

**À COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E
ASSISTÊNCIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO – PREVI-RIO**

Ref.: Chamamento Público nº 986001-1004/2026 | Processo nº 005300.004632/2026-29

PREVSERVICE ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS EM SAÚDE LTDA., pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 10.827.063/0001-70, com sede no SCS, Quadra 3, Bloco A, Lote 107/111, 1º andar, Asa Sul, Brasília/DF, CEP 70.303-907, por seu representante abaixo assinado, com fundamento nos itens 1.12 e 1.13 do Edital, nos arts. 5º, 9º, 11, 18, 79 e 164 da Lei nº 14.133/2021 e nos demais preceitos aplicáveis, vem, respeitosamente, apresentar a presente

IMPUGNAÇÃO AO INSTRUMENTO CONVOCATÓRIO

pelos fatos e fundamentos jurídicos expostos a seguir, requerendo a correção das cláusulas que comprometem a isonomia entre credenciáveis, a objetividade da habilitação, a competitividade e a segurança econômico-financeira da contratação.

I. DA TEMPESTIVIDADE E DO CABIMENTO

O item 1.13 do Edital autoriza expressamente a formulação de impugnações a qualquer momento durante a vigência do credenciamento e estabelece prazo de até três dias úteis para resposta motivada da Comissão. A presente manifestação é, portanto, própria e tempestiva.

O fato de o credenciamento permanecer aberto não elimina a necessidade de correção imediata. O Edital instituiu um ciclo inicial com homologação até 30/07/2026 e execução a partir de 01/08/2026. A manutenção das cláusulas questionadas produz efeitos concretos já neste primeiro ciclo, restringindo o acesso de novas operadoras e influenciando a formação do conjunto de opções oferecido aos beneficiários.

A ausência de efeito suspensivo automático, prevista no mesmo item, não impede que a Administração, em exercício do dever de autotutela e de prevenção de nulidades, suspenda cautelarmente a aplicação das regras impugnadas até decisão definitiva. A providência é especialmente necessária quando eventual retificação poderá alterar requisitos de participação, habilitação, produto ou formação econômica da contratação.

II. SÍNTESE DO OBJETO E DAS IRREGULARIDADES

O Chamamento Público objetiva credenciar, em caráter não exclusivo, operadoras de planos de saúde e odontológico para continuidade do Plano de Saúde do Servidor Municipal, com livre escolha dos beneficiários. O próprio item 1.10 declara como finalidades do procedimento assegurar condições isonômicas, transparência e observância às normas da ANS. Entretanto, disposições centrais do Edital se afastam dessas finalidades.



#	Tema	Vício identificado	Relevância
1	Rede assistencial	Critério distinto para atuais e novas operadoras, com “equivalência” não definida e conteúdo externo ao Edital.	Alta
2	Ciclo inicial	Ingresso condicionado à homologação até 30/07/2026, marco que não está sob controle da interessada.	Alta
3	Cooperativas	Documentos próprios da execução direta por cooperados, incompatíveis com cooperativa operadora regulada pela ANS.	Alta
4	Objeto médico e odontológico	Contratação conjunta sem justificativa técnica de não parcelamento ou alternativa regulatória.	Média
5	Reajuste	IPCA-E combinado a variáveis técnicas sem fórmula, gatilho, pesos ou procedimento objetivo.	Média/alta
6	Sanções	Multas diárias sobre todo o valor mensal, tipos abertos e cumulações sem teto global.	Média/alta

III. DOS FUNDAMENTOS DA IMPUGNAÇÃO

3.1. Tratamento desigual entre operadoras atuais e novas entrantes e ausência de critério objetivo para equivalência da rede

Os itens 5.1.1 e 5.1.2 determinam que a operadora apresente rede em ao menos nove das doze áreas do Anexo X. Em seguida, criam dois regimes distintos: as operadoras anteriormente contratadas devem apenas não reduzir a abrangência da rede mantida em maio de 2026; as novas operadoras devem demonstrar rede assistencial “equivalente àquela exigida para as atuais credenciadas”, segundo informações contidas em página eletrônica externa.

