SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO FEDERAL DE ENGENHARIA E AGRONOMIA - CONFEA

INFORMAÇÃO CONFEA-SGP Nº 34/2026

Processo: 00.005345/2025-16
Tipo de Processo: Aquisição/Contratação: Bens ou Serviços
Assunto: Contratação Plano Odontológico - 2025
Interessado: Conselho Federal de Engenharia e Agronomia

Senhor Pregoeiro,

Em atenção aos questionamentos apresentados pelas licitantes acerca das condições estabelecidas no Termo de Referência nº 56/2026, referente à contratação de operadora de planos privados de assistência odontológica, esta área técnica apresenta os esclarecimentos a seguir, considerando as disposições do instrumento convocatório e as características da contratação.

RESPOSTAS AOS PEDIDOS DE ESCLARECIMENTO Nº 3 A Nº 10

As respostas devem ser lidas em conjunto com o Esclarecimento Complementar nº 01, que consolidou as respostas aos Pedidos nº 1 e nº 2.

Nº	Interessado	Data
3	Care Plus Odontologia Assistencial Ltda.	28/10/2026
4	Odontogroup Sistema de Saúde Ltda.	28/10/2026
5	Unimed Odonto S.A.	29/10/2026
6	Brasildental	30/10/2026
7	Prima Vida Odontologia de Grupo Ltda.	30/10/2026

Nº	Interessado	Data
8	Prevident Assistência Odontológica S.A.	30/10/2026
9	Unimed Odonto S.A. (pedido adicional)	03/11/2026
10	H.B. Saúde S.A.	04/11/2026

INFORMAÇÕES GERAIS DO CONTRATO VIGENTE

As informações abaixo respondem a perguntas formuladas em mais de um pedido e são referidas ao longo do documento.

a) Contrato vigente. O Contrato nº 179/2020, firmado com a Care Plus Odontologia Assistencial Ltda. (anteriormente denominada Instituto de Previdência e Assistência Odontológica Ltda. – INPAO Dental), teve início em 27/11/2020 e vigora até 26/11/2026 (item 3.5.2 do Termo de Referência). Os planos vigentes são:

"Especial 730", Registro ANS nº 479.406/17-1, equivalente ao Plano Básico;

"Magnum Integral 730", Registro ANS nº 479.437/17-1, equivalente ao Plano Superior.

b) Valores vigentes por vida/mês, únicos para todas as faixas etárias: R$ 34,70 (Especial 730) e R$ 49,27 (Magnum Integral 730).

c) Vidas. Conforme relatório da operadora de 27/10/2026, há 345 vidas: 195 no Especial 730 (79 titulares e 116 dependentes) e 150 no Magnum Integral 730 (59 titulares e 91 dependentes). Todos os beneficiários estão cadastrados no Distrito Federal. Para formulação das propostas, prevalecem os quantitativos referenciais do Termo de Referência (itens 1.1, 1.2, 5.7 e 9.1.2).

d) Sinistralidade e evolução de vidas – setembro/2025 a agosto/2026 (dados da operadora, consolidados, sem segregação por plano ou por especialidade):

Competência	Despesas assistenciais (R$)	Despesas com reembolso (R$)	Sinistralidade (%)	Vidas	Faturamento líquido (R$)
09/2025	8.330,70	0,00	64,42	338	12.931,36
10/2025	7.932,24	0,00	61,12	339	12.977,30
11/2025	4.296,82	0,00	33,71	334	12.747,63

Competência	Despesas assistenciais (R$)	Despesas com reembolso (R$)	Sinistralidade (%)	Vidas	Faturamento líquido (R$)
12/2025	3.399,63	0,00	26,76	333	12.701,69
01/2026	6.804,31	0,00	53,57	333	12.701,69
02/2026	2.875,82	0,00	22,50	335	12.779,98
03/2026	4.908,86	0,00	37,78	342	12.992,85
04/2026	6.824,40	0,00	52,38	341	13.028,42
05/2026	4.820,53	0,00	37,26	339	12.936,55
06/2026	6.752,23	0,00	52,06	340	12.968,90
07/2026	3.718,27	0,00	28,17	345	13.198,57
08/2026	7.102,69	0,00	53,81	345	13.198,57
Total	67.766,50	0,00	43,67	—	155.163,51

e) Reembolsos. No período de 01/01/2025 a 01/11/2026, o contrato vigente registrou 6 (seis) reembolsos, todos realizados entre janeiro e abril de 2025. Eles totalizam R$ 1.190,00 em recibos apresentados e R$ 170,97 em valores reembolsados.

f) Custeio. O custeio observa a Cláusula Décima Primeira do Acordo Coletivo de Trabalho 2025/2027, conforme as respostas às perguntas 4 e 5 do Pedido nº 1 no Esclarecimento Complementar nº 01:

o Confea arca com 99%, 96% ou 93% da mensalidade do Plano Básico do empregado e dos respectivos dependentes, conforme o padrão salarial do empregado, que arca com o complemento (1%, 4% ou 7%);

o optante pelo Plano Superior arca com 100% da diferença, inclusive quanto aos dependentes.

Os percentuais variam conforme o padrão salarial do empregado, e não conforme a faixa etária. O faturamento é emitido contra o Confea pelo valor integral das vidas vinculadas a cada modalidade (item 7.1.1 do TR). Os beneficiários mantidos com base nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998 pagam integralmente, por boleto emitido pela contratada (itens 3.15.8 e 3.15.9 do TR).

g) Início da execução. Não há data previamente fixada. A vigência conta-se da publicação do

contrato no PNCP (item 1.7 do TR). A execução inicia-se em até 15 (quinze) dias corridos da assinatura, prazo em que a contratada deverá concluir a implantação prevista nos itens 5.1.1, 5.1.3 e 5.1.4 do TR. A data efetiva dependerá da conclusão do certame e da assinatura do contrato.

h) Prazos de recebimento e pagamento. Aplicam-se os prazos definidos no item II.2.1 do Esclarecimento Complementar nº 01:

recebimento provisório em até 5 dias úteis (item 7.17);

recebimento definitivo em até 5 dias úteis (item 7.18);

atestação em até 5 dias úteis (item 7.21);

pagamento em até 15 dias úteis da atestação (item 7.20).

i) Disputa de lances. Os itens 1 (Plano Básico) e 2 (Plano Superior) compõem um único grupo e são disputados simultaneamente, na mesma sessão pública, pelo modo de disputa aberto (Edital, preâmbulo e item 6.11). Não há disputas, julgamentos ou adjudicações independentes por item.

