



CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DO ESPÍRITO SANTO

ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR

Processo nº 9079618110000798.000074/2024-02

ESTUDOS PRELIMINARES

O presente documento visa analisar a viabilidade da presente contratação, bem como levantar os elementos essenciais que servirão para compor o Termo de Referência ou projeto Básico, de forma a melhor atender às necessidades da Administração.

1. Dados do Processo:

Órgão Responsável pela Contratação:	Conselho Regional de Contabilidade do Espírito Santo.
Objeto:	Contratação de assistência médica e hospitalar completa, para os funcionários do CRCES e seus dependentes, visando cumprir o que dispõe o Plano de Cargos e Salários.
Nº do Processo Administrativo:	9079618110000798.000074/2024-02

2. Diretrizes gerais para a contratação:

2.1 - DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO, CONSIDERADO O PROBLEMA A SER RESOLVIDO SOB A PERSPECTIVA DO INTERESSE PÚBLICO; *

A presente justificativa fundamenta a necessidade de contratação de um Plano de Assistência Médica de natureza coletiva empresarial, **sem período de carência, do tipo sem coparticipação**, abrangendo segmentações ambulatorial, hospitalar e obstétrica, com cobertura em todo o estado do Espírito Santo, para casos de urgência e emergência, em todo o território nacional. Essa contratação tem como objetivo assegurar a prestação de assistência médica aos empregados do CRCES e seus dependentes, sendo a adesão facultativa, pelo período de 12 (doze) meses.

A medida visa proporcionar aos colaboradores melhores condições de cuidado com a saúde, abrangendo tanto a prevenção quanto o tratamento de eventuais enfermidades ou acidentes, conforme previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS. O CRCES tem historicamente ofertado esse benefício por compreender que ele impacta positivamente o bem-estar físico e psicológico dos seus empregados, refletindo diretamente no desenvolvimento regular de suas

atividades profissionais.

A entidade reconhece que a saúde é um direito fundamental, essencial ao pleno desenvolvimento das atividades cotidianas, incluindo as laborais. Diante da iminência do vencimento do contrato atual em 31/01/2026, a realização de novo processo licitatório se faz necessária para garantir a continuidade desse benefício essencial.

A contratação proposta encontra respaldo no Plano Anual de Contratações e está alinhada ao Planejamento Estratégico do CRCES, especialmente no que tange à oferta de meios que permitam o cumprimento das diretrizes de gestão e dos objetivos da Qualidade. Como uma entidade de classe criada pelo Decreto-lei 9.295/46, com um quadro funcional composto por 24 empregados ativos e 17 dependentes, o CRCES busca promover um ambiente de trabalho saudável e propício ao crescimento profissional, incentivando seus colaboradores a desempenharem suas atividades com qualidade e satisfação.

A inclusão de dependentes é facultativa e custeada integralmente pelos empregados, sendo o número estimado com base no cadastro funcional. Proporcionar segurança e tranquilidade aos colaboradores no campo da saúde é fundamental, considerando que o acesso à assistência médica pública, embora garantido constitucionalmente, não supre as necessidades atuais de forma eficaz.

Embora a assistência prestada por planos privados possua limitações, é amplamente reconhecida como a forma mais eficiente de atendimento médico-hospitalar no país. Nesse contexto, a intenção do CRCES é oferecer uma assistência à saúde que auxilie tanto na vida profissional quanto na vida privada dos empregados, mitigando os efeitos prejudiciais de enfermidades no desempenho funcional.

Diante da essencialidade desse serviço, justifica-se a contratação ininterrupta, garantindo a continuidade das atividades do CRCES e o acesso à rede de saúde para os seus empregados. A contratação pode se estender por mais de um exercício financeiro, sendo a sua interrupção prejudicial ao cumprimento da missão institucional.

O plano de assistência médica deve assegurar condições adequadas de prevenção e tratamento conforme o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e o futuro Termo de Referência.

Inicialmente, justifica-se a contratação para PROMOVER A SAÚDE FÍSICA E MENTAL DAS PESSOAS, considerando a importância da Assistência Complementar em Saúde como um serviço a ser oferecido a todas as “vidas” dos servidores, ativos, assim como dependentes, com objetivo de proporcionar tranquilidade, segurança e garantia de atendimento em caso de fragilidade da saúde, bem maior de todos. Visa também proporcionar assistência médica complementar, prevista no Art. 230 da Lei nº. 8.112/90, aos servidores, ativos, respectivos dependentes e pensionistas deste Regional, através de plano ou seguro de saúde coletivo de cobertura em todo território nacional e/ou conforme opção do beneficiário,

A justificativa apresentada pelo Setor de Pessoal está embasada pela Cláusula Décima Oitava – Assistência Médica-Hospitalar do Acordo Coletivo de Trabalho 2023/2025, que prevê a concessão de plano de saúde aos empregados do CRCES, com o custeio de 95% do valor individual por parte da instituição. Os cônjuges e filhos dos empregados podem ser incluídos mediante autorização para desconto em folha dos valores correspondentes de forma integral.