“As novas operadoras que venham a participar do credenciamento deverão, igualmente, demonstrar que possuem rede assistencial equivalente àquela exigida para as atuais credenciadas [...] de modo a assegurar tratamento isonômico entre as operadoras.” (item 5.1.2)

A declaração de finalidade isonômica não torna a regra isonômica. As atuais credenciadas são comparadas consigo mesmas, com base em relações assistenciais já

constituídas e conhecidas pelo Instituto. A nova entrante é comparada com redes de concorrentes, formadas sob circunstâncias negociais próprias, sem que o Edital estabeleça qual delas será a referência, quais atributos devem ser reproduzidos ou como eventuais diferenças serão avaliadas.

O vocábulo “equivalente” carece de conteúdo verificável. O instrumento não define, entre outros elementos:

- quantidade mínima de hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais por área;
- especialidades e serviços obrigatórios por unidade;
- critérios de capacidade instalada, disponibilidade, horário, acessibilidade e nível de complexidade;
- distâncias ou tempos máximos de deslocamento;
- parâmetros de equivalência qualitativa, acreditação ou resolutividade;
- margem objetiva para substituição de prestadores;
- data de corte, versionamento e procedimento de atualização da lista publicada externamente;
- método de avaliação e documentação suficiente para aprovação da rede.

A deficiência afronta os princípios da igualdade, transparência, motivação, vinculação ao edital, julgamento objetivo, competitividade e segurança jurídica, previstos no art. 5º da Lei nº 14.133/2021. Contraria ainda os objetivos do art. 11, que exigem tratamento isonômico e justa competição, e a vedação do art. 9º, inciso I, alínea “a”, contra cláusulas que comprometam, restrinjam ou frustrem o caráter competitivo do processo.

No credenciamento, a objetividade é particularmente indispensável. O art. 79 da Lei nº 14.133/2021 determina que o edital regulamente as condições padronizadas de contratação e permaneça disponível para ingresso de novos interessados. Não há efetiva abertura permanente se o novo interessado depende de uma comparação móvel e subjetiva com a rede de agentes econômicos já instalados.

A remissão a link externo agrava o vício. Embora documentos eletrônicos possam integrar o procedimento, o conteúdo determinante da habilitação precisa ser identificado, estável, publicizado e vinculado a uma versão. A página externa, sem matriz expressa de requisitos, não substitui a definição editalícia. A possibilidade de alteração sem a republicação prevista no item 1.5 ameaça a vinculação ao instrumento e a igualdade informacional.

Também não se questiona o poder da PREVI-RIO de exigir rede ampla e compatível com a distribuição territorial da carteira. O que se impugna é a adoção de redes privadas de concorrentes como parâmetro implícito e a ausência de métrica comum. A solução proporcional consiste em fixar uma matriz única de rede mínima, por área, categoria de prestador, especialidade, capacidade e padrão assistencial, aplicável indistintamente a atuais e novas credenciadas, admitindo equivalência técnica objetiva.

A regulação da ANS confirma que equivalência de rede é conceito aferível por critérios assistenciais, geográficos e de qualidade, e não por identidade nominal com prestadores de outra operadora. A RN ANS nº 585/2023 disciplina alterações de rede hospitalar e

trabalha com substituição por prestador equivalente. Essa lógica reforça que a proteção do beneficiário pode ser alcançada por parâmetros materiais, sem reprodução compulsória de rede concorrencial.

Pedido específico: exclusão ou reformulação do item 5.1.2, com publicação de matriz única, completa e versionada de rede mínima, aplicável a todas as operadoras. Subsidiariamente, requer-se a explicitação de cada parâmetro de equivalência, do método de avaliação e dos documentos aceitos, vedada a inabilitação por juízo não previsto no Edital.

3.2. Prazo exíguo e transferência indevida do risco da demora administrativa para a interessada

O item 4.2 considera aptas ao fluxo imediato apenas as operadoras cuja habilitação e cujo credenciamento estejam “efetivamente homologados” até 30/07/2026. O item 4.5 fixa o início dos serviços em 01/08/2026. O Edital foi datado de 13/07/2026 e o recebimento de documentos começou em 14/07/2026.

