



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ

ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR DA CONTRATAÇÃO

PLANO DE SAÚDE

CRM-PA/ASSEGPO

INTRODUÇÃO

O Estudo Técnico Preliminar tem por objetivo identificar e analisar os cenários para o atendimento da demanda que consta no Documento de Oficialização da Demanda, bem como demonstrar a viabilidade técnica e econômica das soluções identificadas, fornecendo as informações necessárias para subsidiar o respectivo processo de contratação.

Referência: Art. 11 da IN SGD/ME nº 01/2019

ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR

1. INTRODUÇÃO

1.1 A elaboração do Estudo Técnico Preliminar de Contratação (ETP) constitui a primeira etapa do planejamento de contratação (planejamento preliminar) e serve, essencialmente para assegurar a viabilidade técnica da contratação, que caracteriza o interesse público envolvido, bem como o tratamento de seu impacto ambiental e embasar o termo de referência que somente será elaborado caso se conclua pela viabilidade da contratação.

1.2 Durante o Estudo Técnico Preliminar, diversos aspectos devem ser levantados para que os gestores possam se certificar de que existe uma necessidade de negócio claramente definida; há condições e os riscos de atendê-la são gerenciáveis e os resultados pretendidos com a contratação valem o preço estimado inicialmente.

1.3 O presente estudo preliminar é demonstrar a viabilidade da contratação de operadora ou seguradora de plano de assistência médico-hospitalar, com rede própria e/ou credenciada, com abrangência em todo o Estado do Pará e Nacional em casos de urgência e emergência, padrão enfermagem, na modalidade de contratação coletiva e empresarial, sem coparticipação pelo período de 60 meses, com previsão de inativos. A Lei n.º 14.133/2021, em consonância as justificativas formuladas no Documento de Formalização da Demanda (DFD), nas quantidades e demais condições de execução a serem estabelecidas no Termo de Referência.

1.5 O ETP tem ainda por objetivo atender ao artigo 6º inciso XX, combinado com o artigo 18 inciso I e incisos I a XIII do § 1º do artigo 18 da Lei n.º 14.133/2021.

2 DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE DE CONTRATAÇÃO

2.1 O Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará (CRM-PA) é uma entidade de classe criada pela Resolução 112 do Conselho Federal de Medicina em 15/03/1961.

2.2 O CRM-PA possui em seu quadro funcional 33 empregados públicos, para os quais oferece benefícios com o objetivo de contribuir para a formação de um ambiente de trabalho saudável e adequado ao crescimento profissional, incentivando-os a

realizarem suas tarefas com disposição, qualidade e satisfação. Para o estudo em questão, trata-se da concessão de Assistência Médica Hospital para todos os empregados efetivos, temporários e comissionados.

2.3 A contratação pretendida justifica-se em o benefício proporcionar segurança e tranquilidade aos empregados do Conselho Regional de Medicina, no campo da saúde, tendo em vista que o acesso à assistência médica, hospitalar e ambulatorial ofertada por órgãos públicos, ainda que garantida constitucionalmente, não satisfazem as necessidades existentes daqueles que o necessitam na atual conjuntura.

2.4 Justifica ainda a contratação, o fato de a assistência à saúde prestada pelos planos ou seguros privados, embora apresente suas deficiências, é considerada no Brasil como o melhor atendimento médico-hospitalar e ambulatorial prestados às pessoas assistidas.

2.5 Nesse contexto, a intenção precípua do CRM-PA é oferecer uma assistência à saúde eficiente e digna, seja na atividade funcional, seja na vida privada, e evitar ou minimizar os efeitos danosos das doenças sobre a continuidade e qualidade no desempenho funcional.

2.6 Propiciar este benefício aos empregados gera uma relação vantajosa de custo-benefício para o CRM-PA, principalmente no que diz respeito à melhoria da qualidade de vida, à saúde e à retenção de talentos. Além disso, com a assistência à saúde será possível prevenir doenças e reduzir o absenteísmo, já que muitos empregados faltam ao trabalho em decorrência de patologias, que sendo tratadas adequadamente, podem ser curadas.

2.7 Em razão do objeto a ser contratado e dado a sua essencialidade, justifica-se a contratação do serviço de forma ininterrupta, garantindo a continuidade dos serviços, assegurando o funcionamento das atividades finalísticas do órgão e a necessidade de garantir o acesso à rede de saúde aos empregados. Assim, a contratação em tela poderá estender-se por mais de um exercício financeiro, de modo que sua interrupção poderá comprometer o cumprimento da missão institucional.

2.8 O plano de assistência médica deverá proporcionar aos empregados do CRM-PA melhores condições para o cuidado com a saúde, tanto sob a perspectiva de cuidados preventivos quanto de tratamentos que porventura sejam necessários, como em casos de acometimento de moléstia ou acidente, de acordo com os casos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e no futuro Termo de Referência.

2.9 A abrangência da cobertura deverá ser todo o Estado do Pará, essencialmente em Belém, Marabá, Santarém e Altamira e Nacional para Urgência e Emergência, devido ao fato de possuir empregados efetivos nas Delegacias Regionais em Santarém, Marabá e Altamira, e possivelmente Redenção, como também os responsáveis pela Fiscalização Médica realizarem as diligências in loco em todo o estado do Pará, havendo, portanto, a necessidade de garantia de atendimento médico hospitalar *in continenti* para estes empregados.

2.10 O plano de assistência médica para o desenvolvimento nacional sustentável, deverá possuir ou implementar critérios de sustentabilidades, voltados para redução do consumo de energia, reduzir impactos negativos sobre o meio ambiente, descarte de insumos, reciclagem, maior geração de empregos, preferencialmente com mão de obra local.

2.11 A contratação está embasada no Orçamento 2024 e Plano Anual de Contratações 2025.

2.12 Conta Contábil nº 6.2.2.1.1.33.90.39.028 – PLANO DE SAÚDE – MÉDICO E ODONTOLÓGICO.

2.13 A Entidade reconhece que a saúde humana é um bem fundamental do qual depende o indivíduo para o desenvolvimento de todas as suas atividades cotidianas, inclusive a laboral. A realização de novo processo licitatório se justifica em razão da

necessidade de manutenção dos benefícios de assistência médica aos empregados do CRM-PA, haja vista todas as vantagens dela decorrentes e sob a perspectiva do interesse público desta contratação.

3 NORMATIVOS ESPECÍFICOS QUE DISCIPLINAM OS SERVIÇOS A SEREM CONTRATADOS

3.1 Lei n.º 14.133 de 1º de abril de 2021 – Lei de Licitações e Contratos Administrativos.

3.2 Instrução Normativa SEGES/MP n.º 58, de 08/08/2022, que dispõe sobre a elaboração dos Estudos Técnicos Preliminares – ETP, para aquisição de bens e contratação de serviços e obra, no âmbito da administração pública federal direta, autarquia e funcional, e sobre o Sistema ETP digital.

3.3 Instrução Normativa SEGES/ME n.º 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.

3.4 Instrução Normativa SEGES/ME n.º 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.

3.5 Instrução Normativa n.º 01, de 19 de janeiro de 2010, da SLTI/MPOG, art. 6º.

3.6 Decreto n.º 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.

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

3.8 Lei n.º 10.185/2001, que dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

3.9 Lei n.º 8.078/1990, dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.

3.10 Lei n.º 10.046/2002, que institui o Código Civil.

3.11 Lei n.º 9.656/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

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

3.13 Resolução Normativa ANS n.º 63/2003, que define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratador a partir de 1º de janeiro de 2004.

3.14 Resolução Normativa ANS 259/2011 que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa – IN n.º 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO.

3.15 Resolução Normativa ANS 395/2016 que dispõe sobre as regras a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde nas solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários, em qualquer modalidade de contratação.