Por fim, considerando-se a natureza contínua desse serviço, sua interrupção impactaria negativamente as atividades do CRCES. Os serviços de assistência médica são considerados comuns, podendo ser definidos e mensurados objetivamente, além de ofertados por diversas empresas do setor, sem necessidade de requisitos exclusivos ou qualificação específica.

2.2 - PREVISÃO DA CONTRATAÇÃO NO PLANO DE CONTRATAÇÕES ANUAL;

A contratação terá previsão no Plano de Contratações Anual do CRCES para o exercício 2026 v1.

2.3 - REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO;

COBERTURA E ESPECIFICAÇÕES

ITEM 01					
Subitem	CATSER	Descrição	Descrição complementar	Unidade de medida	Quantidade
01		Plano de Saúde	<p>Plano de Saúde para os funcionários do CRCES e seus dependentes, abrangência em todo o Estado do Espírito Santo, com atendimento para urgência e emergência em todo o Brasil, acomodação em apartamento, rede ampla e sem coparticipação.</p> <p>Segmento: Plano médico-hospitalar e ambulatorial com obstetrícia.</p> <p>Abrangência geográfica: Regional e Nacional para casos de urgência e emergência.</p> <p>Modalidade: Sem Coparticipação.</p> <p>Público beneficiário: Empregados do CRCES e seus dependentes.</p>	Mês	12

Cobertura Geral do Plano

2.3.1 A prestação dos serviços, de caráter continuado, de Plano de Assistência Médica de natureza coletiva empresarial, sem carência e sem coparticipação, nas segmentações ambulatorial, hospitalar e obstétrica, incluída a cobertura assistencial, para os empregados do CRCES e seus dependentes, sendo facultativa a adesão ao plano, durante o período de 12 (doze) meses.

2.3.2 Cobertura a consultas, exames e internações hospitalares, sem participação, com livre escolha em toda a rede credenciada da CONTRATADA.

Rede Credenciada

2.3.3 A rede credenciada deverá ser comprovada no ato da assinatura do contrato e conter no mínimo 1 (um) hospital que ofereça atendimento 24 (vinte e quatro) horas, de urgência ou emergência, centro cirúrgico, UTI geral e uma maternidade com UTI neonatal em cada uma das seguintes cidades: Vitória (ES), Vila Velha (ES), Serra (ES) e Cariacica (ES).

Autorização de Exames

2.3.4 A Contratada disponibilizará a autorização de exames por meio eletrônico (internet, e-mail ou fax), sem necessidade de participação do usuário, com livre escolha em toda a rede credenciada.

Atendimento e Cobertura Territorial

2.3.5 Atendimento em todo o estado do Espírito Santo, com atendimento para urgência e emergência em todo o território nacional, através de rede própria e/ou credenciada, de livre escolha, quando não houver rede credenciada na localidade.

Internação Hospitalar

2.3.6 Prazo para internação: Sem limite.

2.3.7 Diárias de internação incluem: registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem.

2.3.8 Em caso de indisponibilidade de leito hospitalar na acomodação contratada, a operadora garantirá acesso a acomodação superior, sem ônus adicional, até que haja disponibilidade do leito contratado.

2.3.9 As diárias de UTI incluirão, também (além de serviços previstos na diária normal), a monitoração cardiorrespiratória e toda a assistência respiratória.

2.3.10 Cobertura de despesas com taxas de sala de cirurgia e sala de hemodinâmica.

Cobertura de Acompanhantes

2.3.11 Acomodação e alimentação garantidas para acompanhantes de qualquer idade, exceto em casos de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento.

Cobertura de Parto e Neonatologia

2.3.12 Inclui a permanência da paciente em instalações adequadas e os cuidados pertinentes durante o trabalho de parto e neonatologia.

2.3.13 Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular ou seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento, incluindo vacinas obrigatórias distribuídas gratuitamente pelo SUS.

Cobertura de Procedimentos Especiais

2.3.14 Transplantes de medula óssea, rins e córnea, bem como despesas com doador vivo, implantes, fornecimento de próteses e órteses, marcapasso e stent, ligadas ao ato cirúrgico, mediante autorização prévia da CONTRATADA.

2.3.15 Cirurgia plástica reparadora, incluindo reconstrução de mama em casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer.

2.3.16 Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

Cobertura de Medicamentos e Materiais

2.3.17 Fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, durante o período de internação hospitalar.

2.3.18 Medicamentos nacionais ou importados, na falta de similar nacional, durante os períodos de internação.

Cobertura de Consultas e Tratamentos

2.3.19 Consultas médicas, em número ilimitado, inclusive obstétrica, pré-natal e em especialidades reconhecidas pelo Conselho Regional de Contabilidade do Espírito Santo.

2.3.20 Apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais.

Cobertura de Urgência e Emergência

2.3.21 Atendimento em todo o território nacional, através de rede própria e/ou credenciada, de livre escolha, quando não houver rede credenciada na localidade.

