadas as regras da ANS e da legislação municipal sobre o custeio do benefício.

O edital de chamamento público permanecerá aberto ao recebimento de requerimentos de credenciamento pelo prazo de 30 (trinta) dias corridos, contados da data de sua publicação, assegurada, durante todo esse período, a inscrição de quaisquer interessados que atendam às condições estabelecidas no edital.

O edital estabelecerá os procedimentos e os prazos para apresentação e análise da documentação, interposição e julgamento de recursos e implantação inicial dos serviços, sem fase de apresentação de lances.

O prazo de inscrição não se confunde com a vigência dos instrumentos contratuais celebrados com as operadoras credenciadas, que observarão os prazos e as condições próprios previstos neste Termo de Referência. As disposições do edital continuarão aplicáveis à conclusão do procedimento e às contratações dele decorrentes, durante os respectivos períodos de vigência.

A definição do prazo de 30 (trinta) dias corridos para apresentação dos requerimentos de credenciamento considera as particularidades operacionais da contratação, especialmente a necessidade de organização e planejamento das atividades dos setores de Recursos Humanos e de Compras, responsáveis, respectivamente, pela gestão dos beneficiários e pelos procedimentos administrativos relacionados ao credenciamento.

A inclusão de novas operadoras exige providências específicas de cadastramento, parametrização e adequação do sistema de folha de pagamento, além da organização dos procedimentos de faturamento,



controle e acompanhamento contratual. Dessa forma, a delimitação do período de inscrições busca permitir a conclusão coordenada dessas etapas, conferindo maior segurança, eficiência e previsibilidade à implantação e à execução dos serviços, sem comprometer a continuidade da assistência aos beneficiários.

O prazo estabelecido é considerado suficiente para assegurar ampla oportunidade de participação às operadoras interessadas, mediante divulgação do chamamento público e disponibilização das condições de credenciamento durante todo o período de inscrições, em observância aos princípios da publicidade, isonomia, razoabilidade e eficiência administrativa. A definição também encontra respaldo no entendimento firmado pelo Tribunal de Contas da União no Acórdão nº 2.192/2025 – Plenário, segundo o qual o cadastramento permanente previsto no art. 79, § 1º, inciso I, da Lei Federal nº 14.133/2021 não pressupõe a manutenção indefinida do período de inscrições, admitindo-se a fixação de prazo razoável, previamente estabelecido e acessível a todos os interessados.

A escolha da operadora será formalizada pelo beneficiário titular, após disponibilização de informações claras e suficientes sobre os produtos ofertados, a rede assistencial, os valores das mensalidades, as condições de franquia e coparticipação e os demais aspectos relevantes à utilização dos serviços, assegurada a liberdade de escolha entre as operadoras regularmente credenciadas, observadas as condições estabelecidas no edital e no Termo de Referência.

O Termo de credenciamento terá vigência inicial de 12 (doze) meses. Considerando a natureza continuada dos serviços e a necessidade permanente de assistência à saúde dos beneficiários, a contratação poderá ser prorrogada sucessivamente, nos termos dos arts. 106 e 107 da Lei Federal nº 14.133/2021 desde que demonstradas a manutenção da necessidade, a vantajosidade para a Administração, a disponibilidade orçamentária e o atendimento aos demais requisitos legais e contratuais.

Em caso de prorrogação contratual, os valores poderão ser reajustados, mediante solicitação da contratada, pela variação acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA – Subitem Serviços de Saúde, levantado e divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

6. ESTIMATIVA DOS QUANTITATIVOS

Utilizou-se a distribuição atualizada de vidas fornecida pelo Setor de Recursos Humanos, correspondente aos beneficiários atualmente vinculados ao plano de saúde.

Faixa etária	Quantidade estimada de vidas
0 a 18 anos	367
19 a 23 anos	54
24 a 28 anos	86



Faixa etária	Quantidade estimada de vidas
29 a 33 anos	83
34 a 38 anos	113
39 a 43 anos	136
44 a 48 anos	167
49 a 53 anos	108
54 a 58 anos	105
59 anos ou mais	341
TOTAL	1.560

O quantitativo de 1.560 vidas tem finalidade de estimativa global de demanda e de orçamento, sem constituir garantia de contratação por operadora. O pagamento mensal a cada contratada corresponderá aos beneficiários efetivamente vinculados ao respectivo produto, por faixa etária, segundo os valores definidos no chamamento, vedada a duplicidade de faturamento.