3.16 Resolução Normativa ANS n.º 623/2024, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga a Resolução Normativa – RN n.º 428/2017, a Resolução Normativa – RN n.º 453/2020, a Resolução Normativa – RN n.º 457/2020 e a RN n.º 460/2020.

3.17 Resolução Normativa ANS n.º 268/2011, que altera a Resolução Normativa ANS N.º 259/2011, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde.

3.18 Demais atos Normativos Regulamentares da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

3.19 Instrução Normativa MPDG/SG nº 65/2021, 07/07/2021.

4 REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

4.1 A empresa contratada deverá prestar os serviços de Assistência Médica Hospitalar, por meio de operadora, seguradora de planos de saúde, com rede própria e/ou credenciada, com abrangência nacional, padrão enfermaria, na modalidade de contratação coletivo empresarial.

4.2 Os empregados que tiverem seus contratos de trabalhos rescindidos e desejarem a permanência no plano de saúde, poderão continuar, porém as despesas serão custeadas diretamente pelo ex-empregado (inativo) à empresa Contratada.

4.3 A prestação dos serviços, de caráter continuado, de Plano de Assistência Médica de natureza coletiva empresarial, sem carência, nas segmentações ambulatorial, hospitalar e obstétrica, com cobertura em todo o Estado do Pará e cobertura nacional para os casos de urgência e emergência, incluída a cobertura assistencial, para os empregados do CRM-PA, sendo facultativa a adesão ao plano, durante o período de 12 (doze) meses, conforme especificações.

4.4 A contratação deverá ser realizada em conformidade com as legislações e normas pertinentes em vigor, em consonância com as justificativas formuladas no Documento e Formalização de Demanda (DFD), nas quantidades e demais condições de execução a serem estabelecidas neste estudo e no PB/TR.

4.5 Segmento: Plano médico-hospitalar e ambulatorial com obstetrícia.

4.6 Tipo de Acomodação: Enfermaria.

4.7 Abrangência geográfica: Estadual e Nacional

4.8 Modalidade: Sem Coparticipação.

4.9 Formato: Facultativa por adesão.

4.10 Público beneficiário: Empregados do CRM-PA em Belém e Delegacias Regionais em Marabá, Santarém e Altamira com previsão de inativos.

4.11 O plano de assistência à saúde poderá ser realizado por rede própria, cooperada ou credenciada, devendo atender as exigências da Lei nº 9.656/98 e da Resolução Normativa – RN nº 623/2024, bem como das resoluções que venham a atualizar esta, e demais normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dispor, quando mais vantajosa ao beneficiário, as coberturas assistenciais mínimas discriminadas nos atos Normativos Regulamentares da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

4.12 Serão cobertos pela Contratada exames e/ou procedimentos solicitados por profissional devidamente qualificado, ainda que este não integre a rede própria ou credenciada da operadora ou da seguradora nos termos da legislação vigente.

4.13 A Contratada deverá disponibilizar, quando necessário, todo o tratamento ambulatorial e de internação hospitalar, conforme legislação vigente e normativos da ANS, para transtornos psiquiátricos crônicos, de crise e dependência química.

4.14 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 de forma analítica, sintética e geral, discriminando todos os serviços realizados, para fins de gerenciamento interno do CRM-PA.

4.15 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.

4.16 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.

4.17 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.

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

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

4.20 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.

4.21 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.

4.22 Disponibilizar 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.

4.1.1 DA REDE DE ATENDIMENTO - PRÓPRIA, CREDENCIADA, COOPERADA OU REFERENCIADA

4.1.1.2 A contratada deve dispor e manter uma rede de atendimento própria, credenciada, cooperada local ou referenciada nacionalmente, composta por médicos, laboratórios, clínicas, maternidades e hospitais que atendam, de forma suficiente, os beneficiários do plano de assistência médica. Devendo atender as exigências da Lei nº 9.656/98 e da Resolução Normativa - RN nº 623, bem como das resoluções que venham a atualizar esta, e demais normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, garantindo, no mínimo:

4.1.1.2.1 Na cidade de Belém:

a) 3 (três) hospitais credenciados, sendo:

a.1) Pelo menos 2 (dois) hospitais com, no mínimo, 20 (vinte) leitos com planos de enfermaria, cada;

a.2) Os hospitais credenciados, deverão possuir as seguintes características:

a.2.1) Possuir um centro cirúrgico com, no mínimo, 5 (cinco) salas;

a.2.2) Possuir UTI para adultos

com, no mínimo, 6 (seis) leitos;

a.2.3) Possuir atendimento de Pronto Socorro;

a.2.4) Possuir unidade de Fisioterapia;

b) 2 (duas) Maternidades para atendimento em regime de internação eletiva, serviço de Urgência/Emergência e leitos de alta complexidade UTI/CTI, infantil e neonatal.

c) 3 (três) estabelecimentos para exames laboratoriais de análises clínicas;

d) 3 (três) estabelecimentos de Centro de Diagnóstico.

e) Pelo menos 08 (oito) médicos credenciados para atendimento em consultório/clínica

para cada uma das seguintes especialidades médicas:

- e.1) Clínica Médica;
- e.2) Pediatria;
- e.3) Cirurgia Geral;
- e.4) Ortopedia;
- e.5) Cardiologia;
- e.6) Urologia;
- e.7) Neurologia;
- e.8) Gastroenterologia;
- e.9) Endocrinologia;
- e.10) Dermatologia;
- e.11) Angiologia;
- e.12) Ginecologia/Obstetrícia;
- e.13) Oftalmologia;
- e.14) Reumatologia e
- e.15) Psiquiatria.

4.1.1.3 Nas demais cidades do Pará onde funcionam as Delegacias Regionais, deverá manter rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada com laboratórios ou serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, consultórios, hospitais, clínicas especializadas e atendimento de urgência/emergência.

4.1.1.4 Caso haja necessidade de atendimento em local onde não exista rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada da contratada ou nos casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, credenciados, cooperados ou referenciados, observado o disposto no art. 13 da Resolução Normativa ANS nº 428, de 07/11/2017, depois de exauridas as hipóteses previstas na Resolução Normativa ANS nº 259, de 17/06/2011 e na legislação vigente os beneficiários poderão ser atendidos em estabelecimento médico a que tiverem acesso, solicitando, posteriormente, o reembolso integral na contratada, mediante a apresentação de recibo de pagamento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos a contar da data da protocolização do pedido na contratada.

4.1.1.5 Para os casos de atendimento fora do estado do Pará, nas situações de urgência e emergência, aplica-se o disposto no item anterior.

4.1.1.6 A licitante interessada em participar deste certame deve se comprometer com a formação de ampla rede de atendimento, no Estado do Pará, (própria, credenciada, referenciada ou cooperada), sem prejuízo da utilização do sistema de reembolso integral, até que seja formada rede capaz de atender às necessidades dos empregados do CRM-PA, em conformidade com a legislação vigente e as normas expedidas pela ANS.

4.1.1.7 O CRM-PA poderá solicitar, a qualquer tempo, que a contratada promova a cobertura, através de rede própria, credenciada, referenciada ou cooperada, em determinada localidade, a fim de atender às necessidades de adequação da rede de atendimento.

4.1.1.8 A solicitação de credenciamento de novo estabelecimento deverá ser atendida no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias, contado da solicitação.

4.1.1.9 Deverá ser assegurado aos beneficiários do plano, sempre que houver

indisponibilidade de leito nos hospitais ou clínicas próprios ou credenciados da contratada, acomodação em outro estabelecimento de qualidade igual ou superior, sem ônus adicional.

4.1.2 Apresentação da rede de atendimento

4.1.2.1 A contratada deverá apresentar pelo menos 50% (cinquenta por cento) da rede de atendimento requerida no item 4.11.1.1, para a cidade de Belém, no prazo de até 5 (cinco) dias úteis antes da data de início de vigência do contrato.