Os lances são registrados por item, pelo valor unitário por vida/mês de cada plano. Não há lance pelo valor global (Edital, item 6.5). O licitante deve ofertar lances para os dois itens (Edital, item 5.2.1). Cada novo lance deve ser inferior ao último lance do próprio licitante para o mesmo item, observado o intervalo mínimo de 0,01% (Edital, itens 6.7 e 6.8).

Conversão automática pelo sistema. O licitante não faz nenhum cálculo de valor total. A partir dos lances por vida/mês, o sistema Compras.gov.br, automaticamente:

1. multiplica o valor por vida/mês de cada item pela quantidade do item, de 4.080 vidas/mês (340 vidas × 12 meses);

2. soma os totais dos dois itens, obtendo o valor global do licitante;

3. classifica os licitantes pelo menor valor global.

Valor global = (lance por vida/mês do Plano Básico × 4.080) + (lance por vida/mês do Plano Superior × 4.080)

O cálculo corresponde ao previsto no item 9.1.2 do Termo de Referência e no Anexo II. Será classificado em primeiro lugar o licitante com o menor valor global (Edital, preâmbulo; TR, itens 9.1 e 9.1.2).

Preços máximos por item, sem compensação. Embora o julgamento seja pelo valor global, cada item tem seu próprio limite de aceitabilidade. Os valores por vida/mês devem respeitar, individualmente, os máximos de R$ 54,12 (Plano Básico) e R$ 65,59 (Plano Superior) (TR, itens 1.1 e 10.1). Não se admite compensar preço acima do máximo em um item com preço abaixo do máximo no outro (TR, item 9.1.2.2).

Será desclassificada a proposta que, ao final dos lances e da negociação, mantiver valor acima do máximo em qualquer dos itens, ainda que o valor global fique abaixo de R$ 488.416,80 (Edital, itens 6.26 e 7.8.3). A regra vale também para a proposta adequada ao último lance (Edital, item 6.26.5; Anexo II do TR).

Natureza do valor global. O valor global serve exclusivamente para comparar as propostas. A remuneração da contratada corresponderá às vidas efetivamente vinculadas a cada modalidade, multiplicadas pelos preços por vida/mês contratados (TR, itens 7.1 a 7.1.3 e 10.2).

j) Tributos. O Confea não possui decisão judicial, liminar ou medida equivalente que suspenda a exigibilidade de tributos de responsabilidade da operadora, nem regime de imunidade ou isenção que afete os tributos devidos pela contratada. No pagamento, o Confea efetua a retenção dos tributos federais e do ISS nos termos da legislação aplicável (TR, itens 7.56 a 7.57; Edital, item 5.6). Os preços devem incluir todos os tributos incidentes (Edital, itens 5.3 e 5.5; TR, item 7.24).

PEDIDO Nº 3 – CARE PLUS ODONTOLOGIA ASSISTENCIAL LTDA.

1. Coberturas do Plano Básico (item 1 e Anexo I)

1.1 – Todos os procedimentos do Anexo I são de cobertura obrigatória já no Plano Básico, ou parte deles se aplica apenas ao Plano Superior?
Todos os procedimentos do Anexo I integram a cobertura do Plano Básico (item 3.17.1 do TR). O Plano Superior possui a mesma cobertura assistencial, apenas acrescida da possibilidade de atendimento fora da rede, com reembolso, nos termos do item 3.17.2. Nenhum procedimento do Anexo I é exclusivo do Plano Superior.

1.2 – A cobertura dos procedimentos do Anexo I seguirá as Diretrizes de Utilização da ANS e os critérios de indicação clínica e perícia prévia adotados pela operadora? Há limite de frequência por elemento dentário ou por período (por exemplo, substituição de prótese a cada 5 anos)?

Diretrizes e indicação clínica: os procedimentos integrantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS observam as respectivas Diretrizes de Utilização, quando existentes. Os demais procedimentos do Anexo I são realizados conforme indicação clínica do profissional assistente.

Autorização prévia e perícia: quando exigíveis, observam o item 5.3.6 do TR, vedada a imposição de exigências não previstas na legislação, no contrato ou nas diretrizes de utilização aplicáveis.

Limites: o TR não prevê limites de frequência por elemento dentário ou por período, nem intervalo mínimo para substituição de próteses, e os planos são "sem limite de utilização" (item 3.17.3, "a"). Não é admitida a imposição de limites quantitativos não previstos no instrumento convocatório, ressalvados os critérios técnicos de indicação clínica.

1.3 – As facetas estéticas e as coroas em porcelana serão cobertas apenas mediante indicação funcional, ou também por finalidade exclusivamente estética?

Apenas por indicação clínica, de natureza funcional ou restauradora. A cobertura não abrange procedimentos com finalidade exclusivamente estética, em consonância com o art. 10, II, da Lei nº 9.656/1998, que exclui da cobertura assistencial os procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos.

Quanto às facetas estéticas do Anexo I, a cobertura compreende a faceta como procedimento restaurador clinicamente indicado. Não abrange facetas indiretas em cerâmica pura ou em cerômero (TUSS 85400181 e 85400190), conforme resposta à Pergunta 10 do Pedido nº 5.

1.4 – A cobertura descrita no Anexo I é a mesma praticada no contrato atualmente vigente? Em caso de alteração, quais procedimentos foram incluídos e qual o motivo da ampliação?

A relação de procedimentos do Anexo I corresponde à do Edital do Pregão Eletrônico nº 11/2020, que originou o contrato vigente, conforme o item 3.6 do TR. A referência normativa foi atualizada para o Rol vigente da ANS (RN nº 465/2021 e alterações).

