



ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR – ETP

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO VENDELINO

Secretaria Municipal da Administração

1. DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

O Município de São Vendelino disponibiliza plano de assistência à saúde aos servidores municipais como benefício de adesão facultativa, nos termos da Lei Municipal nº 595, de 12 de junho de 2001, que autoriza a contratação, mediante licitação, de entidade prestadora de serviços médico-hospitalares e laboratoriais.

A manutenção do benefício atende à necessidade de proporcionar aos servidores e demais beneficiários legalmente admitidos maior acesso à assistência médica, hospitalar e laboratorial, com mais agilidade na realização de consultas, exames, diagnósticos e tratamentos.

A disponibilização do plano também contribui para a prevenção e o tratamento precoce de doenças, para a redução dos afastamentos por motivo de saúde e para a melhoria da qualidade de vida e das condições de trabalho dos servidores. Além disso, ao ampliar as alternativas de atendimento, contribui para reduzir a procura dos beneficiários pelos serviços do Sistema Único de Saúde, especialmente nos atendimentos eletivos.

Atualmente, o Município já mantém plano de saúde destinado aos servidores e demais beneficiários previstos na legislação municipal. Considerando o encerramento da contratação vigente, mostra-se necessária a realização de novo procedimento licitatório, de modo a assegurar a continuidade do benefício e evitar a interrupção da assistência à saúde atualmente disponibilizada.

A necessidade administrativa consiste, portanto, em garantir a continuidade do benefício instituído pela Lei Municipal nº 595/2001, preservando o acesso dos servidores e demais beneficiários à assistência à saúde e mantendo a política municipal de valorização e cuidado com o funcionalismo público.

2. PREVISÃO NO PLANO ANUAL DE CONTRATAÇÕES (PAC)

O Município de São Vendelino não possui Plano Anual de Contratações elaborado para o exercício, razão pela qual não se aplica a demonstração de alinhamento prevista no art. 18, §1º, II, da Lei Federal nº 14.133/2021.



A contratação deverá ser compatibilizada com as leis orçamentárias e com a disponibilidade de recursos na dotação própria destinada ao custeio do plano de saúde dos servidores municipais.

3. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

A solução deverá assegurar a prestação continuada de assistência à saúde aos beneficiários admitidos pela Lei Municipal nº 595/2001, mediante plano coletivo de adesão facultativa, observadas a legislação aplicável à saúde suplementar e a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

A futura contratada deverá ser operadora regularmente constituída, registrada e autorizada pela ANS e possuir capacidade técnica, operacional e econômico-financeira compatível com a execução do objeto.

3.1. Beneficiários e custeio

Poderão aderir ao plano os servidores ativos, inativos e pensionistas, ocupantes de cargos em comissão, detentores de mandato eletivo do Poder Executivo, demais agentes políticos municipais e seus dependentes, conforme previsto na Lei Municipal nº 595/2001.

O custeio das mensalidades observará as condições estabelecidas na legislação municipal, cabendo:

I – ao Município e aos servidores ativos, ocupantes de cargos em comissão, detentores de mandato eletivo do Poder Executivo e demais agentes políticos municipais o pagamento em proporção paritária;

II – aos servidores inativos e pensionistas o pagamento integral de suas mensalidades; e

III – aos titulares o pagamento integral das mensalidades correspondentes aos seus dependentes.

A adesão será facultativa, não havendo garantia de número mínimo de beneficiários ou de faturamento à futura contratada.

3.2. Cobertura assistencial e rede de atendimento

A solução deverá contemplar cobertura ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, abrangendo consultas, exames, terapias, internações, cirurgias, atendimentos de urgência e emergência e demais procedimentos compreendidos na cobertura contratada e na regulamentação aplicável.

Deverá ser assegurada rede médica, hospitalar, laboratorial e multiprofissional suficiente e compatível com o perfil e a demanda estimada dos beneficiários, inclusive nas especialidades de maior utilização.



Considerando a localização do Município e a necessidade de acesso célere aos serviços, especialmente em situações de urgência, emergência, internações e tratamentos continuados, a solução deverá contar com hospital de referência em distância compatível com as necessidades dos beneficiários, adotando-se como parâmetro máximo a distância de 50 quilômetros da sede do Município de São Vendelino.

O hospital de referência deverá possuir estrutura compatível com a cobertura pretendida, contemplando atendimento de urgência e emergência, internações e serviços de média e alta complexidade necessários à adequada assistência dos beneficiários.

A exigência de proximidade justifica-se pela necessidade de evitar deslocamentos excessivos, facilitar a continuidade dos tratamentos e proporcionar maior segurança e rapidez de acesso à assistência hospitalar.