Cobertura de Transplantes

2.3.22 Cobertura de transplantes de córnea e rim, bem como transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde da ANS, incluindo:

2.3.23 Despesas assistenciais com doadores vivos.

2.3.24 Medicamentos utilizados durante a internação.

2.3.25 Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção.

2.3.26 Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, na forma de ressarcimento ao SUS.

Carência

2.3.27 Carência zero para beneficiários e dependentes que se enquadrem nas situações de admissão, nomeação, designação ou qualquer ato que o institua como novo beneficiário, desde que solicitado o cadastramento no período de 30 (trinta) dias.

2.3.28 O beneficiário que contribuir para este Plano de Assistência à Saúde, decorrente de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, deverá ter assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade patronal, pelo prazo determinado no artigo 30 da Lei 9.656/98.

2.3.29 A condição prevista neste item deixará de existir quando da admissão do beneficiário em novo emprego.

2.3.30 Ao aposentado que contribuir para este Plano de Assistência à Saúde, decorrente de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral do mesmo, enquadrando-se no prêmio de sua faixa, de acordo com as faixas etárias que deram origem a cotação inicial, e dentro da conformidade do artigo 31 e regulamento da Lei 9656/98.

2.3.31 Ao aposentado que contribuir para este Plano de Assistência à Saúde, por um período inferior ao estabelecido no subitem 2.3.30 deverá ser assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.

2.3.32 A manutenção de que trata o subitem é extensiva, obrigatoriamente a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho e deixará de existir quando da admissão do beneficiário em novo emprego.

2.3.33 Os titulares serão excluídos do programa de assistência à saúde nos seguintes casos:

- a) prática de infrações com o objetivo de obtenção de vantagem ilícita;
- b) prática de fraude;
- c) morte;
- d) recusa de efetuar exames ou diligências necessárias a resguardar os direitos do contratante ou da contratada;
- e) a cessação do vínculo entre o empregado e o contratante;
- f) com o cancelamento do Contrato;
- g) quando o dependente perder esta condição pela forma estabelecida pelo contratante;
- h) pelo pedido expresso do empregado.

2.3.34 O titular responderá por quaisquer prejuízos causados pelo uso indevido da carteira de identificação durante o período em que permanecer cadastrado no programa até a sua exclusão, o qual deverá efetuar o ressarcimento diretamente a CONTRATADA

Cobertura Assistencial

2.3.35 A cobertura assistencial observará os requisitos legais vigentes e Resoluções editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS de conformidade com o rol de procedimentos, em vigor, estabelecido pela ANS, para despesas de assistência médico-hospitalar, incluindo partos (obstetrícia) e tratamentos, realizados nos limites da cobertura territorial estabelecida em contrato, das doenças listadas na Classificação estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, em caráter eletivo e em urgência ou emergência, compreendendo:

- a) Cobertura de consultas e sessões médicas, em número ilimitado, em especialidades básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, de acordo com o rol da ANS;
- b) Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, em todas as especialidades médicas devidamente reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e cobertas pelo rol de procedimentos da ANS;
- c) Cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- d) Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- e) Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação para paciente internados;
- f) Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- g) Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, do local onde se encontrar para estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;
- h) Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto, decorrido esse prazo, a cobertura fica condicionada à inclusão do recém-nascido em plano de assistência à saúde.
- i) Cobertura dos seguintes procedimentos considerados especiais:
 - i.1) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD, que serão cobertas em qualquer caso de necessidade;
 - i.2) quimioterapia ambulatorial, incluindo-se o estimulante de leucócito, a implantação de cateter e de bomba portátil de infusão permanente com equipos e reservatório;
 - i.3) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc)
 - i.4) hemoterapia;
 - i.5) cirurgias oftalmológicas;
 - i.6) nutrição paraenteral ou enteral;
 - i.7) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - i.8) embolizações e radiologia intervencionista;
 - i.9) exames pré-anestésicos e pré-cirúrgicos;
 - i.10) fisioterapia;
 - i.11) electrococcleografia;
 - i.12) cirurgias esterilizadoras (vasectomia e salpingotripsia);
 - i.13) cirurgia plástica reconstrutora de mama, caso de mutilação decorrente da utilização da técnica de tratamento de câncer;
 - i.14) fonoaudiologia, até limite estabelecido pela ANS;

i.15) Sessões de Acupuntura;

i.16) sessões de aplicações para tratamento de varizes.

j) Medicamentos nacionais ou importados, caso não haja similar nacional, durante os períodos de internação.

k) Utilização de leitos especiais, monitores e toda a aparelhagem e material, indispensáveis ao tratamento.

l) Unidade de terapia intensiva ou isolamento, quando determinado pelo médico assistente, sem limitação de prazo;

m) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do associado menor de 18 (dezoito) anos ou com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto no caso de internação em UTI ou similar.