O marco escolhido não depende exclusivamente da diligência da interessada. Ainda que a operadora apresente documentação completa no primeiro dia, a inclusão no ciclo inicial exige atos internos sucessivos: exame documental, eventuais diligências, decisão da Comissão, prazo e processamento de recurso com efeito suspensivo, encaminhamento à Presidência, homologação e formalização contratual.

O próprio Edital prevê até três dias úteis para responder a impugnações e esclarecimentos e, nos itens 12.1 e seguintes, disciplina recurso contra a decisão da Comissão. Assim, o calendário não contém folga compatível com o exercício do contraditório, a realização de diligências ou a correção de falhas sanáveis. Dois efeitos ilegítimos decorrem da modelagem:

- a nova entrante suporta as consequências de uma demora administrativa que não causou e não pode controlar;
- as operadoras já contratadas recebem vantagem prática, pois suas redes, produtos e rotinas são previamente conhecidos pelo PREVI-RIO e já se encontram implantados.

A Administração pode organizar janelas de migração, mas o critério de corte deve ser objetivo e imputável ao interessado. Condicionar o primeiro ciclo à data de homologação, sem fixar data-limite de protocolo que assegure tempo de análise e sem garantir que pedidos apresentados tempestivamente sejam examinados antes do corte, viola a isonomia, a razoabilidade, a eficiência e a confiança legítima.

A solução mais adequada é considerar, para preservação do direito de participar do ciclo inicial, a data do protocolo integral da documentação. A contratação poderá ocorrer após a conclusão regular da análise, com inclusão tão logo superada a fase administrativa. Subsidiariamente, deve ser estabelecida data razoável para protocolo, acompanhada de compromisso de análise, e prorrogados a homologação e o início da execução.

Pedido específico: retificação dos itens 4.2 e 4.5 para que a tempestividade do ingresso no ciclo atual seja aferida pela data do protocolo completo, sem prejuízo da contratação após a homologação; subsidiariamente, prorrogação do corte e do início dos serviços por período suficiente ao exame, diligência, recurso, homologação e assinatura.

3.3. Exigências documentais incompatíveis com cooperativa operadora de planos de saúde

Os itens A.7.f e A.7.g exigem registros de presença dos cooperados nas três últimas assembleias, ata em que os cooperados autorizam a contratação do objeto e documentos comprobatórios da data de ingresso de cada cooperado. A exigência foi transposta de modelos voltados a cooperativas de trabalho cujos cooperados executarão pessoalmente os serviços contratados.

Esse pressuposto não corresponde à estrutura de uma cooperativa operadora de planos privados de assistência à saúde. Nessa atividade, a contratada é a pessoa jurídica autorizada e fiscalizada pela ANS. A obrigação principal consiste em garantir cobertura assistencial por meio de produto registrado e rede própria, credenciada, referenciada, conveniada ou cooperada. Não há identidade necessária entre todo o quadro social e os profissionais que atenderão beneficiários do PSSM.

A Central Nacional Unimed, por exemplo, é cooperativa central de segundo grau, constituída por cooperativas singulares, nos termos do art. 6º, inciso II, da Lei nº 5.764/1971. Seu quadro associativo é composto por pessoas jurídicas. Exigir documentos de ingresso de cada cooperado e autorização assemblear específica para cada contratação ignora essa estrutura, pode produzir milhares de documentos sem conteúdo probatório útil e cria obstáculo desproporcional justamente para uma das modalidades mais relevantes do mercado de saúde suplementar.

A Instrução Normativa SEGES/MP nº 5/2017, origem usual dessa lista documental, vincula a relação nominal e os registros de presença aos cooperados que executarão o contrato. A exigência tem finalidade antifraude: verificar autenticidade cooperativista quando a mão de obra cooperada será diretamente alocada. Não é legítimo abstrair essa finalidade e aplicá-la mecanicamente a operadora institucional, cuja capacidade é demonstrada por autorização da ANS, registro dos produtos, rede assistencial, responsável técnico e documentação societária.