2. Plano Superior: livre escolha e reembolso (item 2)

2.1 – Entendemos que a Contratada poderá apresentar tabela própria de reembolso, única e de abrangência nacional, por procedimento, equivalente a no mínimo 1,5 vez os valores de referência pagos à sua rede credenciada, a ser entregue na assinatura do contrato. Está correto o nosso entendimento?

Em parte.

Tabela: o parâmetro obrigatório é o do item 3.17.2. O reembolso deve ser de, no mínimo, 1,5 vez o valor previsto na tabela de honorários que a própria contratada paga aos prestadores credenciados pelo mesmo procedimento. A contratada pode adotar tabela própria de reembolso, inclusive única e de abrangência nacional, desde que nenhum valor reembolsado seja inferior a esse parâmetro.

Entrega: o TR não exige a entrega da tabela na assinatura. A contratada deverá apresentá-la à fiscalização sempre que solicitada, para verificação do cumprimento do item 3.17 (itens 6.16 e 7.3.3 do TR; Cláusula 9.27 da Minuta de Contrato).

2.2 – O reembolso se limita aos procedimentos cobertos pelo plano e está condicionado à apresentação de documentação comprobatória (nota fiscal, recibo e relatório do profissional)? Qual o prazo de pagamento esperado pelo CONFEA, ou valerá o prazo da regulamentação da ANS?

Cobertura: sim, o reembolso limita-se aos procedimentos cobertos (Rol da ANS e Anexo I).

Documentação: o TR não relaciona os documentos exigíveis. Admite-se a exigência de documentação comprobatória usual (recibo ou nota fiscal e relatório do profissional), compatível com a regulamentação da ANS, sem exigências desproporcionais.

Prazo: o TR não fixa prazo para o reembolso ao beneficiário. Aplica-se a regulamentação da ANS e, no que for compatível, as condições do produto registrado. O prazo de pagamento do item 7.20 refere-se às faturas mensais pagas pelo Confea à contratada e não se aplica ao reembolso.

2.3 – Entendemos que o Item 2 pode ser atendido por produto registrado na ANS com previsão de livre escolha de prestadores e reembolso, desde que mantida toda a cobertura do Plano Básico. Está correto?
Sim. O produto deve estar registrado na ANS, com segmentação odontológica e abrangência geográfica nacional (item 3.17.3, "e"). Deve contemplar integralmente a cobertura do Plano Básico e a livre escolha com reembolso mínimo do item 3.17.2.

2.4 – Há histórico de reembolsos no contrato atual que possa ser disponibilizado, em formato agregado, para dimensionamento do risco?

Sim, em formato agregado: ver alínea "e" das Informações Gerais.

3. Elegibilidade e movimentação cadastral

3.1 – O Termo de Referência não estabelece regras de mudança de plano (upgrade ou downgrade). Na ausência de critérios, entendemos que serão aplicadas as regras de movimentação e carência da operadora, observada a vinculação do dependente ao plano do titular. Está correto? Existe periodicidade ou janela para a troca de plano?

O TR não estabelece janela, periodicidade nem tempo mínimo de permanência para a mudança entre os Planos Básico e Superior. A adesão e a exclusão são voluntárias (item 3.8), e os dependentes devem estar vinculados à mesma modalidade do titular (item 3.11).

Os fluxos operacionais serão definidos na implantação (itens 5.1.3 e 5.3.2), sem a criação de

restrições não previstas no Edital e no TR. Os efeitos financeiros observam o período de competência (item 7.30). O TR não prevê carência específica para mudança de modalidade. Aplicam-se o item 3.17.3, "c", e os limites legais e regulamentares.

3.2 – Para o desligamento automático aos 24 anos, entendemos que a exclusão poderá ser processada pela operadora com base na data de nascimento do cadastro, com vigência no último dia do mês do aniversário, e informada ao CONFEA no relatório mensal de movimentações. Está correto?

Sim. A exclusão é automática e ocorre no último dia do mês em que o dependente completar 24 anos (itens 3.9 e 3.10), ressalvado o dependente incapacitado (item 3.15.6). Os efeitos cadastrais e financeiros contam a partir do 1º dia do mês subsequente (item 3.15.7). A contratada pode processá-la com base na data de nascimento cadastrada e deve informá-la no relatório mensal (item 5.3.7).

3.3 – Qual será a data de corte mensal para inclusões e exclusões e qual o formato do arquivo de movimentação?

O TR não fixa data de corte nem leiaute de arquivo. As movimentações são solicitadas por canal eletrônico seguro, em formato previamente acordado (item 5.3.2), e os detalhes são definidos na reunião inicial de implantação (item 5.1.3). Devem ser observados o item 3.15.7 (exclusões) e o item 7.30 (competência).

3.4 – Quais regras de carência serão aplicadas aos beneficiários que ingressarem após 30 dias do início da vigência ou do vínculo com o CONFEA (item 3.17.3 "c")?

A isenção do item 3.17.3, "c", aplica-se aos ingressos em até 30 dias do início da vigência contratual ou da vinculação ao Confea. Fora dessa hipótese, podem ser aplicadas carências nos limites do art. 12, V, da Lei nº 9.656/1998 e da regulamentação da ANS.

3.5 – Quantos beneficiários estão hoje enquadrados nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998 (itens 3.15.8 e 3.15.9)? Entendemos que a eles se aplica o mesmo valor per capita contratado, com cobrança por boleto emitido pela Contratada. Está correto?

O processo não dispõe de quantitativo segregado desses beneficiários, que integram o universo estimado do TR. Aplica-se a eles o mesmo preço por vida contratado para a respectiva modalidade (item 3.17.3, "b"), com cobrança por boleto emitido pela contratada (itens 3.15.8 e 3.15.9). O entendimento está correto.

4. Disputa de preços e proposta

4.1 – Os lances serão registrados no sistema por item (valor unitário por vida/mês de cada plano) ou pelo valor global? Como será feita a conversão entre o lance e o critério de julgamento?

Os lances são registrados por item, pelo valor por vida/mês de cada plano, e a conversão para o valor global é feita automaticamente pelo sistema. Ver alínea “i” das Informações e Esclarecimentos Comuns.