n) Cirurgia Plástica reparadora, quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de acidentes pessoais ocorridos na vigência deste contrato para o respectivo associado, e que estejam causando problemas funcionais;

o) Cirurgias Buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar;

p) Transplantes vinculados, isto é, todos aqueles necessários à realização do transplante, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, incluindo:

p.1) despesas assistenciais com doadores vivos;

p.2) medicamentos nacionais ou importados, na falta de similar nacional, utilizados durante a internação;

p.3) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

p.4) os transplantes provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica;

2.3.36 A cobertura obstetrícia compreende toda a cobertura dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto.

2.3.37 São cobertas as despesas com honorários médicos, diárias de berçário e centro de terapia intensiva do recém-nascido, filho natural ou adotivo, bem como medicamentos nacionais ou importados, na falta de similar nacional, materiais e exames indispensáveis ao seu tratamento, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento. Decorrido esse prazo, a cobertura fica condicionada à inclusão do recém-nascido em plano de assistência à saúde.

2.3.38 Ao recém-nascido, enquanto permanecer no hospital ficará assegurado à cobertura de vacinas obrigatórias, distribuídas gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde-SUS, sem ônus para o usuário ou para a contratante.

2.3.39 A acomodação dos pacientes será em regime de internação, em apartamento individual, com banheiro privativo e com direito a acompanhante, estando incluídas as despesas do acompanhante.

2.3.40 Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao beneficiário o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

2.3.41 Caso a contratada não tenha credenciamento com alguma(s) da(s) especialidade(s) constante no rol da ANS, a mesma deverá reembolsar o valor pago pelo beneficiário, de acordo com a tabela da contratada do plano escolhido.

Exclusões

2.3.42 Não estão cobertos pelo Plano de Assistência à Saúde Suplementar os exames admissionais, periódicos, demissionais ou equivalentes.

Autorização Prévia

2.3.43 A critério da contratada, poderá haver a necessidade de autorização prévia para marcação de exames, observadas as determinações da Resolução Normativa ANS nº 566, de 29 de dezembro de 2022.

Aplicação de Normas

2.3.44 Aplicam-se, ainda, aos casos de coberturas assistenciais, plano ambulatorial, plano hospitalar e plano hospitalar com obstetrícia as disposições da Resolução Normativa ANS nº 465, de 24 de fevereiro de 2021.

Relatórios e Informações

2.3.45 A Contratada deverá fornecer, mensalmente, arquivos informatizados e extratos demonstrativos, de acordo com o formato a ser definido pelas partes, referente à utilização de assistência médica por titulares e dependentes, de forma analítica, sintética e geral, discriminando todos os serviços realizados, para fins de gerenciamento interno do CRCES.

Atendimento e Identificação

2.3.46 Os serviços contratados serão prestados de forma contínua aos beneficiários mediante apresentação de cartão personalizado, com data de validade, independentemente de comprovação de pagamento ou de prévia autorização, bem como do local onde se encontre o beneficiário, principalmente em casos de urgência e/ou emergência.

2.3.47 Caso o beneficiário não esteja de posse de seu cartão de identificação, o prestador de serviços deverá efetuar a verificação do cadastro junto da Operadora do Plano de Saúde ou Seguradora de Assistência à Saúde.

Abrangência dos Serviços

2.3.48 Os serviços deverão abranger todas as ações necessárias à prevenção da doença e/ou à recuperação, à manutenção e à reabilitação da saúde, decorrentes ou não de acidente de trabalho, com cobertura médico-hospitalar e ambulatorial, compreendendo consulta médica (em hospitais, clínicas e consultórios), cirurgia, pronto-socorro, hospitalização, assistência ambulatorial, Unidade de Terapia Intensiva, serviço complementar de diagnóstico e tratamento de rotina e especializado.

Doenças e Lesões Preexistentes

2.3.49 É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de assinatura do contrato decorrente deste instrumento.

Variação de Beneficiários

2.3.50 Durante a vigência contratual, poderá haver variação da quantidade de beneficiários cadastrados, bem como das faixas etárias.

Livre Escolha de Prestadores

2.3.51 Os beneficiários terão direito à livre escolha dos médicos, hospitais, pronto-socorro, laboratórios e outros serviços complementares de diagnóstico e terapia pelos quais serão atendidos, constantes na lista credenciada da Operadora de Plano de Saúde ou Seguradora de Assistência à Saúde. Por esse sistema, os beneficiários utilizam os serviços da Lista de Prestadores Referenciados/Credenciados, dentro dos padrões contratuais.

Atendimento

2.3.52 Para informações médicas, hospitalares e administrativas aos beneficiários, bem como para autorizações de procedimentos, quando exigido, a Contratada deverá dispor de plantão de atendimento telefônico gratuito 24 (vinte e quatro) horas por dia, inclusive sábados, domingos e feriados e por meio eletrônico (site, e-mail ou aplicativo fax).