4.1.2.2 A contratada deverá apresentar também, no prazo de até 5 (cinco) dias úteis antes da data de início de vigência do contrato, rede de atendimento para, no mínimo, as seguintes cidades: Altamira, Marabá e Santarém.

4.1.2.3 A totalidade da rede de atendimento (própria, credenciada, referenciada ou cooperada) deverá ser apresentada no prazo de até 90 (noventa) dias, contado do início de vigência do contrato.

4.1.2.4. O prazo de apresentação do quantitativo mínimo de rede de atendimento se dá em razão da necessidade de manutenção da cobertura de plano de assistência médica aos beneficiários, tão logo se expire a vigência do contrato atual. Tendo em vista a natureza da prestação dos serviços, não poderá haver lapso temporal entre a vigência de um e outro contrato, garantindo-se o efetivo atendimento médico/hospitalar aos empregados do CRM-PA.

4.1.2.5 Os endereços e contatos telefônicos da rede de atendimento própria, credenciada e referenciada deverão ser disponibilizados em sítio eletrônico ou através de outro meio eficaz de divulgação aos beneficiários.

4.1.3 COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

4.1.3.1 A prestação de serviços de saúde deve englobar o atendimento médico-hospitalar e ambulatorial, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, bem como internações, tanto em caráter eletivo como emergencial, em hospitais e clínicas, sem excluir doenças preexistentes, nos termos da Lei 9.656 de 3 de junho de 1998 e atualizações devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS garantindo o descrito no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em conformidade com a rede própria, credenciada, contratada, referenciada ou cooperada, incluindo:

4.1.3.2 Efetuar a prestação de serviços aos beneficiários de assistência médica, paramédica, hospitalar e obstétrica, ambulatorial e laboratorial, com atendimento de urgência e emergência de acordo com as condições e prazos propostos, sendo a cobertura de consultas médicas em número ilimitado, em clínicas e hospitais, reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, e previstas no presente instrumento, incluindo atendimento de emergência 24 (vinte e quatro horas), em todos os dias da semana, conforme Rol de cobertura da ANS.

4.1.3.3 Os serviços poderão ser executados pelos estabelecimentos e profissionais parceiros, conveniados, referenciados, credenciados e/ou próprios da empresa Contratada, sem limite de consultas e exames de métodos complementares, de internamentos em enfermaria ou em Unidade de Terapia Intensiva – UTI e Semi-Intensiva

4.1.3.4 A Contratada deverá apresentar, no ato de assinatura do instrumento contratual, a lista dos procedimentos para os quais será exigida autorização prévia com indicação do prazo máximo para emitir as referidas autorizações.

4.1.3.5 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.

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

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

4.1.3.8 Além das especialidades médicas e cirúrgicas relacionadas no Rol da ANS, deverão estar compreendidas as reconhecidas pelos órgãos que regulamentam a atividade de Plano de Saúde - ANS - Agência Nacional de Saúde, inclusive aquelas que as modernas tecnologias forem disponibilizando e que representem fatores de economia e maior segurança para o beneficiário do plano, tudo na conformidade da Lei nº. 9.656/98 e demais normas pertinentes, desde que possuam o CID (Código Internacional de Doenças).

4.1.3.9 A Contratada não poderá criar em quaisquer hipóteses restrições ao atendimento de beneficiário sob a alegação de doenças ou lesões preexistentes ou congênitas

4.1.3.10 A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, (não podendo ser somente em clínicas e hospitais próprios da licitante, devendo a operadora ou seguradora possuir convênios com outras clínicas da Capital e Interior do estado do Pará), em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, e inclui:

a) Internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

b) Internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;

c) Diária de internação hospitalar;

d) Despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;

e) Exames complementares indispensáveis para 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;

f) Taxas e materiais utilizados durante o período de internação e relacionadas com o evento médico;

g) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, do maior de 60(sessenta) anos, da mulher no pré-parto e pós-parto imediato e dos portadores de necessidades especiais quando houver indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura do Plano/Seguro Saúde, exceto no caso de UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento.

4.1.3.11 Cirurgia plástica reparadora;

4.1.3.12 Procedimentos relativos ao pré-natal e a assistência ao parto;

4.1.3.13 Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer;

4.1.3.14 Cobertura de transplante de córnea e rim, bem como o de transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde editado pela ANS, além das despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, quando couber, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:

- a) As despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) Os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d) As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

4.1.3.15. Em caso de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados, referenciados, cooperados ou credenciados pela Contratada, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a operadora ou seguradora deverá lhe garantir acesso em acomodação superior até que haja disponibilidade do leito conforme acomodação contratada, momento em que será providenciada a transferência às expensas da Contratada.

4.1.3.16 A escolha de prestação de serviços será de livre arbítrio do beneficiário, dentre a relação de profissionais, de hospitais, de centros médicos, de clínicas, básicas e especializadas, de laboratórios, dentre a rede própria, contratada, cooperada, referenciada e/ou credenciada ofertada pela contratada, não podendo o atendimento ser somente em hospitais da própria operadora.

4.1.3.17. Será ainda garantida aos beneficiários a cobertura trazida pelo art. 12, III, a, b, VII, da Lei Federal nº 9.656/1998, em conformidade com as demais normas regulatórias da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

4.1.3.18 Não haverá Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doenças ou Lesões Preexistentes, desde que o Contratante faça a inclusão do beneficiário em até 30 (trinta) dias de sua vinculação ao contratante ou do evento que o elege para ser beneficiário.

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

4.1.3.20 A critério da contratada, poderá haver a necessidade de autorização prévia para marcação de exames.

4.1.3.21 Aplicam-se, ainda, aos casos de coberturas assistenciais, plano ambulatorial, plano hospitalar e plano hospitalar com obstetrícia as disposições da Resolução Normativa nº 428/2017 da ANS.

4.1.3.23 Além das especialidades médicas e cirúrgicas relacionadas no Rol da ANS, deverão estar compreendidas as reconhecidas pelos órgãos que regulamentam a atividade de Plano de Saúde – ANS - Agência Nacional de Saúde, inclusive aquelas que as modernas tecnologias forem disponibilizando e que representem fatores de economia e maior segurança para o beneficiário do plano, tudo na conformidade da Lei nº. 9.656/98 e demais normas pertinentes, desde que possuam o CID (Código Internacional de Doenças).

4.1.4 EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1.4.1 Referente às exclusões de cobertura de assistência médica, seguem as devidas observações:

4.1.4.2 As exclusões de cobertura deverão apresentar-se em conformidade com o previsto na Lei Federal nº 9.656/1998, e nas Resoluções Normativas da ANS, respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias dispostas na citada legislação.

4.1.4.3 São excluídos da cobertura do Plano de Assistência Médica os eventos e despesas decorrentes de:

4.1.4.4 Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

4.1.4.5 Atendimentos prestados antes do início do período de vigência;

4.1.4.6 Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses com a mesma finalidade.

4.1.4.7 Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

4.1.4.8 Inseminação artificial;

4.1.4.9. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

4.1.4.10 Tratamentos com centros de SPAS, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;

4.1.4.11 Transplantes, à exceção de córnea, rim e os transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

4.1.4.12 Fornecimento de medicamentos importados, não nacionalizados;

4.1.4.13 Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, bem como próteses, órteses e seus acessórios que sejam importados;

4.1.4.14 Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

4.1.4.15 Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

4.1.4.16 Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

4.1.4.17 Aparelhos ortopédicos;

4.1.4.18 Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

4.1.4.19 Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;

4.1.4.20 Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

4.1.4.21 Poderão ser excluídas da cobertura os itens que abrangem as exceções elencadas no art. 10 da Lei nº 9.656/1998 e os itens constantes §1º do artigo 20 da Resolução Normativa ANS nº 428/2017, ou aqueles que vierem a substituí-los.