A definição detalhada dos serviços, especialidades, estrutura mínima e critérios de comprovação da rede credenciada será estabelecida no Termo de Referência.

3.3. Atendimento às pessoas com TEA e às pessoas com deficiência

A solução deverá assegurar atendimento adequado às pessoas com deficiência e às pessoas com Transtorno do Espectro Autista – TEA, inclusive mediante disponibilização de rede multiprofissional compatível com os tratamentos abrangidos pela legislação e pela regulamentação da ANS.

Deverá ser considerada especialmente a necessidade de acesso regional aos serviços de utilização continuada, de modo a evitar deslocamentos excessivos dos beneficiários que necessitem de acompanhamento frequente.

Os estabelecimentos integrantes da rede deverão observar as normas aplicáveis de acessibilidade e atendimento não discriminatório.

3.4. Modelo econômico da contratação

A solução deverá admitir a cobrança de mensalidades por faixa etária e coparticipação pela utilização dos serviços, observadas a legislação aplicável e as condições economicamente mais vantajosas identificadas durante a fase preparatória.

O custeio observará a distribuição estabelecida na Lei Municipal nº 595/2001, cabendo ao Município e aos beneficiários as respectivas parcelas legalmente previstas.



Para fins de planejamento da contratação, deverão ser considerados tanto os custos das mensalidades quanto a estimativa das coparticipações, com base no histórico disponível da carteira de beneficiários.

As regras de faturamento, pagamento, cobrança dos beneficiários, demonstrativos, reajustes e demais condições operacionais serão estabelecidas no Termo de Referência e no instrumento contratual.

3.5. Demais requisitos essenciais

A solução deverá assegurar:

- I – abrangência estadual para os atendimentos eletivos e atendimento de urgência e emergência em âmbito nacional;
- II – acomodação hospitalar semiprivativa;
- III – regras claras de coparticipação;
- IV – observância das normas da ANS relativas às carências, inclusões e exclusões de beneficiários;
- V – continuidade das internações e dos tratamentos em andamento durante a transição contratual;
- VI – canais adequados de atendimento aos beneficiários e ao Município;
- VII – suporte à gestão e às movimentações cadastrais; e
- VIII – proteção dos dados pessoais e sensíveis, em conformidade com a Lei Federal nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.

As especificações operacionais e os critérios de comprovação do atendimento aos requisitos serão detalhados no Termo de Referência.

3.6. Adesão, carências e continuidade assistencial

Considerando que o benefício é de adesão facultativa e que existe carteira de beneficiários atualmente vinculada ao plano municipal, a solução deverá possibilitar adequada transição para a nova contratação, buscando preservar a continuidade da cobertura assistencial, das internações e dos tratamentos em andamento.

Deverão ser observadas as normas da ANS relativas à inclusão de beneficiários, carências, cobertura parcial temporária e hipóteses de isenção, inclusive em relação aos atuais beneficiários e àqueles que venham a ingressar durante a vigência contratual.

As regras e os períodos de adesão, movimentação cadastral, documentação, inclusão e exclusão de beneficiários serão disciplinados no Termo de Referência, observada a regulamentação aplicável.

4. ESTIMATIVAS DE QUANTIDADES



A estimativa foi elaborada com base na carteira atualmente vinculada ao plano de saúde municipal, conforme dados fornecidos pelo Departamento de Pessoal, tendo como data de referência agosto de 2026.

Atualmente, a carteira possui aproximadamente 168 beneficiários, entre titulares e dependentes, distribuídos nas faixas etárias indicadas na memória de cálculo anexada ao processo.

Os quantitativos são estimativos e poderão sofrer alterações em razão do caráter facultativo da adesão, bem como de admissões, desligamentos, aposentadorias e inclusões ou exclusões de dependentes, não representando garantia de número mínimo de beneficiários ou de faturamento à futura contratada:

NÚMERO DE VIDAS			
EFETIVOS	DEPENDENTES	TOTAL	
0	31	31	Por usuário 0 a 18 anos
1	3	4	Por usuário 19 a 23 anos
1	2	3	Por usuário 24 a 28 anos
7	3	10	Por usuário 29 a 33 anos
12	3	15	Por usuário 34 a 38 anos
23	2	25	Por usuário 39 a 43 anos
11	6	17	Por usuário 44 a 48 anos
8	2	10	Por usuário 49 a 53 anos
9	0	9	Por usuário 54 a 58 anos
32	12	44	Por usuário mais 59 anos

A estimativa apresentada possui caráter exclusivamente referencial e destina-se ao dimensionamento da contratação, não constituindo garantia mínima de beneficiários ou de faturamento à futura contratada.