Guia Médico Eletrônico

2.3.53 A Contratada disponibilizará Guia Médico Eletrônico, de fácil acesso, tanto da rede local quanto da rede nacional credenciada, conforme a modalidade de plano a que pertença o beneficiário,

constando nome, telefone e endereço dos médicos, hospitais, clínicas, casas de saúde, centros médicos, laboratórios, institutos e outras entidades da área de saúde e serviços auxiliares, devendo o referido guia ser atualizado constantemente.

CRONOGRAMA DE DISPONIBILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS		
ITEM	SERVIÇO	PRAZO
1.	Início da prestação dos serviços	No dia de início da vigência contratual.
2.	Emissão das novas carteirinhas	Até 10 dias após assinatura do contrato.
2.1.	Emissão de segunda via de carteirinhas	Até 30 dias após a solicitação do CRCES.

2.4 - ESTIMATIVAS DAS QUANTIDADES PARA A CONTRATAÇÃO, ACOMPANHADAS DAS MEMÓRIAS DE CÁLCULO E DOS DOCUMENTOS QUE LHEM DÃO SUPORTE; *

2.4.1 A estimativa de quantidade foi baseada na quantidade de funcionários atual do CRCES e seus dependentes, conforme descrito ao longo deste documento.

FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE ESTIMADA DE VIDAS NA FAIXA ETÁRIA
0/18 anos	11
19/23 anos	2
24/28 anos	0
29/33 anos	2
34/38 anos	5
39/43 anos	14
44/48 anos	6
49/53 anos	1
54/58 anos	0
Acima de 59 anos	0
Total	41

2.5 - LEVANTAMENTO DE MERCADO, ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS POSSÍVEIS E JUSTIFICATIVAS TÉCNICA E ECONÔMICA DA ESCOLHA DO TIPO DE SOLUÇÃO A CONTRATAR;

Foram identificadas três alternativas principais para atender à demanda:

Contratação de Plano de Saúde Coletivo Empresarial :

Operadora de plano de saúde registrada na ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).

Cobertura conforme a Lei nº 9.656/98, que regulamenta os planos de saúde e define os tipos de cobertura.

Implementação de Planos de Autogestão :

Modalidade sem fins lucrativos, com gestão própria da assistência à saúde.

A empresa assume o risco da variação dos custos médicos.

Requer pessoal especializado e conhecimento técnico para gestão.

Reembolso (Auxílio-Saúde):

Benefício concedido ao servidor/empregado para ressarcimento parcial ou integral de despesas com planos de saúde particulares.

O plano deve atender ao padrão mínimo do rol de procedimentos da ANS.

3. Análise das Alternativas

Alternativa	Vantagens	Desvantagens
Plano de Saúde Coletivo Empresarial	- Amplo mercado de operadoras registradas na ANS.	- Custos podem variar conforme a abrangência e cobertura.
Autogestão em Saúde	- Cobertura definida por lei, com segurança jurídica. - Facilidade de gestão, sem necessidade de estrutura interna para administração. - Controle direto sobre os custos e qualidade do atendimento. - Potencial redução de custos a longo prazo.	- Necessidade de análise detalhada das propostas para garantir atendimento total. - Requer pessoal especializado e estrutura interna para gestão. - Assunção de riscos financeiros e operacionais.
Reembolso (Auxílio-Saúde)	- Flexibilidade para o beneficiário escolher seu plano de saúde.	- Dificuldade de controle e fiscalização dos gastos.
	- Menor custo inicial para a empresa.	- Risco de despesas imprevistas e falta de padronização no atendimento.

Após análise, a **Contratação Operadora de Plano de Saúde Coletivo Empresarial** é a alternativa mais adequada para atender às necessidades do CRCES, devido às seguintes razões:

Segurança Jurídica e Regulamentação :

A contratação de operadoras devidamente registradas na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) garante conformidade com a Lei nº 9.656/98 e com as normas da própria ANS, assegurando a oferta das coberturas mínimas obrigatórias e promovendo maior transparência nas relações contratuais.

A contratação deve ser realizada diretamente com operadoras de planos de saúde, não sendo

permitida a contratação por meio de corretoras. Isso se deve ao fato de que as corretoras possuem apenas autorização para comercializar os planos em nome das operadoras, não tendo, portanto, autonomia empresarial para estabelecer condições contratuais. Dessa forma, não podem assumir compromissos ou obrigações diretas com a Administração Pública, o que comprometeria a segurança jurídica da contratação.

Facilidade de Gestão:

A operadora assume a gestão do plano, eliminando a necessidade de estrutura interna especializada, como ocorreria na autogestão.

Ampla Cobertura e Rede Credenciada:

Planos coletivos empresariais oferecem ampla rede credenciada, incluindo hospitais, clínicas e laboratórios, com cobertura nacional para urgências e emergências.

Histórico de Contratações Públicas:

A modalidade de plano coletivo empresarial é amplamente adotada pela Administração Pública, garantindo experiência consolidada e segurança operacional.