4.1.5 DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

4.1.5.1 A abrangência geográfica dos serviços de assistência à saúde será, comprometendo-se a empresa contratada a disponibilizar atendimento em todo o território Nacional, conforme definições abaixo:

4.1.5.2 As definições de urgência e emergência estão contidas na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

4.1.5.3 Quando houver carência em vigor e necessidade de atendimento de urgência e emergência o beneficiário terá garantida a cobertura igualmente a fixada para atendimento ambulatorial, sem cobertura de internação, limitado às primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação.

4.1.5.4 O atendimento de urgência e emergência decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

4.1.6 DO REEMBOLSO

4.1.6.1 Em caso de necessidade de atendimento em localidade onde não exista rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada os beneficiários poderão ser atendidos em estabelecimento médico a que tiverem acesso, após esgotadas as hipóteses previstas na Resolução Normativa ANS nº 259/2011 e na legislação vigente, solicitando, posteriormente, o reembolso integral à contratada, mediante a apresentação de recibo de pagamento e de documentação que comprove a prestação de atendimento.

4.1.6.2 Respeitadas as determinações da ANS, caberá aos beneficiários o reembolso

de 100% (cem por cento) das despesas efetuadas com consultas, exames, honorários médicos e serviços hospitalares, com medicamentos e materiais utilizados durante o período de internação e com as demais taxas hospitalares, nas seguintes hipóteses:

a) despesa efetuada nas localidades em que a Contratada não dispuser de rede médico-hospitalar, laboratorial e serviços complementares ao diagnóstico e terapia, credenciada, referenciada ou própria, capaz de atender os serviços contratados.

b) em situações de greve, paralisações ou outras que impeçam o atendimento pela rede própria, referenciada ou credenciada da Contratada.

c) nos casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços na rede própria, credenciada ou referenciada da Contratada, aqueles como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesão irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente. Urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional. Emergência, como tal definidos os que implicarem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente.

4.1.6.3 O reembolso de que trata o item 4.1.6.1 deverá ser realizado pela contratada diretamente na conta do beneficiário, no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, contado a partir da protocolização do pedido com todos os documentos exigidos pela contratada, necessários à comprovação do atendimento e dos gastos, nos termos da Resolução Normativa ANS nº 259 de 24/11/2011.

4.1.6.4 A contratada não poderá criar embaraço à efetivação do reembolso, requisitando documentação que extrapole a necessidade de comprovação do atendimento e dos gastos dela decorrente.

4.1.6.5 O prazo para o beneficiário requerer o reembolso é de até 12 meses, contados a partir da data em que ocorreu o evento médico, ou, no caso de internação, contados a partir da data da alta hospitalar.

4.1.7 CARÊNCIA

4.1.7.1 Não haverá limitações de idade e quaisquer carências para os beneficiários inscritos, quando dos primeiros 30 (trinta) dias de vigência do contrato.

4.1.7.2 Não haverá carência para os novos empregados, ocorridos na vigência do contrato que aderirem ao plano de saúde no prazo de 30 (trinta) dias da ocorrência do evento, observando-se, em todo caso, o disposto na Resolução Normativa ANS nº 557/2022.

4.1.8 DA COPARTICIPAÇÃO

4.1.8.1 Os serviços serão prestados SEM COPARTICIPAÇÃO, na modalidade de contratação coletivo empresarial.

4.1.8.2 Nos casos em que o colaborador mobilizado permanecer por tempo inferior a 30 (trinta) dias no Plano de Assistência à Saúde do CRM-PA será efetuado o pagamento proporcional ao período de inclusão.

4.1.9 QUADRO DE USUÁRIOS DO CRM-PA

4.1.9.1 O grupo de usuários do plano será constituído, inicialmente, por aproximadamente 33 (trinta e três) vidas, distribuído conforme faixas etárias relacionadas na tabela de grupo de usuários, sendo de caráter estimativo.

4.1.9.2 Durante a vigência do contrato poderão haver alterações, considerando a mudança de faixa etária dos empregados e novos contratados a adesão ou não do referido plano de saúde.

4.1.9.3 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.

4.1.9.5 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.

4.1.9.6 Disponibilizar Guia Médico Eletrônico, de fácil acesso, 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.

4.1.9.7 Até a entrega efetiva dos cartões/carteiras de beneficiários, a Contratada deverá disponibilizar o número do benefício cadastrado e/ou aplicativo de modo que o beneficiário possa utilizar o plano apenas com a apresentação de documento de identificação.

2. TABELA DE GRUPO DE USUÁRIOS

Faixa etária	Qtd total de empregados
00 a 18 anos	-
19 a 23 anos	2
24 a 28 anos	2
29 a 33 anos	2
34 a 38 anos	4
39 a 43 anos	7
44 a 48 anos	6
49 a 53 anos	1
54 a 58 anos	3
59 ou mais	6
TOTAL	33

4.2.1 Tabela com número provável de usuários do plano de assistência médica.

4.2.2 A adesão dos beneficiários ao presente contrato é facultativa e opcional, sendo o número de vidas descrito neste estudo meramente estimativo.

4.2.3 DOS USUÁRIOS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

4.2.3.1 Serão considerados Beneficiários Titulares para fins de contrato a ser celebrado os empregados do CRM-PA.

4.2.3.2 Os funcionários demitidos sem justa causa e aposentados terão direito a manter a condição de beneficiário do plano de saúde objeto da presente contratação, caso tenham contribuído para o custeio do plano na forma da RN 279, da ANS, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que arquem com os valores integrais da prestação de serviços, que lhe serão faturados diretamente pela operadora.

4.2.3.4 A manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados poderá ocorrer com condições de reajuste, preço, faixa etária diferenciadas das contratadas no plano de assistência médica para os empregados ativos do CRM-PA.

4.2.3.5 O tempo de permanência do ex-empregado e do aposentado será calculado considerando-se o tempo de contribuição para o plano, nos termos da RN 279, da ANS

e RN 557/2022.

4.2.4 DOS CARTÕES DE IDENTIFICAÇÃO

4.2.4.1 A contratada deverá emitir os cartões de identificação para todos os beneficiários, em até 10 (dez) dias úteis, contados da inscrição dos usuários no plano.

4.2.4.3 A Contratada deverá entregar os cartões e/ou carteiras de beneficiário no Setor de Gestão de Pessoal, do CRM-PA, situada na Avenida Generalíssimo Deodoro, 223. CEP.: 66.017-000. Devem ser embalados individualmente e com identificação nominal.

4.2.4.4 Até a entrega efetiva dos cartões/carteiras de beneficiários, a Contratada deverá disponibilizar o número do benefício cadastrado e/ou aplicativo de modo que o beneficiário possa utilizar o plano apenas com a apresentação de documento de identificação.

4.2.5 Da adoção de índices de qualificação econômica e financeira

4.2.5.1 A prestação de serviços de plano de assistência médica é essencial para a preservação da saúde dos empregados do CRM-PA, há de se ter, portanto, prudência para que a contratação da empresa, observado em todo caso os princípios licitatórios, seja capaz de honrar as obrigações assumidas pelo prazo mínimo de 12 (meses) e, na melhor das hipóteses, verificada a vantajosidade para a Administração, prorrogável por até 10 anos, na forma dos [artigos 106 e 107 da Lei nº 14.133, de 2021](#).