A Lei nº 14.133/2021 determina que a habilitação se limite ao necessário para demonstrar capacidade de execução. Seu art. 66 circunscreve a habilitação jurídica à comprovação da existência da pessoa jurídica e, quando cabível, da autorização para exercer a atividade. A autorização específica para operar planos já é comprovada pelo item A.6. Exigir deliberação assemblear casuística, quando o estatuto e os atos de representação conferem poderes de contratação à administração, ultrapassa a finalidade da habilitação jurídica.

A documentação deve ser adequada à natureza de cada pessoa jurídica. Para cooperativa operadora, são pertinentes o estatuto vigente, atas de eleição, comprovação dos poderes dos representantes, registro perante o órgão competente,

autorização e regularidade perante a ANS e demais documentos regulatórios previstos no próprio Edital.

Pedido específico: exclusão dos itens A.7.f e A.7.g para cooperativas operadoras de planos de saúde. Subsidiariamente, admissão de declaração de execução institucional pela operadora e apresentação apenas dos documentos relativos à cooperativas centrais de saúde.

3.4. Agregação obrigatória dos componentes médico-hospitalar e odontológico sem motivação suficiente sobre o não parcelamento

Os itens 2.1, 9.1, 10.1 e o Termo de Referência estruturam um único credenciamento para assistência médico-hospitalar e odontológica. O valor de R\$ 11,72 do componente odontológico está embutido em todas as mensalidades do plano de referência. Não se identifica no instrumento justificativa técnica e econômica específica para impedir credenciamento separado ou outra forma regulatória válida de integração.

Plano médico-hospitalar e plano exclusivamente odontológico são produtos regulatórios distintos, com registros, redes, estruturas de custos e mercados próprios. A agregação obrigatória pode afastar operadoras plenamente aptas à parcela médico-hospitalar, que concentra a maior complexidade e o maior valor do objeto, bem como operadoras odontológicas especializadas.

O art. 40, inciso V, alínea “b”, da Lei nº 14.133/2021 orienta o parcelamento quando técnica e economicamente viável, e o art. 47, inciso II, determina que a Administração considere o parcelamento dos serviços para ampliar a competição e aproveitar as especialidades do mercado. A Súmula nº 247 do TCU sintetiza a mesma diretriz para objetos divisíveis, ressalvada perda de economia de escala ou prejuízo ao conjunto.

A Administração pode concluir pela contratação integrada, inclusive por razões de governança do PSSM, experiência do beneficiário, consignação e continuidade assistencial. Entretanto, essa conclusão deve estar apoiada em estudo comparativo que demonstre a vantagem do modelo e o impacto competitivo. A simples tradição do arranjo anterior não supre a motivação exigida na fase preparatória pelo art. 18 da Lei nº 14.133/2021.

Pedido específico: parcelamento do credenciamento em componentes médico-hospitalar e odontológico. Subsidiariamente, admissão expressa de execução do componente odontológico por operadora especializada integrante de consórcio ou outra parceria juridicamente e regulatória válida, mantida a responsabilidade integral da credenciada; em última hipótese, apresentação e incorporação aos autos da justificativa técnica e econômica do não parcelamento.

3.5. Reajuste sem fórmula, gatilho ou procedimento objetivo

O item 9.5 e a cláusula de reajuste da minuta preveem IPCA-E e admitem que sejam considerados adicionalmente sinistralidade, evolução dos custos médico-hospitalares e

regras da ANS para contratos coletivos. A redação não permite calcular, antecipadamente, como essas variáveis se combinam.

Não estão definidos: meta de sinistralidade; período de apuração; fórmula de reajuste técnico; receitas e despesas incluídas; tratamento de coparticipações, glosas, recuperações e eventos extraordinários; índice representativo dos custos assistenciais; pesos entre os componentes; documentação; prazo de requerimento e decisão; efeitos retroativos; nem consequência jurídica da comprovação dos pressupostos.