4.2 – Entendemos que os preços unitários máximos (Plano Básico R$ 54,12 e Plano Superior R$ 65,59) devem ser respeitados individualmente, sem compensação entre itens (item 9.1.2.2). Está correto?

Sim, o entendimento está correto. Ver alínea “i” das Informações e Esclarecimentos Comuns (preços máximos por item, sem compensação)

5. Rede credenciada no Distrito Federal

5.1 – Os quantitativos mínimos serão contados por profissional, por clínica ou por ambos? Um profissional com mais de uma especialidade poderá ser contado em cada uma delas?

A contagem é feita por prestador, seja cirurgião-dentista ou clínica, em cada especialidade em que efetivamente preste atendimento aos beneficiários. O profissional com especialidade comprovada em mais de uma área exigida, que atenda efetivamente em cada uma delas, pode ser computado em cada uma.

5.2 – Na fase de habilitação será suficiente a declaração de rede (item 9.34), com a comprovação da estruturação exigida em até 15 dias corridos da assinatura do contrato (item 5.1.1)? Qual documento será aceito como comprovação?

Conforme a resposta à pergunta 7 do Pedido nº 1 no Esclarecimento Complementar nº 01, a habilitação exige:

a declaração de que a licitante possui a rede mínima no Distrito Federal (item 9.34, "a");

a relação completa da rede nacional, no mínimo nas capitais (item 9.34, "b").

A licitante deve dispor da rede na data da declaração. No prazo de implantação (item 5.1.1), a contratada comprovará à fiscalização a disponibilidade da rede declarada. Para isso, apresentará relação dos prestadores com nome, endereço, telefone, especialidade e inscrição no Conselho Regional de Odontologia, admitida a forma eletrônica, sujeita à verificação da fiscalização (item 6.16.3).

5.3 – Para as regiões administrativas citadas, será aceito prestador localizado em região administrativa limítrofe, considerando a distância e o acesso dos beneficiários?

Não. Os quantitativos específicos para Taguatinga, Ceilândia e Sobradinho devem ser atendidos por prestadores localizados nas respectivas regiões administrativas (item 9.34, "a").

6. Faturamento, pagamento, reajuste e reequilíbrio

6.1 – O item 7.20 prevê pagamento em 15 dias úteis da atestação, enquanto os itens 7.42 e 7.52 preveem 10 dias úteis para liquidação e 10 dias úteis para pagamento. Qual prazo prevalece?

Ver alínea "h" das Informações Gerais.

6.2 – O item 7.18.4 prevê a emissão da nota fiscal somente após comunicação da fiscalização com o valor definitivo. Qual será o calendário mensal dessa comunicação e da emissão da nota?

A contratada apresenta o relatório mensal até o 5º dia útil de cada mês (item 5.3.7).

A fiscalização apura a execução e o IMR e comunica à contratada o valor a faturar (itens 7.18.4 e 7.31).

A contratada emite a nota fiscal ou fatura.

Contam-se então os prazos da alínea "h".

O calendário operacional detalhado será definido na reunião inicial (item 6.5).

6.3 – Entendemos que o primeiro reajuste pelo INPC ocorrerá após 12 meses contados de 25/09/2026, data do orçamento estimado (item 7.58). Está correto?

Sim (itens 7.58 e 7.59), por apostilamento (item 7.65).

6.4 – Para o reequilíbrio por sinistralidade (item 7.66), qual será a periodicidade de apuração, quais documentos compõem a demonstração analítica e qual o prazo de análise e resposta do CONFEA? A fórmula IT = (ISC / 70%) – 1 será aplicada integralmente quando comprovado o desequilíbrio?

Periodicidade: o índice é apurado sobre período de 12 meses (ISC = Sin/Rec).

Documentos: o pedido deve conter demonstração analítica dos sinistros e das receitas da carteira do Confea no período, com a variação dos componentes de custo e as respectivas justificativas.

Prazo de resposta: o Confea responderá em até 30 dias (Cláusula 8.1.11 da Minuta de Contrato).

Fórmula: a fórmula IT = (ISC/70%) – 1 é o parâmetro técnico de referência. A concessão não é automática: cabe ao Confea analisar a demonstração e decidir sobre a necessidade e a viabilidade do ajuste (item 7.66).

7. Instrumento de Medição de Resultado (IMR)

7.1 – Como será definida uma "ocorrência" e qual é o prazo de atendimento das solicitações do contratante para fins do item 7.3.2?

Ocorrência: cada descumprimento individual, objetivamente verificável e comprovado, relacionado aos indicadores do item 7.3, apurado no mês de competência (item 7.6).

Prazo do item 7.3.2: é o prazo estabelecido para a obrigação no TR, no contrato ou na regulamentação. Na falta deste, vale o prazo fixado pela fiscalização na comunicação formal da solicitação, compatível com a natureza da demanda.

7.2 – Qual será a fonte dos dados de apuração de cada indicador e haverá contraditório prévio antes da aplicação do desconto?

Fontes: relatórios mensais da contratada, registros e protocolos dos canais de atendimento e registros da fiscalização.

Contraditório: há contraditório prévio. A contratada é notificada até o 5º dia útil do mês subsequente (item 7.8), pode manifestar-se em 5 dias úteis (item 7.9), e a manifestação é analisada antes de eventual glosa (itens 7.10 e 7.11).

7.3 – A transição até o 90º dia vale para todos os indicadores?

Sim (item 7.4). Não se repete em caso de prorrogação (item 7.5).

8. Implantação e transição contratual

8.1 – Considerando o prazo de 15 dias corridos para implantação (item 5.1.1), em que data o CONFEA prevê o início da vigência do novo contrato, frente ao encerramento do contrato atual?

Ver alínea "g" das Informações Gerais.

8.2 – Caso a vencedora seja a atual operadora, poderão ser mantidos o cadastro, as carteirinhas e os tratamentos em curso, sem necessidade de nova implantação?