4.2.5.2 Posto isso, para apuração da boa saúde financeira da empresa, será utilizado como critério de qualificação econômico-financeira os índices, formulas e resultados previstos na Instrução Normativa nº 3/2018 do MPOG, art. 22:

I - Liquidez Geral (LG) = $(\text{Ativo Circulante} + \text{Realizável a Longo Prazo}) / (\text{Passivo Circulante} + \text{Passivo Não Circulante})$;

II - Solvência Geral (SG) = $(\text{Ativo Total}) / (\text{Passivo Circulante} + \text{Passivo não Circulante})$; e

III - Liquidez Corrente (LC) = $(\text{Ativo Circulante}) / (\text{Passivo Circulante})$

4.2.5.3 Os índices dos resultados apurados não poderão ser inferiores a 1 (um).

4.2.5.4 Atualmente os referidos índices são amplamente utilizados pela Administração Pública em seus editais de licitação, trata-se de medida preventiva através da qual se busca evitar contratações que acarretem risco e prejuízos ao erário.

4.2.5.5 A matéria também já passou pela análise do Tribunal de Contas da União que não se opôs à sistemática adotada, pelo contrário, inclusive, expediu, através do Acórdão nº 1214/2013 - Plenário, orientação à Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação do Ministério do Planejamento para que incorporasse, dentre outros temas, os referidos índices de qualificação econômico-financeira no texto da IN/MP 2/2008, que atualmente está revogada, porém a matéria está disciplinada na Instrução Normativa nº 3/2018 do MPOG, conforme já mencionado supra. Indicou, ainda, a necessidade de se justificar os motivos da exigência dos índices, e isto é o que se demonstra neste estudo.

4.2.5.6 Por fim, deve ser considerado, ainda, que a proposta mais vantajosa não corresponde tão somente ao menor preço, sendo outros requisitos tão ou mais relevantes quanto este, como a execução regular das obrigações e cumprimento do prazo de vigência da avença, pois de nada aproveitaria a contratação com preço reduzido, em que a contratada não dispusesse de capacidade para cumprir as condições e as obrigações pactuadas. Na verdade, contratações interrompidas por responsabilidade da contratada causam deveras prejuízos à Administração, como transtorno causado pela cessação do serviço essencial e pelos gastos de materiais, de mão de obra e de publicações oficiais decorrentes de um novo processo licitatório.

4.2.6 Definição e justificativa da natureza continuada do serviço

4.2.6.1 A contratação do serviço, objeto deste documento, tem amparo legal na Lei n.º 14.133 de 1º de abril de 2021 - Lei de Licitações e Contratos Administrativos.

4.2.6.2 Quanto à natureza, o objeto se configura precipuamente como um serviço

comum e de natureza continuada, devido às características de essencialidade e habitualidade que a CONTRATANTE tem de mantê-los.

4.2.6.3 E sua interrupção pode comprometer a assistência à saúde dos funcionários e, conseqüentemente, a continuidade das atividades da administração. A contratação deve estender-se por mais de um exercício financeiro, visto que sua manutenção é imprescindível, uma vez que está voltado ao cuidado com a saúde do funcionário.

4.2.6.4 Benefícios diretos e indiretos:

- a) Aumentar a satisfação dos funcionários;
- b) Prevenir problemas e doenças e reduzir o absenteísmo;
- c) Proporcionar mais acesso aos tratamentos médicos;
- d) Melhorar a percepção da saúde global dos funcionários;
- e) Reter talentos
- f) Além da Medicina Preventiva.

4.2.6.5 Os serviços a serem contratados enquadram-se nos pressupostos do Decreto nº 9.507, de 2018, constituindo-se em atividades materiais acessórias, instrumentais ou complementares à área de competência legal do órgão licitante, não inerentes às categorias funcionais abrangidas por seu respectivo plano de cargos.

4.2.6.6 A prestação dos serviços não gera vínculo empregatício entre os empregados da Contratada e a Administração, vedando-se qualquer relação entre estes que caracterize pessoalidade e subordinação direta.

4.2.7 Critérios e Práticas de Sustentabilidade

4.2.7.1 O(A) CONTRATADO(A) deverá adotar os critérios e práticas de sustentabilidade, naquilo que couber, em consonância com o art. 6º, da Instrução Normativa N.01 de 19 de janeiro de 2010, vide abaixo:

- I - Utilizar produtos de limpeza e conservação de superfícies e objetos inanimados que obedeçam às classificações e especificações determinadas pela ANVISA;
- II - Observar a Resolução CONAMA nº 20, de 7 de dezembro de 1994, quanto aos equipamentos de limpeza que gerem ruído no seu funcionamento;
- III - Fornecer aos empregados os equipamentos de segurança que se fizerem necessários, para a execução de serviços;
- IV - Realizar um programa interno de treinamento de seus empregados, nos três primeiros meses de execução contratual, para redução de consumo de energia elétrica, de consumo de água e redução de produção de resíduos sólidos, observadas as normas ambientais vigentes;
- V - Realizar a separação dos resíduos recicláveis descartados pelos órgãos e entidades da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional, na fonte geradora, e a sua destinação às associações e cooperativas dos catadores de materiais recicláveis, que será procedida pela coleta seletiva do papel para reciclagem, quando couber, nos termos da IN/MARE nº 6, de 3 de novembro de 1995 e do Decreto nº 5.940, de 25 de outubro de 2006, Resolução Normativa nº 01 de 19 de janeiro de 2010.
- VI - Respeitar as Normas Brasileiras - NBR publicadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas sobre resíduos sólidos;
- VII - Prever a destinação ambiental adequada das pilhas e baterias usadas ou inservíveis, segundo disposto na Resolução CONAMA nº 257, de 30 de junho de 1999.

4.2.7.2 Deverá adotar critérios de sustentabilidade com a contratação, de melhor aproveitamento dos recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis, inclusive com respeito a impactos ambientais positivos (por exemplo, diminuição do consumo de papel ou de energia elétrica), bem como, se for o caso, de melhoria da qualidade dos serviços oferecidos à sociedade

4.2.8 Duração do contrato

4.2.8. O prazo de vigência da contratação é de 60 (sessenta) meses, com início na assinatura do contrato, prorrogável por até 10 anos, na forma dos artigos 106 e 107 da Lei 14.133/2021.

4.2.8.2 A prorrogação de que trata este item é condicionada ao ateste, pela autoridade competente, de que as condições e os preços permanecem vantajosos para a Administração, permitida a negociação com o contratado.

4.2.9 Necessidades de adequação e transição contratual

4.2.9.1 Não haverá necessidade de adequação do ambiente para prestação dos serviços objeto deste Estudo, sendo suficientes as atuais condições ambientais e nem haverá transição contratual.

4.2.9.2 Durante a transição contratual é fundamental que caso algum colaborador esteja em processo de tratamento de saúde, a rede credenciada da licitante vencedora não descontinue o procedimento, devendo prontamente disponibilizar todos os meios para continuidade do tratamento. Condição que justifica que o plano ofertado deverá ser igual ou superior ao atual, ofertando rede credenciada igual e/ou equivalente, sob pena de responsabilizar-se por danos causados aos empregados do CRM-PA.

4.2.9.3 Serão aceitos como beneficiários, sem limite de idade, todos os empregados ativos, inativos. Não haverá qualquer tipo de carência para os beneficiários já inscritos no plano de assistência do contrato atual, bem como para aqueles que solicitarem inclusão no prazo de 30 (trinta) dias do início da vigência do plano de saúde a ser contratado.

4.2.9.5 A Contratada deverá demonstrar através de manuais, documentos e/ou meio equivalente que a rede credenciada da licitante vencedora dispõe de ampla e capacitada rede de atendimento.

4.2.9.6 Realizar a transição contratual com transferência de conhecimento, tecnologia e técnicas empregadas, sem perda de informações, podendo exigir, inclusive, a capacitação dos técnicos da contratante ou da nova empresa que continuará a execução dos serviços.

5 LEVANTAMENTO DE MERCADO E JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DO TIPO DE SOLUÇÃO A CONTRATAR

5.1. Foram analisadas contratações similares feitas por outros órgãos e entidades, por meio de consultas a editais, com objetivo de identificar a existência de novas metodologias, tecnologias ou inovações que melhor atendessem às necessidades do CRM-PA; e aquelas identificadas como úteis foram incorporadas na contratação em análise.