Custo-Benefício:

A contratação de um plano coletivo empresarial permite negociar condições vantajosas em função do número de vidas, com previsibilidade de custos e sem riscos financeiros adicionais.

A decisão está alinhada aos princípios da Administração Pública, especialmente no que tange à eficiência, a economicidade e a primazia do interesse público.

2.6 - ESTIMATIVA DO VALOR DA CONTRATAÇÃO, ACOMPANHADA DOS PREÇOS UNITÁRIO REFERENCIAIS, DAS MEMÓRIAS DE CÁLCULO E DOS DOCUMENTOS QUE LHE DÃO SUPORTE; *

Conforme documentos acostados aos autos, o valor estimado da contratação é de R\$ 176.778,24 (cento e setenta e seis mil setecentos e setenta e oito reais e vinte e quatro centavos).

Para fins de estimativa da presente contratação, procedeu-se à pesquisa direta com fornecedores e contratos públicos, por meio de solicitação de proposta de preço por e-mail, cujo valor médio é apresentado acima.

A pesquisa está em conformidade com o art. 6º da Instrução Normativa SEGES/ME n.º 65/2021, realizamos a média dos orçamentos.

PLANILHA DE PREÇOS				
FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE ESTIMADA DE VIDAS NA FAIXA ETÁRIA	VALOR POR VIDA NA FAIXA ETÁRIA	VALOR TOTAL DA QUANTIDADE ESTIMADA - MENSAL	VALOR TOTAL DA QUANTIDADE ESTIMADA - ANUAL
0/18 anos	11	R\$ 251,31	R\$ 2.764,41	R\$ 33.172,92
19/23 anos	2	R\$ 291,52	R\$ 583,04	R\$ 6.996,48
24/28 anos	0	R\$ 333,19	R\$ -	R\$ -
29/33 anos	2	R\$ 333,19	R\$ 666,38	R\$ 7.996,56
34/38 anos	5	R\$ 333,19	R\$ 1.665,95	R\$ 19.991,40
39/43 anos	14	R\$ 333,19	R\$ 4.664,66	R\$ 55.975,92
44/48 anos	6	R\$ 609,32	R\$ 3.655,92	R\$ 43.871,04
49/53 anos	1	R\$ 731,16	R\$ 731,16	R\$ 8.773,92
54/58 anos	0	R\$ 812,97	R\$ -	R\$ -
Acima de 59 anos	0	R\$ 1.462,37	R\$ -	R\$ -

Total	41	R\$ 5.491,41	R\$ 14.731,52	R\$ 176.778,24
-------	----	--------------	---------------	----------------

2.7 - DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO, INCLUSIVE DAS EXIGÊNCIAS RELACIONADAS À MANUTENÇÃO E À ASSISTÊNCIA TÉCNICA, QUANDO FOR O CASO;

Contratação de empresa especializada, serviços, de caráter continuado, de Plano de Assistência Médica de natureza coletiva empresarial, sem carência e sem coparticipação, nas segmentações ambulatorial, hospitalar e obstétrica, com cobertura em todo o estado do Espírito Santo e, nos casos de urgência e emergência, em todo o território nacional, incluída a cobertura assistencial, para os empregados do CRCES e seus dependentes, sendo facultativa a adesão ao plano.

Na descrição da solução, já estão incluídos todos os procedimentos, equipamentos, instalação e manutenções corretivas para a perfeita execução dos serviços.

2.8 - JUSTIFICATIVAS PARA O PARCELAMENTO OU NÃO DA CONTRATAÇÃO; *

A decisão de **não parcelar a solução** de contratação do plano de saúde coletivo empresarial para o CRCES baseia-se em uma análise técnica, jurídica e operacional, considerando as características específicas do serviço de assistência à saúde e as necessidades da instituição. Abaixo, apresentamos os principais argumentos que justificam essa decisão:

1. Natureza do Serviço de Assistência à Saúde

Continuidade e Imediaticidade:

O serviço de assistência à saúde é **contínuo e essencial**, não podendo ser interrompido ou fragmentado. A cobertura deve estar disponível de forma integral desde o início da vigência do contrato, garantindo atendimento imediato aos beneficiários em casos de urgência, emergência ou necessidade de tratamentos contínuos.

O parcelamento poderia gerar lacunas na cobertura, comprometendo a saúde dos beneficiários e a eficácia do plano.

Indivisibilidade do Objeto:

O plano de saúde é um serviço **indivisível**, ou seja, não pode ser fracionado em etapas ou fases sem prejudicar sua funcionalidade. A cobertura ambulatorial, hospitalar e obstétrica deve ser oferecida de forma integrada, sem interrupções.

2. Segurança Jurídica e Conformidade com a Legislação

Lei nº 9.656/98 (Lei dos Planos de Saúde):

A legislação que regulamenta os planos de saúde no Brasil (Lei nº 9.656/98) estabelece que a cobertura deve ser **integral e imediata**, sem carência para os beneficiários, desde o início da vigência do contrato. O parcelamento poderia conflitar com essa exigência legal, gerando insegurança jurídica.

