

Ao

Conselho de Engenharia e Agronomia do Estado de São Paulo – CREA/SP

A/C Sra. Pregoeira

PREVSERVICE ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS EM SAÚDE LTDA., pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº 10.827.063/0001-70, com sede no Setor Comercial Sul, Quadra 3, Bloco A, Lote 107/111 – 1º andar, Asa Sul, Brasília/DF, CEP 70.303-907, por intermédio de seu representante legal que ao final subscreve, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Senhoria, com fundamento no art. 164 da Lei nº 14.133/2021, apresentar a presente

IMPUGNAÇÃO

referente ao **Pregão Eletrônico nº 90007/2025** – Serviços de Assistência Médica e Odontológica, pelos fatos e fundamentos que passa a expor.

I. DA SEPARAÇÃO DOS OBJETOS

O Edital expressamente determina “Grupo/Lote único” e estrutura o julgamento como global, reunindo assistência médica e odontológica no mesmo pacote. Essa opção está descrita logo no item “1.2 A licitação será realizada em grupo único” e no modelo de proposta (“Grupo/Lote único”), além de projetar o valor total conjugado da contratação. Tais trechos evidenciam a unificação ora impugnada.

A Lei 14.133/2021 adota o princípio do parcelamento como diretriz de planejamento da contratação: ao aplicar o princípio, a Administração deve considerar a viabilidade da divisão em lotes e o dever de ampliar a competição evitando concentração de mercado (art. 40, §2º, incisos I a III), ressalvadas hipóteses de inviabilidade técnica/econômica (art. 40, §3º). É o que se extrai do texto legal consolidado.

O TCU sistematiza: o parcelamento “consiste em dividir a solução em itens ou os itens em lotes” e tem objetivo de ampliar a competição com vistas à economicidade, devendo ser adotado quando técnica e economicamente vantajoso (TCU, *Guia de Licitações e Contratos*, item 4.1.8)¹. A própria Corte alerta que a não adoção requer justificativa robusta no planejamento (ETP/TR).

No caso concreto, o próprio Termo de Referência descreve objetos distintos, com naturezas assistenciais, redes credenciadas, sinistros e dirigibilidades diferentes entre saúde e odontologia, o que recomenda tratamento em lotes separados para ampliar o

¹ <https://licitacoescontratos.tcu.gov.br/4-1-8-justificativas-para-o-parcelamento-ou-nao-da-contratacao>

universo de competidores, permitindo a participação de operadoras que atuam somente em um desses segmentos.

A centralização em lote único onera artificialmente a habilitação e restringe o ingresso de operadoras/dentais, contrariando a diretriz legal de evitar concentração (art. 40, §2º, III, da Lei 14.133/2021). A doutrina também enfatiza a cogência do parcelamento quando viável e vantajoso (MIGALHAS/Anselmo; 2021), na linha da evolução normativa que substituiu a antiga fórmula da Lei 8.666/1993 pela atual exigência de vantajosidade combinada a viabilidade técnica.²

A jurisprudência recente do TCU reforça essa lógica. Em compilação oficial, o Tribunal ressalta a ampliação da disputa e a redução de barreiras de habilitação como efeitos desejáveis do parcelamento, indicando que a não adoção deve ser excepcional e devidamente motivada no ETP. (TCU, 2024: *Justificativas para o parcelamento ou não da contratação*).

Ademais, o critério “global” acentua o risco de concentração ao exigir proposta para a totalidade dos itens (TR + plano odontológico), diminuindo o leque de participantes e potencialmente elevando preços. Esse desenho contraria a expectativa legal de ampliar competição quando divisível (art. 40, §2º).

Observa-se, inclusive, que o Edital vedou subcontratação no contrato (cláusula quarta), o que elimina uma possível via mitigadora dos efeitos anticompetitivos do lote único — mais um motivo para viabilizar o parcelamento por lotes autônomos (médico e odontológico).

Em paralelo, a justificativa da unificação não comprova perda de economia de escala ou outra razão concreta que inviabilize o parcelamento. A orientação técnica do TCU é clara: economia de escala ou risco a sistema único e integrado devem estar demonstrados para afastar o parcelamento (art. 40, §3º, I e II). Ausente essa demonstração, impõe-se o desmembramento.