A expressão “podendo ser considerados” converte variável essencial do preço em faculdade indeterminada. No plano coletivo, o preço precisa refletir simultaneamente inflação, frequência de utilização, incorporação de tecnologias, atualização do rol, envelhecimento e composição da carteira. O IPCA-E mede inflação geral e, isoladamente, não recompõe necessariamente a variação do custo assistencial.

A Lei nº 14.133/2021 exige que a matriz econômico-financeira seja definida de modo claro. O art. 92, inciso V, inclui entre as cláusulas necessárias os critérios, a data-base e a periodicidade do reajustamento, e os arts. 124 e 130 resguardam a recomposição em hipóteses extraordinárias. Reajuste ordinário e reequilíbrio extraordinário não se confundem e ambos precisam permanecer juridicamente preservados.

A indeterminação é especialmente grave porque os itens 3.2.2 e 3.3 afastam garantia de receita ou número mínimo de vidas, e o item 4.4 transfere às contratadas as variações decorrentes das janelas de migração. A operadora assume carteira envelhecida e flutuante sem conhecer o mecanismo de atualização do preço. Isso favorece precificação defensiva, reduz a atratividade e ameaça a sustentabilidade futura do serviço.

Pedido específico: reformulação do item 9.5 e da minuta para estabelecer, de maneira vinculante, IPCA-E como componente financeiro e mecanismo técnico objetivo por sinistralidade, com meta, fórmula, período-base, elementos contábeis, rito e prazos. Subsidiariamente, publicação dos critérios completos que serão usados na decisão administrativa e declaração expressa de que o reajuste ordinário não afasta o reequilíbrio econômico-financeiro nas hipóteses legais.

3.6. Regime sancionatório desproporcional, aberto e potencialmente cumulativo

Os itens 16.3.6 a 16.3.8 e a cláusula décima nona da minuta preveem multas de 0,2% a 3,2% por dia sobre o valor mensal do contrato. A infração residual do item 5 da Tabela 2 alcança “quaisquer” obrigações não tipificadas, após reincidência, no grau 3, correspondente a 0,8% ao dia. As multas por fatos diversos são independentes, podem coexistir com perdas e danos, execução da garantia, impedimento, inidoneidade e extinção.

A incidência diária de 3,2% pode alcançar 96% do valor mensal em trinta dias. A de 1,6% pode atingir 48%, e a infração residual de 0,8% pode atingir 24%, sempre sobre toda a mensalidade, mesmo que a ocorrência esteja associada a uma unidade, beneficiário, obrigação acessória ou parcela de valor muito inferior.

O art. 156, § 3º, da Lei nº 14.133/2021 estabelece faixa abstrata para a multa, mas não autoriza automatismo nem elimina a proporcionalidade. Os §§ 1º e 8º do mesmo artigo exigem consideração da natureza e gravidade da infração, peculiaridades do caso, circunstâncias agravantes ou atenuantes e danos causados. A base de cálculo e a duração devem guardar relação com a obrigação violada.

O tipo residual também compromete previsibilidade e tipicidade mínima. Uma obrigação de natureza documental ou operacional pode receber multa de 0,8% ao dia sobre todo o faturamento mensal sem que o Edital defina gravidade, limite temporal ou critério de conversão. A previsão de independência entre fatos, sem regra contra dupla punição pelo mesmo núcleo de conduta, amplia o risco de bis in idem.

A retenção de valores de multa ainda pendente de recurso, prevista no item 16.8 e no parágrafo sexto da cláusula décima nona, merece igual correção. A medida antecipa os efeitos patrimoniais de decisão ainda não definitiva e pode comprometer o contraditório efetivo. Ao menos deve ser limitada a situações motivadas de risco concreto, com garantia de restituição atualizada e observância do devido processo.

Pedido específico: redução dos percentuais diários; adoção da parcela efetivamente inadimplida como base sempre que mensurável; teto global por ocorrência e por competência; prazo máximo de incidência; gradação vinculada à gravidade e ao dano; delimitação do tipo residual; vedação de dupla punição pelo mesmo fato; e afastamento da retenção de multa enquanto pendente recurso, salvo decisão cautelar especificamente motivada.