Normas da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar):

As normas da ANS determinam que os planos coletivos empresariais devem garantir a **continuidade da cobertura**, sem interrupções ou limitações temporais. O parcelamento poderia ser interpretado como uma forma de restrição ao acesso aos serviços, o que é vedado pela regulamentação.

3. Necessidades do CRCES e dos Beneficiários

Atendimento Imediato:

Os empregados e dependentes do CRCES necessitam de acesso imediato aos serviços de saúde, especialmente em casos de urgência e emergência. O parcelamento poderia retardar o início da cobertura, colocando em risco a saúde dos beneficiários.

Previsibilidade e Estabilidade:

A contratação integral do plano garante **previsibilidade de custos e estabilidade na prestação dos serviços**, evitando surpresas ou ajustes contratuais que possam impactar negativamente a instituição.

e seus beneficiários.

4. Viabilidade Técnica e Operacional

Complexidade de Gestão:

O parcelamento do serviço exigiria uma gestão complexa e fragmentada, com múltiplos contratos, prazos e responsabilidades. Isso aumentaria o risco de falhas operacionais, como duplicidade de pagamentos, inconsistências na cobertura ou dificuldades na prestação de contas.

Custos Administrativos:

A administração de um contrato parcelado geraria custos adicionais para o CRCES, como despesas com gestão de múltiplos processos, auditorias e monitoramento de prazos. A contratação integral simplifica a gestão e reduz esses custos.

5. Experiência do Mercado e Boas Práticas

Práticas do Setor:

A contratação de planos de saúde coletivos empresariais é tradicionalmente realizada de forma **integral e não parcelada**, tanto no setor público quanto no privado. Essa prática é consolidada no mercado e alinhada com as melhores práticas de gestão de benefícios de saúde.

Histórico de Contratações Públicas:

A análise de contratos similares em outros órgãos públicos demonstra que a contratação integral é a solução mais adotada, garantindo segurança jurídica, eficiência operacional e satisfação dos beneficiários.

6. Impacto Financeiro

Economia de Escala:

A contratação integral do plano permite negociar condições mais vantajosas com a operadora, como descontos em função do número de vidas e maior poder de barganha. O parcelamento poderia reduzir essa vantagem, aumentando os custos totais.

Previsibilidade Orçamentária:

A contratação única facilita o planejamento orçamentário do CRCES, evitando variações nos custos ao longo do tempo e garantindo a sustentabilidade financeira do benefício.

A decisão de **não parcelar a solução** de contratação do plano de saúde coletivo empresarial é fundamentada em aspectos técnicos, jurídicos, operacionais e financeiros. A contratação integral garante a **continuidade e integralidade da cobertura**, alinha-se às normas da ANS e à legislação vigente, atende às necessidades imediatas dos beneficiários e simplifica a gestão do contrato. Além disso, essa prática está em conformidade com as melhores práticas do mercado e o histórico de contratações públicas, assegurando a eficiência e a segurança do processo.

Portanto, recomenda-se a **contratação integral do plano de saúde**, sem parcelamento, como a solução mais adequada e vantajosa para o CRCES e seus beneficiários.

2.9 - RESULTADOS PRETENDIDOS EM TERMOS DE ECONOMICIDADE E DE MELHOR APROVEITAMENTO DOS RECURSOS HUMANOS, MATERIAIS E FINANCEIROS;

Pretende-se com a presente contratação, os resultados abaixo descritos:

- A contratação de plano de assistência médica insere-se no bojo de benefícios concedidos pelo CRCES aos seus empregados, cujos resultados pretendidos diretos são os de proporcionar condições para o cuidado preventivo da saúde e de tratamento em casos de acometimento de moléstia ou de acidentes, contribuindo, assim, indiretamente, para o desenvolvimento regular de suas atividades laborais, reduzindo, ainda, o número de afastamentos por motivos de enfermidade ou proporcionando a recuperação breve e satisfatória, nos casos em que demandarem tratamento.

Dessa forma, procura-se contribuir com uma melhor qualidade de vida do empregado do CRCES, promovendo boas condições de vida e de saúde dos beneficiários, o que, certamente, traz reflexos diretos no desempenho de suas atividades, proporcionando resultados favoráveis à Entidade, considerando que seus empregados são agentes fundamentais no cumprimento da sua finalidade institucional e na busca da excelência no atendimento às atividades fins.

Com efeito, reconhece-se que a concessão dos benefícios tem a capacidade de melhorar a integração do corpo funcional e induzir, positivamente, os empregados ao reconhecimento dos valores e objetivos institucionais da Administração.

2.10 - PROVIDÊNCIAS A SEREM ADOTADAS PELA ADMINISTRAÇÃO PREVIAMENTE À CELEBRAÇÃO DO CONTRATO, INCLUSIVE QUANTO À CAPACITAÇÃO DE SERVIDORES;

Para a execução do objeto deste estudo, não há necessidade de nenhuma adequação do ambiente do órgão.