O parcelamento consiste na divisão do objeto a ser contratado em frações menores, o que amplia o universo de possíveis interessados em participar do certame licitatório, na medida em que permite que licitantes que não tenham condições de fornecer a totalidade do objeto disputem itens ou lotes menores. Outro fator é a redução das exigências de habilitação, que serão proporcionais à dimensão dos lotes. Com o aumento no número de licitantes tem-se uma ampliação da competitividade, o que pode resultar na diminuição dos preços ofertados.³

² <https://www.migalhas.com.br/depeso/354484/parcelamento-do-objeto-da-licitacao-e-ampliacao-da-competitividade>

³ https://www.tce.sp.gov.br/legislacao-comentada/lei-14133-1o-abril-2021/40?utm_source

Atende-se, dessa forma, aos princípios da isonomia, eficiência e economicidade.

Por todos esses fundamentos, requer-se: (a) desmembramento do objeto em dois lotes (assistência médica; assistência odontológica) ou, subsidiariamente, (b) a previsão expressa de propostas por lote e/ou consórcios, de modo a mitigar barreiras competitivas e atender ao princípio do parcelamento.

II. DO REAJUSTE FINANCEIRO (SUBSTITUIÇÃO DO IPC-SAÚDE/FIPE POR VCMH)

O Edital fixa que, se a sinistralidade média dos últimos 12 meses se mantiver até 75%, o reajuste financeiro será exclusivamente pelo IPC-Saúde/FIPE (itens 17.3.1/17.4.1.1 e 7.3.1 do corpo do edital). A redação é clara e repetida em mais de um ponto do instrumento.

O IPC-Saúde/FIPE é um índice de preços ao consumidor (subconjunto do IPC) — mede a variação de preços pagos pelas famílias em bens e serviços de saúde (cesta de consumo), não a variação dos custos assistenciais das operadoras. A FIPE descreve o IPC e seus grupos (inclusive “saúde”) como medidor de custo de vida na cidade de São Paulo. (FIPE; IBGE/Conceitos).

Já a VCMH – Variação de Custos Médico-Hospitalares, calculada pelo IESS, procura mensurar a variação dos custos assistenciais per capita (despesa assistencial por beneficiário) no setor de saúde suplementar, sendo índice setorial de custos, não de preços ao consumidor.

Ao adotar IPC-Saúde/FIPE como índice único em contexto de sinistralidade até 75%, o Edital desalinha o reajuste com a dinâmica real de custos assistenciais. Em muitos períodos, a VCMH evolui acima dos índices de preços gerais e até do grupo “saúde” do IPC, dado o peso de tecnologia, mix de procedimentos e utilização — drivers que não se refletem integralmente no IPC-Saúde.

A Lei 14.133/2021 (art. 92, XI; art. 104, §3º) exige que contratos prevejam regras de reajuste capazes de preservar o equilíbrio econômico-financeiro. Em serviços com risco assistencial, índices aderentes aos custos setoriais (como a VCMH) refletem melhor a realidade econômico-financeira do ajuste do que índices de consumo, mitigando risco de sub-reajuste (com perda de equilíbrio) ou sobrepreço (se o IPC-Saúde, em fase específica, superar custos).

A própria ANS reconhece diferenciação entre planos coletivos empresariais (30+ vidas), em que não regula o reajuste, e planos individuais/familiares (regulados), deixando claro que, nos coletivos, o reajuste decorre da contratualização e da dinâmica assistencial (livre negociação, observadas regras contratuais). Isso reforça a necessidade de escolha técnica do índice.

Dessa forma, a melhor prática, adotada em diversos contratos de risco assistencial — é vincular o reajuste financeiro a índice setorial técnico (VCMH/IESS), com metodologia pública, ou admitir índice equivalente calculado por entidade idônea, sempre para preservar o equilíbrio. Esse desenho também tem a vantagem de reduzir litigiosidade e dar previsibilidade para ambas as partes (Administração e operadora).

Note-se que o Termo de Referência amarra coparticipações ao “mesmo índice do reajuste anual contratual da assistência médica”, o que amplia o alcance de um índice eventualmente inadequado — mais um motivo para substituir o IPC-Saúde por VCMH.

Propõe-se, assim, a redação: “onde constar IPC-Saúde/FIPE, substituir por VCMH (IESS); na ausência de divulgação aplicável, admitir índice setorial equivalente, de metodologia pública, calculado por entidade técnica idônea”. Essa solução é objetiva, auditável e compatível com os princípios da economicidade e do equilíbrio econômico-financeiro.

Por fim, a substituição não impede a Administração de negociar sempre que evidências apontarem necessidade (o próprio TR prevê que índices não limitam a possibilidade de negociação entre as partes).

III. DO REAJUSTE TÉCNICO POR SINISTRALIDADE (AJUSTE DO GATILHO PARA 70%)

O Edital/Termo de Referência prevê gatilho de reajuste técnico apenas quando a sinistralidade (SA) superar 75%, aplicando-se a fórmula $IR = SA - SR$, com $SR = 75\%$. Essa modelagem está expressa na fórmula e nas orientações de apuração (relatórios e período de referência).