5.2 Soluções de Mercado:

- a) Convênio com operadoras de planos de assistência à saúde, organizadas na modalidade de autogestão;
- b) Serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade;
- c) Auxílio de caráter indenizatório, por meio de ressarcimento;
- d) Contrato com operadoras de planos de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 14.133, de 01 de abril de 2021

5.2.1 - Convênio com operadoras de planos de assistência à saúde, organizadas na modalidade de autogestão.

5.2.1.1. No caso de convênio com operadoras de planos de assistência à saúde, organizadas na modalidade de autogestão: A operadora de planos privados de assistência à saúde, na modalidade de autogestão, é pessoa jurídica de direito privado sem finalidades lucrativas que, vinculada ou não à entidade pública ou privada, opera plano de assistência à saúde com exclusividade para um público determinado de beneficiários.

5.2.1.2 A Resolução ANS nº 137/2006 disciplina as regras para celebração de convênio com entidade privada operadora de plano de assistência à saúde, desde que sejam atendidos os seguintes pressupostos:

- a) a entidade deve ser de autogestão (sem fins lucrativos e fechada), conforme regulamentação da ANS;
- b) a entidade deve ter o patrocínio do ente público, para custeio das despesas totais ou parciais do plano;
- c) a entidade deve possuir administração própria, com a participação dos beneficiários titulares do plano e do patrocinador, integrando os órgãos colegiados de administração superior;
- d) deve prever, no seu ato constitutivo, a forma e o critério de participação dos beneficiários e do patrocinador nos órgãos colegiados de administração superior e
- e) a entidade deve ter objeto social exclusivamente relacionado à operação de plano de assistência à saúde.

5.2.1.3 De acordo com o Acórdão TCU 458/2004-TCU-Plenário, mediante o qual a Corte de Contas, ao apreciar a validade dos convênios de prestação de serviços de assistência à saúde, firmados entre a Fundação de Seguridade Social (Geap) e diversos órgãos e entidades da Administração Pública, concluiu que tal entidade não se enquadrava nos requisitos que excepcionam a obrigatoriedade da realização de licitação, vez que não integra a Administração Pública.

5.2.1.4 Pelo exposto, esta comissão de planejamento de contratação entende que o CRM-PA não poderá firmar convênio para prestação de serviço de assistência à saúde para os seus empregados.

5.2.2 - Serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade.

5.2.2.1 No caso de Serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade: Entende-se como serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade, o oferecimento de assistência à saúde suplementar ao servidor ativo, inativos e pensionistas, por meio de rede de prestadores de serviços mediante gestão própria ou contrato.

5.2.2.2 A prestação de serviços realizado pelo próprio CRM-PA, não se observa como vantajosa, essa modalidade em razão de não possuir em seu quadro funcional quantitativo de pessoal em número suficiente para administrar o próprio plano de saúde, além de não possuir norma para regulamentação dessa modalidade. Destaca-se que o último concurso público foi realizado pelo CRM em 2010 e, desde então, não foi possível repor as vagas em aberto, sendo deficitário o quadro funcional para atender a todas as demandas do Conselho.

5.2.3 - Auxílio de caráter indenizatório, por meio de ressarcimento.

5.2.3.1 No caso de Auxílio de caráter indenizatório, por meio de ressarcimento: Na modalidade de auxílio de caráter indenizatório, o servidor recebe o ressarcimento parcial do valor pago por beneficiário, pela contratação de plano de saúde privado, desde que comprovada a contratação particular de plano de assistência à saúde que atenda o padrão mínimo constante das normas relativas ao rol de procedimentos e eventos em saúde editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS, conforme disposto na Portaria Normativa nº. 1, de 9 de março de 2017, do Ministério do Planejamento.

5.2.3.2 Com relação a concessão de auxílio de caráter indenizatório, identifica-se como desvantagem essa modalidade em razão da falta de padronização da qualidade da prestação de serviços de assistência à saúde; pois, cada empregado poderia contratar qualquer assistência médica hospitalar, sem o rol de cobertura assistencial (nacional; rol de procedimentos ANS) que o CRM-PA pretende oferecer, visando cumprir a sua diretriz estratégica para reter talentos.

5.2.3.3 Seguem situações desfavoráveis para a utilização do Auxílio de caráter indenizatório, por meio de ressarcimento:

- a) Primeiro, porque a CLT não permite a concessão de plano de saúde na forma de auxílio-financeiro (dinheiro), pois o art. 458, inciso IV, da CLT é claro ao dispor que não tem natureza salarial, a utilidade (benefício) concedida pelo empregador na forma de

assistência médica, hospitalar e odontológica, prestada diretamente ou mediante seguro-saúde, a significar que cabe ao empregador contratar diretamente o seguro-saúde;

b) Segundo, porque ainda que se admita que o empregador possa conceder um auxílio em dinheiro para o empregado pagar à operadora de saúde o seu próprio plano de saúde, mediante a comprovação da contratação desse plano, é certo que essa alteração poderá ser considerada prejudicial, porque são poucas as opções de contratação de planos de saúde individuais, já que as operadoras não as disponibilizam no mercado em razão das regras que limitam o aumento das mensalidades, de modo que as mensalidades iniciais já são mais elevadas, do que as cobradas em planos coletivos, tornando na maioria das vezes inviável a sua contratação pelos empregados que tem menor poder aquisitivo e idade mais avançada;

c) Por último, porque a extinção do plano de saúde coletivo impossibilita que o empregado aposentado, após a extinção do contrato de trabalho, permaneça como beneficiário do plano coletivo do empregador, pagando a totalidade das mensalidades dos planos, conforme prevê a Lei 9.656/98. Esse direito é assegurado pela lei, justamente porque as mensalidades de planos coletivos de saúde são menores do que as dos planos individuais. Além disso, o CRM-PA precisará comprovar ao órgão de controle, em caso de questionamento, que o valor que está reembolsando os empregados para a aquisição de plano de saúde é condizente com o que teria de despesas se contratasse diretamente uma operadora de plano de saúde para fornecê-los.

5.2.4 Contrato com operadoras de planos de assistência à saúde.

5.2.4.1 No caso de contrato com operadoras de planos de assistência à saúde: A Lei 9.656/1998 define Operadora de Plano de Assistência à Saúde como sendo a pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, que opere produto, serviço ou contrato de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

5.2.4.2 No caso de contrato com operadoras, o CRM-PA identifica como vantajoso a contratação por Pregão Eletrônico em razão da ampla competitividade, transparência, eficiência e obtenção da proposta mais vantajosa e celeridade no certame. Além disso, o próprio CRM-PA será o gestor e fiscalizador do contrato e utilizará todos os procedimentos necessários para exigir a efetividade na prestação de serviços pela empresa contratada, como também vem efetuando essa forma de contratação, tendo como satisfatória no decorrer dos anos.

5.3 Feitas as considerações acima, foi realizada pesquisa no site de busca (www.google.com.br;) e identificada várias empresas que oferecem serviços de Assistência Médica Hospitalar com cobertura regional/nacional, conforme a seguir:

RAZÃO SOCIAL	CNPJ	CONTATO
Amil Assistência Médica Internacional S/A	29.309.127/0001-79	0800 706 2363
Bradesco Saúde S/A	33.055.146/0001-93	(91) 3182 2750

Hapvida Assistência Médica S. A	63.554.067/0001-98	(91) 3117 9904
Unimed Belém Cooperativa de Trabalho Médico (Atual Operadora Contratada)	04.201.372/0001-37	(91) 4009 5503

5.3.1 Assim, a solução que atende aos interesses e necessidades do Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará (CRM-PA), sediado em Belém – PA é a contratação de operadora ou seguradora de plano de assistência médico-hospitalar, com rede própria e/ou credenciada, com abrangência em todo o Estado do Pará e Nacional em casos de urgência e emergência, padrão enfermaria, na modalidade de contratação coletiva e empresarial, sem coparticipação pelo período de 60 meses, com previsão de inativos.