5. LEVANTAMENTO DE MERCADO E JUSTIFICATIVA TÉCNICA E ECONÔMICA

Para definição da solução mais adequada, foram analisadas as alternativas disponíveis para assegurar a continuidade da assistência à saúde atualmente oferecida aos servidores e demais beneficiários previstos na Lei Municipal nº 595/2001.

Foram consideradas as seguintes alternativas:

I – contratação de operadora de plano coletivo de assistência à saúde: permite a manutenção do modelo atualmente adotado, com rede organizada,



cobertura ambulatorial e hospitalar, atendimento de urgência e emergência, internações, tratamentos especializados e gestão integrada dos beneficiários;

II – concessão de auxílio-saúde ou ressarcimento de planos individuais: não se mostra adequada, pois exigiria alteração do modelo estabelecido pela legislação municipal, transferiria aos servidores a responsabilidade pela contratação individual e poderia resultar em mensalidades mais elevadas, coberturas distintas e menor uniformidade assistencial;

III – contratação individual pelos próprios servidores: reduziria o poder de negociação coletiva, poderia elevar os custos, impor condições diferentes de carência e cobertura e dificultar o acesso ao benefício, especialmente para beneficiários de maior idade ou que necessitem de tratamentos continuados; e

IV – utilização exclusiva dos serviços do Sistema Único de Saúde – SUS: embora o SUS assegure atendimento universal, essa alternativa não preserva o benefício previsto na Lei Municipal nº 595/2001 nem atende ao objetivo de proporcionar aos servidores acesso complementar e mais ágil a consultas, exames e tratamentos.

A análise demonstrou que a contratação de operadora de plano coletivo permanece como a solução mais adequada, por assegurar uniformidade da cobertura, organização da rede assistencial, previsibilidade dos custos, gestão centralizada dos beneficiários e continuidade do benefício já oferecido pelo Município.

No levantamento preliminar do mercado regional, foram identificadas, entre outras, as operadoras Círculo Saúde e Unimed, ambas com atuação na região e com potencial capacidade para disponibilizar rede médica, hospitalar, laboratorial e multiprofissional compatível com a demanda estimada.

A existência de mais de uma operadora potencialmente apta indica, em análise preliminar, possibilidade de competição no certame e de atendimento aos requisitos essenciais definidos para a solução.

A comprovação definitiva da capacidade de atendimento às condições estabelecidas será realizada na forma prevista no edital e no Termo de Referência.

Sob o aspecto econômico, a contratação coletiva possibilita a formação de uma carteira única de beneficiários, estimada atualmente em 168 vidas, favorecendo a obtenção de condições mais vantajosas em comparação com



contratações individuais e proporcionando maior uniformidade e previsibilidade ao benefício.

Diante das alternativas analisadas e da existência de operadoras atuantes na região com potencial capacidade para atender à demanda, conclui-se que a contratação, mediante licitação, de operadora de plano coletivo de assistência à saúde constitui a solução técnica e economicamente mais adequada para assegurar a continuidade do benefício.

6. ESTIMATIVA DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

A estimativa foi elaborada considerando a carteira atual de 168 beneficiários e os valores máximos mensais definidos para cada faixa etária, conforme pesquisa de preços e memória de cálculo anexadas ao processo.

Com base nos quantitativos estimados, o custo das mensalidades corresponde a aproximadamente R\$ 66.422,96 mensais e R\$ 797.075,52 anuais, sem garantia de faturamento mínimo, tendo em vista o caráter facultativo da adesão e a possibilidade de inclusões e exclusões durante a vigência contratual.

A esse montante deverá ser acrescida a estimativa das coparticipações decorrentes dos serviços efetivamente utilizados pelos beneficiários, calculada com base no histórico de utilização da carteira atual.

7. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO

A solução consiste na contratação, mediante procedimento licitatório, de operadora de plano coletivo de assistência à saúde, de adesão facultativa, destinado aos beneficiários previstos na Lei Municipal nº 595/2001.

A solução deverá contemplar cobertura ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, rede médica, hospitalar, laboratorial e multiprofissional compatível com a demanda, hospital de referência próximo ao Município, atendimento às pessoas com TEA e às pessoas com deficiência, bem como atendimento de urgência e emergência em âmbito nacional.

O modelo deverá possibilitar a continuidade assistencial dos beneficiários atualmente vinculados ao plano municipal e observar as normas aplicáveis à saúde suplementar, especialmente aquelas expedidas pela ANS.

As mensalidades serão estabelecidas por faixa etária, admitida coparticipação pela utilização dos serviços, observadas as condições definidas na contratação e as regras de custeio previstas na Lei Municipal nº 595/2001.



8. JUSTIFICATIVA PARA O NÃO PARCELAMENTO DA CONTRATAÇÃO

O parcelamento não se mostra tecnicamente adequado, pois a assistência à saúde constitui solução integrada, que exige gestão unificada da rede credenciada, das autorizações, das movimentações cadastrais, das mensalidades, das coparticipações e dos atendimentos aos beneficiários.