7. ESTIMATIVA DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

A pesquisa de preços considerou os valores do contrato vigente de Flores da Cunha e de contratações comparáveis de Nova Pádua, Farroupilha e Garibaldi, todos para plano nacional, conforme planilha anexa. Adotou-se a mediana dos valores por faixa etária, em consonância com o art. 23 da Lei nº 14.133/2021

Orçamentação do plano de saúde nacional

Faixa etária	Vidas	Flores da Cunha ¹	Nova Pádua ²	Farroupilha ³	Garibaldi ⁴	Mediana	Mensal estimado
0 a 18 anos	367	R\$ 191,02	R\$ 201,19	R\$ 170,56	R\$ 183,12	R\$ 187,07	R\$ 68.654,69
19 a 23 anos	54	R\$ 200,57	R\$ 211,24	R\$ 179,08	R\$ 192,27	R\$ 196,42	R\$ 10.606,68
24 a 28 anos	86	R\$ 219,67	R\$ 231,37	R\$ 196,14	R\$ 210,59	R\$ 215,13	R\$ 18.501,18
29 a 33 anos	83	R\$ 248,32	R\$ 261,54	R\$ 221,72	R\$ 238,05	R\$ 243,19	R\$ 20.184,77
34 a 38 anos	113	R\$ 286,53	R\$ 301,78	R\$ 255,83	R\$ 274,68	R\$ 280,61	R\$ 31.708,93
39 a 43 anos	136	R\$ 362,93	R\$ 382,26	R\$ 324,06	R\$ 347,93	R\$ 355,43	R\$ 48.338,48
44 a 48 anos	167	R\$ 483,28	R\$ 509,01	R\$ 431,51	R\$ 463,29	R\$ 473,29	R\$ 79.039,43



49 a 53 anos	108	R\$ 651,37	R\$ 686,05	R\$ 581,60	R\$ 624,43	R\$ 637,90	R\$ 68.893,20
54 a 58 anos	105	R\$ 880,27	R\$ 927,48	R\$ 786,26	R\$ 844,18	R\$ 862,23	R\$ 90.534,15
59 anos ou mais	341	R\$ 1.144,18	R\$ 1.205,12	R\$ 1.021,63	R\$ 1.096,88	R\$ 1.120,53	R\$ 382.100,73
TOTAL	1560						R\$ 818.562,24

Mensalidades — estimativa anual (12 meses): R\$ 9.822.746,88.

Taxa de inscrição - R\$ 40,00.

¹ Valor corrigido em 5,11%. ² Aditivo nov./2026. ³ Aditivo set. ⁴ Aditivo fev./2027.

Mensal estimado = quantidade de vidas × mediana dos quatro preços pesquisados.

8. JUSTIFICATIVA PARA O NÃO PARCELAMENTO

Os serviços assistenciais que integram cada produto são interdependentes e deverão ser disponibilizados de forma integral pela operadora escolhida pelo beneficiário. A estimativa global de aproximadamente 1.560 vidas não exige sua concentração em uma única contratada.

Não se propõe dividir a cobertura de um mesmo beneficiário por especialidade, faixa etária, região ou tipo de atendimento. A assistência ambulatorial e hospitalar, as consultas, exames, terapias, internações e demais coberturas deverão integrar o produto nacional da operadora escolhida.

A coexistência de diferentes operadoras decorre da escolha dos beneficiários no credenciamento, e não da divisão de coberturas complementares entre prestadores. Cada contratada deverá cumprir integralmente as condições assistenciais mínimas para o grupo vinculado ao seu produto.

Os efeitos econômicos da distribuição das vidas deverão ser avaliados na pesquisa de mercado e na definição dos valores padronizados, considerando-se a ausência de garantia de adesões mínimas. Não se presume a manutenção das condições econômicas de uma contratação que concentre toda a população em uma única operadora.

Também não se mostra adequado o parcelamento territorial. A abrangência nacional constitui requisito funcional da própria solução e deve coexistir com a disponibilidade de rede adequada em Flores da Cunha e na Serra Gaúcha. A divisão da assistência por regiões comprometeria a lógica de cobertura nacional pretendida e poderia criar dificuldades para beneficiários que necessitem de atendimento ou estejam em deslocamento fora de sua região habitual.

Cada operadora será responsável pela execução integral das obrigações relativas aos beneficiários vinculados ao seu produto, com fiscalização individualizada e controle consolidado pelo Município, de modo a identificar a responsabilidade por autorizações, atendimentos, faturamento e continuidade assistencial.