As obrigações de implantação dos itens 5.1.1, 5.1.3 e 5.1.4 aplicam-se igualmente a qualquer licitante vencedora. A contratada que já disponha de estrutura, cadastro ou rede poderá utilizá-los para cumprir essas etapas, desde que atendidas integralmente as condições da nova contratação. A continuidade dos tratamentos em andamento é assegurada em qualquer hipótese (itens 5.3.9 e 5.9.1).

9. Habilitação

9.1 – Item 9.12: Entendemos que o requisito do "ato de autorização" expedido por CRO é atendido pelo registro ou inscrição da operadora no Conselho Regional de Odontologia do Estado de sua sede. Está correto? Caso contrário, qual documento atende ao requisito?

Sim. O item 9.12 é atendido pela certidão de registro ou inscrição da operadora no Conselho Regional de Odontologia da unidade federativa de sua sede, juntamente com a autorização de funcionamento e o registro dos produtos na ANS (item 9.32).

A exigência decorre do art. 8º, I, da Lei nº 9.656/1998, que condiciona o funcionamento das operadoras ao registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso, em cumprimento ao art. 1º da Lei nº 6.839/1980, e do art. 13 da Lei nº 4.324/1964.

9.2 – Para o atestado de capacidade técnica com no mínimo 50% dos beneficiários, será aceita a soma de atestados de contratos concomitantes?

Sim (item 9.33.2). O mínimo é de 50% dos beneficiários previstos (item 9.33.1.2), ou seja, 170 vidas.

PEDIDO Nº 4 – ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA.

1 – Poderá ser disponibilizado o Guia Odontológico e a Carteira de Identificação por meio de aplicativo móvel e site da operadora?

Sim (itens 4.1.1, 4.1.2, 5.1.3, "e", e 5.3.5 do TR), sem prejuízo de alternativa acessível quando necessária.

2 – O cronograma de movimentação sugerido pode ser adotado?

Não há aprovação prévia de cronograma proposto por licitante. O TR não fixa data de corte. O fluxo será definido na implantação (itens 5.1.3 e 5.3.2) e observará:

os efeitos das exclusões no 1º dia do mês subsequente (item 3.15.7);

o faturamento por competência mensal (item 7.30);

os prazos de recebimento e pagamento (alínea "h" das Informações Gerais).

3 – Podemos entender que as movimentações cadastrais dos beneficiários (inclusão, alteração, exclusão) serão feitas por servidor indicado pelo órgão em sistema próprio da operadora, correto nosso entendimento?

Sim. As movimentações poderão ser realizadas por empregados formalmente indicados pelo Confea, em sistema ou canal eletrônico seguro disponibilizado pela contratada sem custo (itens 5.3.2 e 5.3.5 do TR).

4 – Para o item 1, podemos considerar que o reembolso poderá ser realizado conforme tabela da contratada? Caso negativo, pedimos especificar detalhadamente.

Sim, nas hipóteses do item 3.17.3, "d" (urgência e emergência e indisponibilidade de prestador nos prazos da RN ANS nº 566/2022). Ficam ressalvadas as regras da regulamentação da ANS sobre garantia de atendimento, que prevalecem nas hipóteses nelas previstas (item II.2.3 do

Esclarecimento Complementar nº 01). No Plano Básico, não há livre escolha de prestador fora da rede.

5 – Podemos entender que para assegurar o atendimento, em não havendo alguma especialidade em determinado município/localidade, a cobertura estará garantida considerando limites definidos na área de saúde prevista na RN 566/22?

Sim. Sem prejuízo da rede mínima exigida (itens 3.16, 5.2 e 9.34), a contratada deve garantir o atendimento nos prazos e nas condições da regulamentação da ANS sobre garantia de atendimento, inclusive quanto às alternativas de atendimento e ao reembolso, quando cabível (itens 3.17.3, "d", 5.3.3 e 5.3.4).

6 – Na etapa de lances, os itens 1 e 2 terão suas disputas realizadas separadamente, com aberturas distintas para cada item? Está correto o nosso entendimento?

Não. Ver alínea "i" das Informações Gerais.

7 – Para os casos omissos, ou seja, itens não tratados ou especificados pelos documentos do edital, pedimos ao órgão ratificar que esses temas e itens serão tratados conforme as Condições Gerais do produto Odontológico, bem como, também, caso necessário, sob o regimento da legislação vigente, determinações da Agência Nacional de Saúde – ANS e suas atualizações.

Em parte. Os casos omissos são decididos pelo Confea com base na Lei nº 14.133/2021 e demais normas federais aplicáveis, inclusive a Lei nº 9.656/1998 e a regulamentação da ANS, e, subsidiariamente, no Código de Defesa do Consumidor (Cláusula Décima Sexta da Minuta de Contrato; item 5.1 do TR). As Condições Gerais do produto aplicam-se apenas de forma complementar e naquilo que forem compatíveis com o Edital, o TR e o contrato, que prevalecem.

8 – Os itens 7.17 e 7.18 do Termo de Referência estabelecem o prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados do recebimento provisório, para o recebimento dos serviços. Entretanto, o item 7.25 do mesmo documento prevê o prazo de 15 (quinze) dias úteis. Diante da divergência identificada, podemos entender que o prazo para recebimento dos serviços será de 15 (quinze) dias úteis, conforme item 7.25, correto o entendimento?

Não. Ver alínea "h" das Informações Gerais: recebimento provisório e definitivo em até 5 dias úteis cada (itens 7.17 e 7.18).

9 – O item 7.20 prevê o prazo de 15 (quinze) dias úteis, contados da data de atestação da nota fiscal/fatura, enquanto o item 7.52 estabelece o prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, contados da finalização da liquidação da despesa. Diante do exposto, podemos entender que o prazo para pagamento dos serviços prestados seguirá de acordo com item 7.52, correto o entendimento?

Não. O pagamento será efetuado em até 15 dias úteis da atestação (item 7.20), conforme alínea "h" das Informações Gerais.

10 – Com o objetivo de subsidiar a análise de custos e a elaboração da proposta comercial, solicitamos informar a quantidade estimada de procedimentos de Ortodontia, especificamente de instalação de aparelhos ortodônticos, realizados pelos beneficiários aderentes ao plano Superior nos últimos 12 (doze) meses.