No setor de saúde suplementar, a sinistralidade é a razão despesa assistencial/prêmio e constitui principal driver de custo. A ANS apresenta materiais didáticos que ilustram modelos contratuais com meta de sinistralidade (ex.: 75%) como referencial de reequilíbrio — o que não significa que 75% seja padrão único e imutável, mas apenas exemplo ou prática comum (vide material RAIR/ANS).⁴

Há ampla evidência de que, em ciclos de aumento de utilização (efeitos de backlog pós-pandemia, incorporação tecnológica, pressão inflacionária médico-hospitalar superior ao IPC), esperar até 75% para deflagrar o reajuste técnico pode atrasar a recomposição e transferir risco excessivo à contratada, afetando rede e qualidade. Nessas condições, metas na faixa 70%–75% são adotadas por players como parâmetro de governança de

⁴ https://www.iess.org.br/biblioteca/videos/confira-variacao-de-custos-medico-hospitalares-vcmhieess-em-2021?utm_source

sinistros — variando conforme perfil etário e coberturas (prática setorial refletida em guias de educação financeira e análises técnicas).

A Lei 14.133/2021 impõe que as regras de reajuste/revisão preservem o equilíbrio econômico-financeiro (arts. 92 e 104), sobretudo em contratos com riscos assimétricos. Ao fixar $SR = 75\%$ como patamar único, o edital engessa a revisão técnica e potencialmente desequilibra o contrato em cenários de maior sinistro médio.

Do ponto de vista econômico-atuarial, a diferença entre $SR = 70\%$ e $SR = 75\%$ é relevante: com mesma SA, o IR (reajuste técnico) será 5 p.p. menor quando a referência é 75%, retardando a recomposição e pressionando caixa em contratos de risco assistencial.

O Termo de Referência ainda fixa que os relatórios mensais são definitivos e que o reajuste financeiro e técnico não são acumulativos — isto é, ou se aplica IPC-Saúde (quando $SA \leq 75\%$) ou se aplica $IR = SA - SR$ (quando $SA > 75\%$). Com SR elevado, cresce a chance de ficar sem recomposição em períodos de pressão de custos (SA em faixa 70%–75%), afetando a qualidade do atendimento.

Por boas práticas, recomenda-se $SR = 70\%$, com metodologia transparente de cálculo de SA (janela móvel de 12 meses; períodos de carência inicial com janela reduzida, como o próprio TR sugere), além de cláusula de negociação se houver choques exógenos (ex.: surtos epidemiológicos regionais) — medidas que reduzem litigiosidade.

A ANS explica ao consumidor que o reajuste por sinistralidade em planos coletivos é contratual, justamente porque depende do comportamento assistencial do grupo (uso/risco). Isso reforça que a parametrização do gatilho deve ser técnica — e, aqui, 70% cumpre melhor a função de “alarme precoce”.

No próprio Edital, a Administração já reconhece a necessidade de equilíbrio ao diferenciar “reajuste financeiro” do “reajuste técnico” e ao exigir relatórios que permitam acompanhar a SA. É coerente, portanto, alinhar o SR ao ponto mais conservador (70%), compatível com a prática de mercado e com o dever de zelar pela continuidade/qualidade do serviço.

Assim, requer-se a adequação da fórmula em todas as passagens para $SR = 70\%$, mantendo-se $IR = SA - SR$, com a mesma lógica de janelas e relatórios.

IV. PEDIDOS

a) Desmembrar o objeto em dois lotes (assistência médica; assistência odontológica) ou, subsidiariamente, admitir propostas por lote e/ou consórcios, com justificativa expressa à luz do princípio do parcelamento (Lei 14.133/2021, art. 40, §2º e §3º).

- b) Substituir o IPC-Saúde/FIPE por VCMH (IESS) como índice de reajuste financeiro (ou índice setorial técnico equivalente com metodologia pública), para refletir custos assistenciais e preservar o equilíbrio.
- c) Ajustar o gatilho do reajuste técnico para 70% de sinistralidade ($SR = 70\%$), preservando a fórmula $IR = SA - SR$, com as devidas atualizações em todas as passagens do Edital/Anexos. (Base técnica ANS/educação financeira; prática setorial).
- d) Republicar o Edital/Anexos com as alterações ou, ao menos, esclarecer que tais condições serão adotadas na fase contratual.