A contratação de mais de uma operadora poderia ocasionar fragmentação da assistência, divergências de cobertura e cobrança, dificuldades na identificação da rede de referência e prejuízos à continuidade dos tratamentos.

Assim, a contratação de uma única operadora mostra-se mais eficiente, facilita a fiscalização contratual e assegura maior uniformidade, segurança e adequada gestão do benefício.

9. RESULTADOS PRETENDIDOS

Com a contratação, pretende-se:

- I – assegurar a continuidade do plano de saúde municipal;
- II – evitar a interrupção de internações e tratamentos em andamento;
- III – garantir acesso a rede hospitalar de referência próxima ao Município;
- IV – proporcionar maior agilidade no acesso a consultas, exames e tratamentos;
- V – assegurar atendimento adequado às pessoas com TEA e às pessoas com deficiência;
- VI – conferir maior previsibilidade aos custos relacionados às mensalidades e coparticipações;
- VII – aperfeiçoar o controle cadastral, financeiro e contratual do benefício; e
- VIII – obter condições economicamente mais vantajosas decorrentes da contratação coletiva e racionalizar os recursos humanos e administrativos empregados na gestão do benefício, mediante centralização da gestão cadastral, financeira e contratual.

10. PROVIDÊNCIAS PRÉVIAS À CELEBRAÇÃO DO CONTRATO

Previamente à contratação, a Administração deverá concluir a pesquisa de preços e a estimativa do valor global, elaborar o Termo de Referência, assegurar a disponibilidade orçamentária e adotar as demais providências necessárias ao regular desenvolvimento do procedimento licitatório.

Deverão ser designados os agentes responsáveis pela gestão e fiscalização do futuro contrato, promovendo-se, quando necessário, as



orientações ou capacitações pertinentes às atribuições a serem desempenhadas.

A Administração deverá ainda organizar e atualizar os dados cadastrais necessários à transição da carteira de beneficiários, de modo a reduzir riscos de descontinuidade da cobertura assistencial, das internações e dos tratamentos em andamento.

11. CONTRATAÇÕES CORRELATAS E INTERDEPENDENTES

Não foram identificadas contratações correlatas ou interdependentes indispensáveis à implementação da solução objeto deste Estudo Técnico Preliminar.

12. IMPACTOS AMBIENTAIS E MEDIDAS MITIGADORAS

Considerando a natureza predominantemente administrativa da contratação, não são identificados impactos ambientais relevantes decorrentes da prestação dos serviços objeto deste Estudo Técnico Preliminar.

Sempre que possível, a contratada deverá priorizar a utilização de meios eletrônicos para comunicação com os beneficiários, emissão de documentos, envio de demonstrativos, autorizações, carteiras digitais e demais procedimentos administrativos, contribuindo para a redução do consumo de papel e demais materiais.

A Administração Municipal incentivará a adoção de práticas sustentáveis relacionadas à gestão documental, utilização de plataformas digitais e racionalização dos recursos empregados na execução contratual.

13. POSICIONAMENTO CONCLUSIVO

A contratação mostra-se técnica e economicamente viável, considerando a necessidade de continuidade do benefício autorizado pela Lei Municipal nº 595/2001, a existência de operadoras com atuação regional e potencial capacidade para atendimento da demanda e a compatibilidade da solução com a carteira estimada de beneficiários.

O levantamento realizado demonstra que a contratação de plano coletivo constitui solução adequada para assegurar cobertura assistencial uniforme, rede médica e hospitalar compatível com as necessidades dos beneficiários, continuidade dos tratamentos, proximidade dos principais serviços de saúde e gestão centralizada do benefício.



Município de São Vendelino
Estado do Rio Grande do Sul



A solução apresenta-se também adequada sob o aspecto econômico e administrativo, considerando a possibilidade de contratação coletiva da carteira, a previsibilidade dos custos e a racionalização da gestão do benefício.

Diante disso, conclui-se pela viabilidade da contratação de operadora de plano coletivo de assistência à saúde, mediante procedimento licitatório, recomendando-se o prosseguimento da fase preparatória, com a elaboração do Termo de Referência e dos demais documentos necessários à contratação, observada a disponibilidade orçamentária.

São Vendelino, 04 de Setembro de 2026.

CAREN ISABEL SCHNEIDER DALCIN

Secretária Geral de Governo

Resp. pela Secretaria Municipal da Administração e Meio Ambiente

Aprovo o estudo e autorizo a licitação.

RÉGIS PAULO FRITZEN

Prefeito Municipal

São Vendelino/RS