O Confea não dispõe de dados segregados por procedimento ou por plano. As informações disponíveis são as consolidadas da alínea "d" das Informações Gerais.

PEDIDO Nº 5 – UNIMED ODONTO S.A.

Pergunta 01 – A fim de elaborarmos um cronograma de implantação detalhado e assertivo, solicitamos informar a data estimada para o início da vigência do contrato decorrente do presente certame.

Ver alínea "g" das Informações Gerais.

Pergunta 02 – Para os casos omissos, ou seja, itens não tratados ou especificados pelos documentos do edital, pedimos ao órgão ratificar que esses temas e itens serão tratados conforme as Condições Gerais do produto Odonto (Doc.1), bem como, também, caso necessário, sob o regimento da legislação vigente, determinações da Agência Nacional de Saúde – ANS e suas atualizações.

Ver resposta à pergunta 7 do Pedido nº 4.

Pergunta 03 - No intuito de preservar a isonomia da presente contratação, gentilmente maiores detalhamentos ao quanto segue:

i. A contratante possui alguma imunidade ou isenção previstas na legislação?

ii. A contratante possui alguma imunidade ou isenção para os produtos contratados?

iii. A contratante possui alguma medida liminar ou outra decisão que garanta a exigibilidade suspensa do recolhimento de tributos de responsabilidade da Operadora do Plano Odontológico a ser contratado? Caso positivo gentilmente pedimos o detalhamento dos tributos.

iv. Caso haja alguma medida, liminar ou decisão equivalente que garanta a suspensão do recolhimento de tributos, pedimos que nos informe o nº do processo correspondente.

Não. Ver alínea "j" das Informações Gerais. Não há número de processo a informar.

Pergunta 04 – No intuito de preservar a isonomia e competitividade do presente processo licitatório, gentilmente questionamos:

a) Encaminhar o relatório de sinistralidade atualizada dos últimos 12 meses (prêmio x sinistro) e, evolução de vidas;

Ver alínea "d" das Informações Gerais.

b) Atualmente, qual é a proporção real de vidas inscritas no Plano Básico versus Plano Superior?

Em 27/10/2026, 56,5% das vidas (195) estavam no plano equivalente ao Básico e 43,5% (150) no plano equivalente ao Superior.

Pergunta 05 – Pedimos disponibilizar a distribuição demográfica dos beneficiários (Por cidade, Estado, Quantidade de Vidas Masculinas, Quantidade de Vidas Femininas). Essa informação qualifica a adequada distribuição de cobertura de rede.

Todos os beneficiários atuais estão cadastrados no Distrito Federal. O Confea não dispõe da distribuição por sexo. A distribuição por faixa etária consta do item 5.7 do TR. Sem prejuízo dessa concentração, a rede deve ter abrangência nacional, no mínimo em todas as capitais, com rede reforçada no Distrito Federal (itens 3.16, 5.2 e 9.34).

Pergunta 06 – Quanto aos relatórios/faturas serão disponibilizados na área logada do portal da seguradora, onde será disponibilizado login e senha para acesso. O Órgão está ciente e de acordo?

O portal pode ser utilizado como canal adicional (itens 5.3.5 e 5.3.8 do TR). Não substitui o envio formal ao Confea da nota fiscal ou fatura e dos documentos de regularidade fiscal (itens 7.22 e 7.23), nem dos relatórios mensais (item 5.3.7).

Pergunta 07 – Pedimos confirmar se o percentual de impostos a ser retido pelo órgão será no total de 7,05% (referente a IR, PIS/PASEP, COFINS e CSLL) conforme Instrução Normativa RFB nº 1234 de 11/01/2012. Caso negativo, pedimos informar os impostos a serem aplicados, em sua porcentagem, bem como a Lei que os ampara. Ainda, em caso de isenção de impostos, pedimos enviar a justificativa e/ou comprovação da isenção.

O Confea efetua a retenção dos tributos federais e do ISS nos termos da legislação vigente no momento do pagamento (alínea "j" das Informações Gerais). Os percentuais aplicados são os previstos na legislação para a natureza do serviço, independentemente do percentual indicado na proposta (TR, item 7.56.1; Edital, item 5.6). Não há isenção ou decisão judicial a informar.

Pergunta 08 – No caso de ausência de rede credenciada, onde haja a proposta de pagamento da integralidade do reembolso, por favor, confirmar o entendimento de que os reembolsos, inclusive nos casos de urgência e emergência, estão subordinados às regras de atendimento estabelecidas nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em especial a RN nº 566/2022 e suas diretrizes, sem que haja qualquer ônus financeiro ao beneficiário.

O reembolso nas hipóteses do item 3.17.3, "d", do TR (urgência e emergência e indisponibilidade de prestador) observa a tabela de reembolso da operadora. Isso se dá sem prejuízo das regras da regulamentação da ANS sobre garantia de atendimento, inclusive a RN nº 566/2022, que prevalecem nas hipóteses nelas previstas, conforme o item 5.1 do TR. O entendimento está correto nessa medida.

Pergunta 09 – Considerando que o objeto da contratação consiste na prestação de serviços de assistência odontológica e que o item 4.5 do Termo de Referência estabelece não haver necessidade de vistoria prévia do local de execução dos serviços, solicitamos confirmar se a apresentação da declaração formal prevista no item 8.9.2 do Edital poderá ser dispensada.

Não há necessidade de vistoria prévia (TR, item 4.5), e a vistoria é facultativa. A declaração de conhecimento das condições da contratação não é dispensada: ela é exigida pelo item 9.31 do TR e pelo item 8.9 do Edital. Pode ser assinada pelo representante legal ou substituída por declaração do responsável técnico (TR, item 9.31.1; Edital, item 8.9.2).

Pergunta 10 – Considerando a previsão do procedimento “Facetas estéticas”, solicitamos esclarecer se essa cobertura compreende os procedimentos previstos na Tabela TUSS, relacionados abaixo:

• Código TUSS 85400181 – Faceta em cerâmica pura;

• Código TUSS 85400190 – Faceta em cerômero.