2.11 - CONTRATAÇÕES CORRELATAS E/OU INTERDEPENDENTES;

Para o objeto deste estudo, não são necessárias contratações correlatas ou interdependentes.

2.12 - DESCRIÇÃO DE POSSÍVEIS IMPACTOS AMBIENTAIS E RESPECTIVAS MEDIDAS MITIGADORAS QUANDO APLICÁVEL;

Não se aplica a esta contratação.

2.13 - POSICIONAMENTO CONCLUSIVO SOBRE A ADEQUAÇÃO DA CONTRATAÇÃO PARA ATENDIMENTO DA NECESSIDADE A QUE

SE DESTINA. *

Com base nas informações estabelecidas neste documento, nas justificativas apresentadas no Documento de Formalização da Demanda – DFD, a Equipe de Planejamento DECLARA a viabilidade da contratação de empresa especializada de serviços, de caráter continuado, de Plano de Assistência Médica de natureza coletiva empresarial, sem carência e sem coparticipação, nas segmentações ambulatorial, hospitalar e obstétrica, com cobertura em todo o estado do Espírito Santo e, nos casos de urgência e emergência, em todo o território nacional, incluída a cobertura assistencial, para os empregados do CRCES e seus dependentes, sendo facultativa a adesão ao plano..

3. Normativos que disciplinam o serviço a ser contratado:

Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021 - Lei de Licitações e Contratos Administrativos.

Decreto nº 10.947, de 25 de janeiro de 2022 - Regulamenta o inciso VII do caput do art. 12 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, para dispor sobre o plano de contratações anual e instituir o Sistema de Planejamento e Gerenciamento de Contratações no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.

Instrução Normativa SEGES/ME nº 98, de 26/12/2022 que dispõe sobre as regras e diretrizes do procedimento de contratação de serviços sob o regime de execução indireta, no âmbito da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional.

Instrução Normativa SEGES/ME nº 98, de 26/12/2022, que dispõe sobre as regras e diretrizes do procedimento de contratação de serviços sob o regime de execução indireta, no âmbito da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional.

Instrução Normativa SEGES/ME nº 65, de 07/07/2021 e alterações, que dispõe sobre pesquisa de preços para aquisição de bens e contratações de serviços em geral, no âmbito da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional.

Resolução CFC nº 1.370/2011, que aprova o regulamento geral dos Conselhos de Contabilidade.

Instrução Normativa nº 01, de 19 de janeiro de 2010, da SLTI/MPOG, art. 6º Decreto nº 7.746/2012, que em seu art. 4º pode ser aplicável a compras, serviços e obras. O que se recomenda é verificar quais critérios listados no art. 4º seriam aplicáveis conforme o tipo de contratação.

Resolução Normativa Nº 443/2019 e a Resolução Normativa Nº 452/2020 que trazem como objetivo principal aprimorar a gestão tendo como balizadores os princípios básicos da governança corporativa: transparência, responsabilidade corporativa, equidade e prestação de contas para garantir a sustentabilidade e perenidade da saúde suplementar com foco na mitigação dos riscos, fortalecimentos dos controles internos e qualificação dos serviços prestados

Medida Provisória nº 2.177-44/2001, que altera a Lei nº 9.656/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

Lei nº 10.185/2001, que dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

Lei nº 8.078/1990, dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.

Lei nº 10.046/2002, que institui o Código Civil. 3.13 Lei nº 9.656/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

Normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde ou de outro órgão competente, incluída, ainda, as demais normas pertinentes à matéria

4. Do Acesso às Informações contidas nos presentes Estudos Preliminar

Nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, esta Equipe de Planejamento entende que:

☒ X

As informações contidas nos presentes Estudos Preliminares **DEVERÃO ESTAR DISPONÍVEIS** para qualquer interessado, pois não se caracterizam como sigilosas.

As informações contidas nos presentes Estudos Preliminares **ASSUMEM CARÁTER SIGILOSO**, nos termos do Art. 23 da Lei nº 12.527/2011, e, portanto, deverão ter acesso restrito.

5. Equipe de Planejamento:

São responsáveis pela elaboração do presente documento que materializa os Estudos Preliminares da presente contratação os seguintes servidores:

Vanessa Rangel Marques Matrícula 140 Membro da Equipe de Planejamento	Elaine Leopoldino Ferreira Matrícula 198 Membro da Equipe de Planejamento	Rodrigo dos Santos Sanz Matrícula 50 Membro da Equipe de Planejamento
--	--	--



Documento assinado eletronicamente por **Elaine Leopoldino Ferreira, Coordenadora**, em 26/05/2025, às 15:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Vanessa Covre Rangel Marques, Coordenadora**, em 26/05/2025, às 16:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rodrigo dos Santos Sanz, Coordenador**, em 27/05/2025, às 08:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.cfc.org.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0821976** e o código CRC **A2E74AAE**.