5.3.2 Diante do exposto, não se vislumbram outras soluções de mercado afora a contratação de assistência médica hospitalar, por meio de pregão eletrônico, para a execução desse serviço.

6 DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO

6.1 A solução que atende aos interesses e necessidades do Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará (CRM-PA), sediado em Belém – PA é a contratação de empresa especializada na contratação de operadora ou seguradora de plano de assistência médico-hospitalar, com rede própria e/ou credenciada, abrangência em todo o Estado do Pará e Nacional em casos de urgência e emergência, padrão enfermaria, na modalidade de contratação coletiva e empresarial, sem coparticipação, com previsão de inativos. conforme condições estipuladas neste Estudo Técnico Preliminar.

6.2 Os preços mensais por beneficiário deverão ser apresentados de acordo com a distribuição de beneficiários inscritos por faixa etária, previstos no item 4.2 e no Termo de Referência, onde se incluem todos os custos diretos e indiretos, tributos porventura incidentes, taxa de administração, lucro e outros necessários ao cumprimento integral do objeto.

6.3 Para efeito de julgamento das propostas e composição do valor global do contrato, a licitante deverá considerar os preços para o Plano Coletivo Empresarial, padrão corporativo, enfermaria, por faixa etária, e ainda, observar a Resolução Normativa no 63, de 22 de dezembro de 2003, da ANS que define os limites a serem observados para adoção de variação de preço, por faixa etária, dos planos privados de assistência a saúde:

- a) de até 06 (seis) vezes entre a primeira e última faixa etária;
- b) a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

6.4 O valor mensal poderá ser revisto em periodicidade não inferior a doze meses, contados da data da assinatura do contrato, conforme o percentual autorizado pela ANS, de acordo com a previsão da RN nº 557/2022 da ANS ou legislações posteriores que a substituam.

6.5 Prestar os serviços, cumprindo os prazos e atendendo integralmente a todas as condições e especificações estabelecidas neste estudo.

6.6 A contratada deverá observar e cumprir, ainda, as disposições da Lei nº 9.656/98, bem como todas as Resoluções Normativas da ANS e demais determinações e orientações dos órgãos competentes, que sejam pertinentes ao objeto pretendido.

6.7 Prestar os serviços por intermédio de rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada, cuja abrangência deve compreender o Estado do Pará.

6.8 Arcar com todos os custos como, impostos, taxas, emolumentos, seguros e contribuições fiscais e parafiscais que incidam ou venham a incidir, direta ou indiretamente, sobre todas as atividades decorrentes da execução do contrato, de forma que os preços constantes da cláusula de pagamentos representem a única e exclusiva contraprestação pelos serviços prestados.

6.9 Emitir os cartões de identificação dos beneficiários, sem ônus para o CRM-PA.

6.10 Efetuar o bloqueio de imediato, em casos de perda, roubo, furto ou extravio do cartão, após solicitação do CRM-PA ou do empregado beneficiário.

6.11 Invalidar os cartões dos funcionários que se desligarem do plano de assistência médica, ou quando do término, ou da rescisão do contrato, sem a obrigatoriedade de devolução dos cartões ou de seu ressarcimento.

6.12 Emitir, quando necessárias, as guias de autorizações de exames e internações, nos prazos estabelecidos na Resolução Normativa nº 259/2011.

6.13 Manter serviços telefônicos de apoio ao usuário durante 24 (vinte e quatro) horas por dia, durante todos os dias da semana.

6.14 Garantir o atendimento necessário, nos casos de ausência, inexistência ou impossibilidade de atendimento de prestador integrante da rede assistencial, nos termos da Resolução Normativa nº 259/2011.

6.15 Garantir o transporte de seus beneficiários a prestadores de serviços habilitados para o atendimento demandado, assim como seu retorno ao município da demanda pelo atendimento, observado, em cada caso, o que determina a Resolução Normativa nº 259/2011.

6.16 Manter a relação de credenciados, substituindo os estabelecimentos que venham a se descredenciar por outro do mesmo porte e na mesma região, comunicando o fato ao CRM-PA.

6.17 Fornecer manual do usuário, catálogo ou similar, impresso ou eletrônico, aos beneficiários do plano, bem como informações atualizadas sobre sua rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada, nas respectivas áreas de atuação e abrangência geográfica, via folder/catálogo impressos, endereço em sítio eletrônico ou serviço de atendimento telefônico.

6.18 Reparar, corrigir, remover ou substituir às suas expensas, no total ou em parte, no que couber, o objeto deste procedimento em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou de materiais empregados, no prazo de 5 (cinco) dias, contado da notificação, sem ônus para o CRM-PA.

6.19 Nomear preposto, aceito pelo CRM-PA, para, durante o período de vigência do contrato, representá-la administrativamente, sempre que for necessário, o qual deverá ser indicado mediante declaração em que deverá constar o nome completo, n.º do CPF e do documento de identidade.

6.20 Prestar, por meio do preposto nomeado, todos os esclarecimentos que forem solicitados pelo CRM-PA, atendendo de imediato às solicitações de seus representantes.

6.21 Assumir inteira responsabilidade, civil, administrativa e penal por danos materiais ou pessoais causados ao CRM-PA e/ou a terceiros provocados por ineficiência ou

irregularidades dos produtos e serviços ofertados, bem como por atos cometidos por seus empregados, contratados ou prepostos envolvidos na execução do contrato, decorrentes de dolo ou culpa.

6.22 Guardar o mais absoluto sigilo em relação às informações ou documentos de qualquer natureza a que venham tomar conhecimento, respondendo, administrativa, civil e criminalmente por sua indevida divulgação e/ou incorreta ou descuidada utilização.

6.23 Comunicar ao CRM-PA qualquer anormalidade, relacionada ao objeto, verificada durante a execução do contrato.

6.24 Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos no ato convocatório, observando a prática da boa técnica e a legislação vigente.

6.25 Emitir as notas fiscais com as devidas deduções legais, em cuja a ocasião será verificada a regularidade da contratada junto ao FGTS, ao INSS e à Justiça do Trabalho, por meio das respectivas certidões, a serem emitidas através dos sítios eletrônicos correspondentes.

6.26 Manter, durante toda a vigência do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no ato convocatório, inclusive em relação à regularidade junto ao FGTS, ao INSS e à Justiça do Trabalho.

6.27 Aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários, até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial do contrato, na forma da legislação vigente.

6.28 Submeter-se à fiscalização do CRM-PA, na execução dos serviços, seguindo todas as orientações repassadas.

6.29 Atender aos requisitos da contratação inclusos nos itens 4. A 4.2.5.6.

6.30 Estar em consonância com Critérios e pratica de sustentabilidade no item 4.2.7.

6.31 A solução encontrada no CATSERV 13340, está de acordo com o catálogo eletrônico de padronização de compras, serviços e obras, no âmbito da Administração Pública federal direta, autárquica e fundacional, em atendimento ao disposto no inciso II do art. 19 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021.

7 ESTIMATIVA DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

7.1. Inicialmente informamos acerca da pesquisa de mercado que foi realizada de acordo com a IN SEGES/ME nº 65 de 7 de julho de 2021, pesquisa no site **PNCP** com contratações firmadas por entes públicos.