Em caso negativo, solicitamos especificar detalhadamente quais procedimentos estão abrangidos pela nomenclatura “Facetas estéticas”.

Não. A cobertura de facetas estéticas do Anexo I compreende a faceta como procedimento restaurador com indicação clínica, de natureza funcional ou restauradora. Não abrange as facetas indiretas em cerâmica pura ou em cerômero (TUSS 85400181 e 85400190) nem procedimentos com finalidade exclusivamente estética (art. 10, II, da Lei nº 9.656/1998).

Pergunta 11 – Em atenção ao procedimento preventivo listado como “Fisioterapia oral”, considerando que essa nomenclatura está relacionada a uma cobertura médica, o que não está alinhado ao objeto desta licitação, solicitamos esclarecer se a referida cobertura corresponde ao

procedimento previsto na Tabela TUSS, código 85400270 – Placa oclusal resiliente. Caso não corresponda, solicitamos, por gentileza, esclarecer quais procedimentos estão contemplados na cobertura denominada “Fisioterapia oral”.

Não. Na terminologia odontológica, "fisioterapia oral" designa o procedimento preventivo de instrução, motivação e controle da higiene bucal (técnicas de escovação e de uso do fio dental e controle do biofilme dental). Por isso o item consta do grupo "Procedimentos preventivos" do Anexo I, ao lado de "Controle de placa bacteriana" e "Orientação em saúde bucal". Não se trata de fisioterapia em sentido médico-hospitalar nem de serviço prestado por fisioterapeuta. A placa oclusal corresponde ao item "Placa de mordida" do grupo "Procedimento de Periodontia" do Anexo I, cuja cobertura segue as regras ali previstas.

Pergunta 12 – Sobre a exigência de reembolso de 'no mínimo 1,5 vezes aquele previsto na Tabela de Honorários que a Contratada paga aos profissionais credenciados': a operadora poderá apresentar a sua Tabela Geral de Reembolso Registada na ANS como parâmetro oficial ou o órgão exige a vinculação direta descrita no Edital?

Admite-se o uso da tabela de reembolso da operadora, desde que os valores reembolsados não sejam inferiores a 1,5 vez o valor da tabela de honorários paga aos prestadores credenciados pelo mesmo procedimento, que é o parâmetro mínimo obrigatório do item 3.17.2 do TR.

Pergunta 13 – Podemos entender que a indicação de preposto mencionada ao longo do edital e anexos se refere exclusivamente à indicação de profissional para suporte e acompanhamento da execução do contrato, não implicando a exigência de alocação de profissional nas dependências do contratante? Em caso negativo, pedimos especificar detalhadamente.

O entendimento está correto. O preposto é designado para representar a contratada, receber solicitações e adotar providências (TR, itens 5.3.8 e 6.6) e não precisa permanecer no local de execução nem nas dependências do Confea (item 6.7). A referência a preposto "no local da obra ou do serviço", na Cláusula 9.25 da Minuta de Contrato, não se aplica ao objeto, prevalecendo o item 6.7 do TR.

PEDIDO Nº 6 – BRASILDENTAL

1 – Quem custeia o plano básico? O titular ou o CONFEA?

O custeio é compartilhado: o Confea arca com 99%, 96% ou 93% da mensalidade, conforme o padrão salarial do empregado, e o empregado arca com o complemento (1%, 4% ou 7%). Ver alínea "f" das Informações Gerais.

2 – O dependente é custeado pelo titular? Não integralmente. Os mesmos percentuais aplicam-se ao titular e aos respectivos dependentes, conforme o padrão salarial do titular (ACT 2025/2027, Cláusula Décima Primeira, Parágrafos Primeiro a Terceiro).

3 – Quando realiza o upgrade para o plano superior, entendo que caso haja algum percentual de custeio do CONFEA no básico, a diferença o titular custeia. Confere meu entendimento?

Sim. O empregado optante pelo Plano Superior arca com 100% da diferença em relação ao Plano Básico, inclusive quanto aos dependentes (ACT, Parágrafo Quarto). O faturamento é emitido contra o Confea pelo valor integral (item 7.1.1 do TR).

4 – Com relação ao percentual que é custeado, nos esclarecimentos mostra a faixa etária, mas

não consegui compreender a quem se aplica cada porcentagem, se ao beneficiário ou ao Confea, há alguma padronização prevista?

Os percentuais variam conforme o padrão salarial do empregado no Plano de Cargos e Salários do Confea, e não conforme a faixa etária:

até o padrão 29: Confea 99%, empregado 1%;

do padrão 30 ao 41: Confea 96%, empregado 4%;

a partir do padrão 42: Confea 93%, empregado 7%.

O preço da mensalidade é único para todas as faixas etárias (item 3.17.3, "b", do TR). A tabela anteriormente divulgada foi substituída pelo Esclarecimento Complementar nº 01.

PEDIDO Nº 7 – PRIMA VIDA ODONTOLOGIA DE GRUPO LTDA.

1 – O órgão possui algum plano? Caso positivo:

1.1. Qual é a operadora atual?

1.2. Quanto tempo de contrato com a operadora atual?

1.3. Qual é o valor praticado?

1.4. Qual é a sinistralidade?

1.5. O objeto licitado é o mesmo executado atualmente? O órgão possui plano? (1.1 a 1.5)

1 a 1.4: sim. Operadora, tempo de contrato, valores e sinistralidade constam das alíneas "a", "b" e "d" das Informações Gerais.

1.5: Em grande parte, sim. O TR adotou como parâmetro o edital que originou o contrato vigente (item 3.6), inclusive quanto à relação de procedimentos do Anexo I e à estrutura de Plano Básico e Plano Superior. As condições da nova contratação são exclusivamente as do Edital e de seus anexos.

2 – Qual o valor de referência?

O valor global máximo para julgamento é de R$ 488.416,80 (TR, item 10.1). Os preços unitários máximos são de R$ 54,12 por vida/mês (Plano Básico) e R$ 65,59 por vida/mês (Plano Superior). Os quantitativos dos dois itens não são cumulativos, e a despesa anual máxima estimada é de R$ 267.607,20 (TR, itens 10.2 a 10.4).