PREVSERVICE ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS EM SAÚDE LTDA
RACINE PERCY BASTOS CUSTÓDIO PEREIRA





SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

**CONSELHO REGIONAL DE ENGENHARIA E AGRONOMIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO – CREA-SP**

Processo Administrativo: SEI nº 26.001151/2025-53

Pregão Eletrônico: nº 90007/2025

Impugnante: PrevService Administradora de Benefícios Ltda.

A Impugnante alega que a contratação em lote único, abrangendo planos médico-hospitalares e odontológicos, viola o disposto no art. 40, §§2º e 3º, da Lei nº 14.133/2021 e na Súmula nº 247 do TCU, por supostamente restringir a competitividade e impor custos desnecessários.

Todavia, a decisão de unificação encontra amparo expresso no art. 6º, inciso L, e art. 23, §1º, da Lei nº 14.133/2021, que autorizam a inclusão de serviços correlatos em um mesmo contrato, desde que haja justificativa técnica.

Os Estudos comprovaram que os serviços médico-hospitalares e odontológicos são complementares e integrados, compondo objeto único de assistência integral à saúde dos colaboradores. Tal modelagem traz benefícios técnicos (atenção integral, padronização de indicadores, gestão centralizada) e econômicos (economia de escala, maior previsibilidade orçamentária, redução de custos administrativos).

No presente caso, restou demonstrado que o fracionamento acarretaria perda de eficiência e de integração, razão pela qual a contratação global é plenamente justificada.

Assim, não há restrição indevida à competitividade, mas sim adoção de modelo que melhor atende ao interesse público.

A Impugnante questiona o índice de reajuste previsto no edital, sugerindo a substituição do IPC-Saúde/FGV pelo VCMH/IESS, sob o argumento de que este refletiria melhor a variação dos custos do setor.

Ocorre que a opção pelo IPC-Saúde/FGV atende ao princípio da transparência e objetividade, uma vez que se trata de índice oficial, calculado por entidade de reconhecida credibilidade acadêmica, com metodologia pública e auditável, garantindo isonomia entre licitantes e previsibilidade para a Administração.

Portanto, a escolha do IPC-Saúde/FGV é legítima, proporcional e plenamente adequada ao objeto.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

**CONSELHO REGIONAL DE ENGENHARIA E AGRONOMIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO – CREA-SP**

A Impugnante requer a alteração do índice de sinistralidade (SR) de 75% para 70%, alegando que o parâmetro atual seria excessivo e desequilibrado.

Ocorre que a fixação do limite em 75% está em conformidade com práticas atuariais amplamente utilizadas em contratos coletivos empresariais, refletindo um ponto de equilíbrio entre o risco assumido pela operadora e a necessidade de previsibilidade orçamentária da Administração.

A redução para 70% acarretaria maior probabilidade de reajustes técnicos, onerando de forma desnecessária os cofres públicos e transferindo riscos excessivos ao CREA-SP.

O parâmetro de 75% foi definido a partir da experiência da Administração e da análise do perfil de utilização do benefício, de modo a garantir a sustentabilidade econômico-financeira do contrato, em conformidade com os arts. 92 e 104 da Lei nº 14.133/2021.

Assim, não procede a alegação de que o índice atual gera desequilíbrio, razão pela qual deve ser mantida a redação do edital.

Dessa forma, permanecem hígidas todas as disposições do Edital e do TR, razão pela qual se recomenda o INDEFERIMENTO integral da impugnação apresentada pela PrevService Administradora de Benefícios Ltda.

STEFANIA SEIXLACK GALELLI BULHOES CRUZ

GERENTE DE DEPARTAMENTO - GGP



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE ENGENHARIA E AGRONOMIA DE SÃO PAULO – CREA-SP

DESPACHO CREA-SP-SUPADF

Diante dos argumentos da Unidade Requisitante, com fundamento na competência que me é atribuída pela Portaria nº 17/2024, e em conformidade com os princípios da legalidade e da vinculação ao instrumento convocatório, bem como a decisão da Gerência de Gestão de Pessoas - GGP, documento nº1352678, referente a impugnação **apresentada pela PrevService Administração e Serviços em Saúde Ltda**, ratifico o não acolhimento, uma vez que o edital encontra-se em plena conformidade com a legislação vigente, devidamente fundamentado em análise técnica (ETP e TR) e na Lei nº 14.133/2021.

São Paulo, 24 de setembro de 2025

Ricardo Garcia Gomes

Superintendente Administrativo Financeiro

CREA-SP



Documento assinado eletronicamente por **Ricardo Garcia Gomes, Superintendente Administrativo e Financeiro**, em 24/09/2025, às 16:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 4º, § 3º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.confea.org.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1352680** e o código CRC **B95CFF58**.