A integração das coberturas de cada produto é compatível com a contratação de múltiplas operadoras por credenciamento. O modelo deverá manter requisitos mínimos comuns, assegurar escolha informada e estabelecer procedimentos administrativos para gerir os diferentes contratos.

Justifica-se, assim, a manutenção da assistência integral dentro de cada produto, sem parcelamento de suas coberturas, combinada com o credenciamento de operadoras escolhidas pelos beneficiários, observadas a viabilidade econômica, a continuidade assistencial e as medidas de gestão e fiscalização.

9. CONTRATAÇÕES CORRELATAS E/OU INTERDEPENDENTES

Não foram identificadas contratações correlatas ou interdependentes necessárias à execução do objeto. A assistência à saúde será disponibilizada por cada operadora credenciada aos beneficiários vinculados ao respectivo plano, abrangendo os serviços e as providências necessários à sua execução, conforme as condições estabelecidas no edital e no Termo de Credenciamento.

10. RESULTADOS PRETENDIDOS

- manter cobertura assistencial sem interrupção para a massa atual;
- assegurar acesso local e regional para demandas frequentes e acesso nacional para deslocamentos e tratamentos especializados;
- garantir atendimento multiprofissional adequado às pessoas neurodivergentes, inclusive beneficiários com TEA, nos termos da regulamentação vigente;
- assegurar o traslado de pacientes entre hospitais e clínicas por ambulâncias, helicópteros ou aeronaves, para cuidados médicos especializados, quando solicitado pelo médico assistente;
- preservar tratamentos em curso e carências já cumpridas;
- reduzir riscos de afastamentos prolongados e contribuir para a continuidade dos serviços públicos;
- estabelecer valores de contratação justificados e previsíveis por faixa etária, com faturamento auditável por operadora;
- estabelecer indicadores de atendimento, rede e resposta administrativa fiscalizáveis;
- assegurar escolha informada entre as operadoras credenciadas, sem direcionamento por marca ou modelo cooperativo específico, considerando as necessidades individuais e a continuidade assistencial.

11. PROVIDÊNCIAS A SEREM ADOTADAS PELA ADMINISTRAÇÃO PREVIAMENTE A CELEBRAÇÃO DO CONTRATO

A implantação do credenciamento exigirá verificar a adequação dos sistemas de cadastro, folha e faturamento à gestão de múltiplas operadoras e adotar os ajustes operacionais necessários.

12. IMPACTOS AMBIENTAIS E MEDIDAS MITIGADORAS

O objeto é predominantemente imaterial e não apresenta impacto ambiental direto relevante. Como medidas mitigadoras, deverão ser priorizados cartão digital, guia médico eletrônico, faturamento e



comunicações digitais, assinatura eletrônica e redução de impressões. Quando houver cartão físico, recomenda-se material reciclável e logística adequada de descarte.

13. POSICIONAMENTO CONCLUSIVO SOBRE A VIABILIDADE DA CONTRATAÇÃO

Com base nas análises deste Estudo Técnico Preliminar, recomenda-se o prosseguimento do planejamento pela alternativa de credenciamento de operadoras, com seleção a critério dos beneficiários, nos termos do art. 79, inciso II, e contratações fundamentadas no art. 74, inciso IV, da Lei Federal nº 14.133/2021.

Os elementos examinados demonstram que a solução definida apresenta condições de atender adequadamente à necessidade do Município, observados os requisitos técnicos, assistenciais, operacionais, regulatórios e econômicos estabelecidos neste ETP, não tendo sido identificados, nesta etapa do planejamento, impedimentos que inviabilizem sua implementação.

Diante disso, recomenda-se o prosseguimento do processo administrativo, com a adequação do Termo de Referência existente ao credenciamento e a conclusão da fase preparatória, em conformidade com a Lei Federal nº 14.133/2021, a regulamentação aplicável e as normas internas do Município.

A conclusão da fase preparatória deverá contemplar a análise dos riscos, a instrução e as manifestações exigidas pelo art. 72 da Lei Federal nº 14.133/2021. A publicação do chamamento público dependerá do atendimento às condições indicadas neste estudo e da aprovação pela autoridade competente.

RESPONSÁVEIS PELA ELABORAÇÃO



Assinado digitalmente por:
MICHELLE LUSA
***.478.740-**
20/10/2026 09:36:43 -03:00
Michelle Lusa

Secretária de Administração e Governança



Assinado digitalmente por:
GEOVANIA CAPELIN
***.431.250-**
20/10/2026 09:17:04 -03:00
Geovania Capelin

Diretora de Administração e Governança

Data: 19 de outubro de 2026.