IV. DA NECESSIDADE DE RETIFICAÇÃO E PUBLICIDADE

As correções requeridas interferem nas condições de participação, na documentação de habilitação, na estrutura do produto, no cálculo econômico e na matriz de riscos. Não se trata de mera interpretação sem repercussão competitiva. Se acolhidas, exigem alteração formal e nova divulgação, conforme o item 1.5 do próprio Edital e os princípios da publicidade e da vinculação ao instrumento convocatório.

A retificação deve preservar prazo efetivo para que todos os interessados obtenham documentos, estructurem redes, formalizem arranjos odontológicos e validem sua precificação. A permanência do credenciamento por sessenta meses não sana a desigualdade do ciclo inicial, no qual se formará a oferta imediatamente disponível aos beneficiários e se consolidará vantagem concorrencial relevante.

V. DOS PEDIDOS

Diante do exposto, a PREVSERVICE requer:

1. o conhecimento da presente impugnação, por ser cabível e tempestiva;
2. a suspensão cautelar da aplicação das cláusulas impugnadas e, se necessário, do marco de homologação do ciclo inicial, até decisão motivada;

3. a reformulação do item 5.1.2, substituindo-se a comparação com redes das atuais contratadas por matriz única, objetiva, completa, estável e aplicável a todas as operadoras, com critérios de equivalência assistencial;
4. a retificação dos itens 4.2 e 4.5 para que o protocolo completo, realizado dentro de prazo razoável, preserve o direito ao ciclo inicial, ou, subsidiariamente, a prorrogação das datas de homologação e início dos serviços;
5. a exclusão dos itens A.7.f e A.7.g para cooperativas operadoras de planos de saúde ou sua adequação à execução institucional e à estrutura de cooperativa central;
6. o parcelamento dos componentes médico-hospitalar e odontológico ou, subsidiariamente, a admissão de forma regulatoriamente válida de execução do componente odontológico por operadora especializada, acompanhada da motivação técnica do modelo adotado;
7. a inclusão de mecanismo objetivo de reajuste financeiro e técnico, com fórmula, meta de sinistralidade, período de apuração, critérios contábeis, rito e prazos, preservado o reequilíbrio extraordinário;
8. a revisão do regime de multas para assegurar proporcionalidade, base de cálculo relacionada à obrigação, teto global, tipificação suficiente, vedação de dupla punição e contraditório efetivo;
9. a republicação do instrumento retificado e a reabertura de prazo compatível com a extensão das alterações;
10. subsidiariamente, caso qualquer pedido não seja acolhido, que a decisão enfrente de forma individualizada todos os fundamentos, apresente a motivação técnica constante do processo e explicita os critérios objetivos que orientarão a habilitação, a contratação, o reajuste e as sanções.

A providência não busca afastar padrões assistenciais ou reduzir a proteção dos beneficiários. Busca assegurar que esses padrões sejam definidos com objetividade, proporcionalidade e igualdade, ampliando a pluralidade de operadoras aptas e a efetividade da livre escolha prevista no próprio modelo do PSSM.

Termos em que,
Pede deferimento.

Brasília/DF, 21 de julho de 2026.

RACINE PERCY BASTOS CUSTÓDIO
PEREIRA: 

PREVSERVICE ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS EM SAÚDE LTDA.

Racine Percy Bastos Custódio Pereira

OAB/DF 37.760

REFERÊNCIAS NORMATIVAS E DE CONTROLE

- Constituição da República, art. 37, inciso XXI
- Lei nº 14.133/2021, especialmente arts. 5º, 9º, 11, 18, 40, 47, 66, 79, 92, 124, 130, 156 e 164
- Lei nº 5.764/1971, regime jurídico das sociedades cooperativas
- Lei nº 9.656/1998, planos e seguros privados de assistência à saúde
- Instrução Normativa SEGES/MP nº 5/2017
- Súmula nº 247 do Tribunal de Contas da União
- ANS, alteração da rede assistencial e RN nº 585/2023