ÓRGÃO	MODALIDA	OBJETO	V. GLOBAL
--------------	-----------------	---------------	----------------------

CONSELHO REGIONAL DE ED.FÍSICA DA 2ª REGIÃO/PORTO ALEGRE	Pregão Eletrônico nº 90.002/2024	Contratação de operadora especializada na prestação de serviços de assistência médica, hospitalar, laboratorial e auxiliar de diagnóstico e tratamento, através de plano de saúde ou seguro saúde, com abrangência nacional, na modalidade de contratação coletivo empresarial sem coparticipação, aos empregados do Conselho Regional de Química do Paraná e seus dependentes.	R\$ 512.031,84
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO	PREGÃO ELETRÔNICO CRM- ES Nº. 90.016/2025	contratação de empresa especializada para prestação de serviços contínuos de Assistência Médica com registro na ANS, contendo todas as coberturas garantidas pela Lei 9656/98 e pelas resoluções da ANS que regulam os planos de saúde, notadamente a Resolução Normativa da ANS 465/2021, 488/2022 e 566/2022 para os empregados do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, a serem executados sem dedicação exclusiva de mão de obra	R\$ 343.327,56
CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DO PARÁ	DISPENSA DE LICITAÇÃO Nº 014/2023 2º TERMO ADITIVO)	Contratação de Operadora de Plano de Assistência Médico-Hospitalar, em Acomodação Tipo Apartamento Compreendendo os Serviços Clínicos e Cirúrgicos, Ambulatoriais, Internação Clínica, Cirúrgica e Obstétrica, através de médicos, hospitais e outros Serviços Auxiliares de Diagnósticos e Terapia.	R\$ 335.919,20

VALOR MÉDIA TOTAL: R\$397.092,86

8 JUSTIFICATIVA PARA O PARCELAMENTO OU NÃO DA SOLUÇÃO, SE APLICÁVEL

8.1. A solução a ser contratada refere-se aos serviços de assistência médica para os empregados do CRM-PA, sendo que, conforme as práticas usuais de mercado e as normas vigentes, não se evidencia amparo, necessidade ou vantagem em se realizar o parcelamento do serviço.

8.2 O não parcelamento do objeto se justifica em razão de os serviços guardarem compatibilidade entre si, admitindo o julgamento com base em um mesmo critério e

permitindo a execução por uma mesma empresa, restando assegurado o caráter competitivo do certame licitatório.

8.3. Licitar o objeto em parcelas se revela técnica e economicamente inviáveis, haja vista que pode acarretar em prejuízo para o conjunto da solução ou perda de economia de escala.

8.4. Todos os serviços que compõem o objeto deverão ser adjudicados a uma única empresa, visto que o parcelamento da solução incorreria em perda de economia de escala.

8.5. O agrupamento importa também em maior facilidade na gestão dos contratos e acompanhamento dos serviços técnicos posteriormente contratados.

8.6. O parcelamento da solução não é recomendável, devendo optar-se pela via alternativa, por ser o ideal no caso em tela, do ponto de vista da eficiência técnica, haja vista que assim o gerenciamento do contrato permanecerá sempre a cargo de um único contratado, resultando num maior nível de controle da execução dos serviços por parte da administração, concentrando a responsabilidade e a garantia dos resultados numa única pessoa jurídica.

8.7. Entretanto, no caso em tela, constata-se que o objeto, como um todo, é habitualmente prestado em sua universalidade pelas operadoras de planos de saúde, haja vista que a legislação prevê regras básicas que devem ser seguidas por todas prestadoras, entre as quais, o atendimento obrigatório do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

8.8. Certamente que a divisão do objeto não traria vantajosidade alguma para a contratação, pelo contrário, promoveria desnaturação do serviço e uma prestação desarticulada e fora dos padrões normativos existentes.

8.9 Diante disso, opta-se pelo não parcelamento do objeto, considerando que todas as prestadoras regularmente registradas na ANS, que prestam serviços de plano de saúde, devem atender ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, o qual contempla os procedimentos considerados indispensáveis ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doenças e eventos em saúde, em cumprimento ao disposto na Lei nº 9.656/98.

9 CONTRATAÇÕES CORRELATAS E/OU INTERDEPENDENTES

9.1 Observa-se que no âmbito do CRM-PA, não há CONTRATOS afins e/ou interdependentes com objeto deste ETP.

10 RESULTADOS PRETENDIDOS/PROVIDÊNCIAS A SEREM ADOTADAS

10.1 . A contratação de plano de assistência médica insere-se no bojo de benefícios concedidos pelo CRM-PA 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.

10.2 Dessa forma, procura-se contribuir com uma melhor qualidade de vida do empregado do CRM-PA, 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.

10.3 Quanto às providências a serem tomadas temos:

10.3.1 O Conselho promoverá através da gestão e fiscalização do contrato, executada por funcionário devidamente designado, o esforço necessário em busca do monitoramento do objeto e dos resultados pretendidos

11 PROVIDÊNCIAS PARA ADEQUAÇÃO DO AMBIENTE DO ÓRGÃO

11.1 Não há necessidade de nova adequação ao ambiente do CRM-PA para a execução do objeto deste ETPC, tendo em vista que o serviço não impactará na rotina da entidade.

1 2 POSSÍVEIS IMPACTOS AMBIENTAIS E RESPECTIVAS MEDIDAS DE TRATAMENTO.

12.1 Não existem impactos ambientais relevantes na contratação em si. Entretanto, a contratada deverá adotar medidas implementadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio do Plano de Logística Sustentável (PLS).

13 DECLARAÇÃO DA VIABILIDADE OU NÃO DA CONTRATAÇÃO

13.1 Os estudos preliminares evidenciaram que a contratação dos serviços de assistência saúde aos seus empregados, mostra-se técnica e economicamente viável.

13.2 Existem empresas com expertise para a prestação de serviços objeto deste Estudo Preliminar.

13.3 Sendo assim, declara esta Equipe de Planejamento, que a contratação pretendida é viável e indispensável para a continuidade das atividades desenvolvidas neste CRM-PA.

Setor Requisitante:	Coordenadoria Administrativa	
Equipe de Planejamento:	Lucinéia Vasconcelos Teixeira Suelen Cristina Rodrigues Ferreira Esdras Brito Nascimento	
Portaria n.º 43, de 20 de maio de 2024.		
Lucineia Vasconcelos Teixeira Membro	Suelen Cristina Rodrigues Ferreira Membro	Esdras Brito Nascimento Membro

Belém-PA, 17 de outubro de 2025.

Aprovo o presente Estudo Preliminar.

Drª. Tereza C. de Brito Azevedo
Presidente do CRM-PA



Documento assinado eletronicamente por **Lucinéia Vasconcelos Teixeira, Assistente Especializada de Licitações e Contratos**, em 17/10/2025, às 15:51, com fundamento no art. 5º da [RESOLUÇÃO CFM nº2.308/2022, de 28 de março de 2022](#).



Documento assinado eletronicamente por **Tereza Cristina Brito Azevedo, Presidente**, em 17/10/2025, às 16:14, com fundamento no art. 5º da [RESOLUÇÃO CFM nº2.308/2022, de 28 de março de 2022](#).



Documento assinado eletronicamente por **Suelen Cristina Rodrigues Ferreira, Chefe de Setor**, em 17/10/2025, às 16:39, com fundamento no art. 5º da [RESOLUÇÃO CFM nº2.308/2022, de 28 de março de 2022](#).



Documento assinado eletronicamente por **Esdras Brito Nascimento, CHEFE DE SETOR DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO (T.I)**, em 22/10/2025, às 14:51, com fundamento no art. 5º da [RESOLUÇÃO CFM nº2.308/2022, de 28 de março de 2022](#).



A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://sei.cfm.org.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 informando o código verificador **3200229** e o código CRC **3BCBC1F4**.



Av Generalíssimo Deodoro, nº 223 -
Bairro Umarizal |
CEP 66050-160 | Belém/PA -
<https://cremepa.org.br/>



Referência: Processo SEI nº 24.16.000005778-0 | data de inclusão: 17/10/2025