3 – Qual será a modalidade de contratação: adesão ou compulsório?

Adesão voluntária (TR, item 3.8).

4 – Em relação à forma de custeio, quanto será pago pelo órgão e quanto será pago pelo beneficiário?

Ver alínea "f" das Informações Gerais.

5 – Qual a área de abrangência do objeto do edital?

Nacional, com rede mínima em todas as capitais dos Estados e rede reforçada no Distrito Federal

(TR, itens 1.1, 3.16, 5.2 e 9.34).

6 – Quando deverá ser apresentada a rede credenciada?

Na habilitação, a licitante apresenta a declaração de que possui a rede mínima no Distrito Federal e a relação da rede nacional (item 9.34). Na implantação, comprova a disponibilidade da rede à fiscalização (item 5.1.1). Ver resposta 5.2 do Pedido nº 3.

7 – Entendemos que poderá ser ofertado reembolso nas localidades onde a Operadora não possua rede credenciada. O entendimento está correto?

O reembolso não substitui a rede mínima exigida (itens 3.16, 5.2 e 9.34). Nas localidades sem prestador disponível, aplicam-se a garantia de atendimento da regulamentação da ANS e o reembolso nas hipóteses do item 3.17.3, "d". No Plano Superior, há ainda a livre escolha com reembolso (item 3.17.2).

8 – Entendemos que a carteira de identificação e o livro podem ser entregues somente em formato digital. O entendimento está correto?

Sim, sem prejuízo de alternativa acessível quando necessária (itens 4.1.2, 5.1.3, "e", e 5.3.5 do TR).

9 – Entendemos que devido o pregão ser eletrônico a documentação pode ser encaminhada com assinatura via certificação digital, o entendimento está correto?

Sim. A proposta e os documentos são encaminhados por meio do sistema eletrônico, admitida a assinatura por certificado digital (Edital, itens 4.2, 8.4 e 8.12.1).

10 – Qual será o modo de disputa na etapa de lances?

Aberto (Edital, preâmbulo e item 6.11).

11 – Data máxima para entrega da documentação.

A proposta deve ser cadastrada no sistema até a abertura da sessão pública, em 09/11/2026, às 08h30 (Edital, item 4.2). Os demais prazos são:

proposta adequada ao último lance: 2 horas da convocação (Edital, item 6.26.5);

documentos de habilitação não constantes do SICAF: 2 horas da solicitação, prorrogáveis por igual período (Edital, item 8.12.1).

12 – Os valores dos dois produtos, o básico e o superior, serão considerados para a disputa de lances? Ou somente o do plano básico?

Sim. Ver alínea "i" das Informações Gerais.

13 – Qual a cobertura esperada para o plano superior?

Toda a cobertura do Plano Básico, acrescida da livre escolha de profissional ou empresa fora da rede, com reembolso mínimo de 1,5 vez a tabela de honorários paga à rede credenciada (item 3.17.2). Os dois planos são sem coparticipação e sem limite de utilização (item 3.17.3, "a").

PEDIDO Nº 8 – PREVIDENT ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA S.A.

1 - O CONFEA possui plano odontológico atualmente?

Ver alínea "a" das Informações Gerais.

2 - Se possui qual é a operadora prestadora dos serviços?

Ver alínea "a" das Informações Gerais.

3 – Qual a vigência do contrato atual (início e fim de vigência)?

Ver alínea "a" das Informações Gerais.

4 – O contrato vigente contém as mesmas condições do presente edital?

Ver resposta 1.5 do Pedido nº 7.

5 – Qual o valor unitário do plano atual e da última fatura paga?

Os valores unitários constam da alínea "b" das Informações Gerais. O faturamento líquido da competência 08/2026 foi de R$ 13.198,57, para 345 vidas.

6 – Qual a sinistralidade geral dos últimos 12 (doze) meses do contrato de plano odontológico atual? E qual a sinistralidade por especialidade?

A sinistralidade geral de 09/2025 a 08/2026 foi de 43,67% (alínea "d" das Informações Gerais). Não há dados por especialidade.

7 – Qual a quantidade de vidas assistidas no plano odontológico atual?

Ver alínea "c" das Informações Gerais.

8 – A adesão por parte dos beneficiários do plano odontológico será feita de maneira voluntária ou compulsória?

Voluntária (TR, item 3.8).

9 – Os beneficiários do plano odontológico que hoje são assistidos pela atual prestadora do serviço irão migrar de forma automática para a carteira novo prestador de serviço, ou seja, do prestador de serviço que sagrar-se vencedor do atual certame?

Não há migração automática, pois a adesão é voluntária (item 3.8). O Confea encaminhará à contratada a relação dos beneficiários que aderirem (item 5.1.3, "c" e "d"). Os ingressos em até 30 dias do início da vigência são isentos de carência (item 3.17.3, "c"), e a continuidade dos tratamentos em andamento é assegurada (itens 5.3.9 e 5.9.1).

10 – Qual a quantidade mínima de vidas que farão adesão ao plano?

Não há. Os quantitativos são referenciais e não constituem garantia de demanda ou de faturamento (TR, itens 7.1.2 e 7.1.3).

11 – Existe tempo mínimo de permanência para os beneficiários, junto ao plano odontológico?

O TR não estabelece tempo mínimo de permanência.

12 – Há previsão de carência para os usuários que migrarem automaticamente?

Ver resposta 9.

13 – Esta licitação possui valor estimado per-capto por usuário?

Sim: os preços unitários máximos de R$ 54,12 (Plano Básico) e R$ 65,59 (Plano Superior) por vida/mês (TR, itens 1.1 e 10.1).

14 – O plano ofertado deverá ter qual área geográfica de abrangência?

Nacional. Ver resposta 5 do Pedido nº 7.

15 – Haverá exigência de comprovação de rede mínima? Se sim, em que fase do processo isso deverá ocorrer?

Ver resposta 5.2 do Pedido nº 3.

16 – A comprovação de rede credenciada deverá ser feita de qual forma? Maneira eletrônica ou física?

A relação da rede nacional exigida na habilitação é enviada pelo sistema eletrônico (Edital, item 8.12.1). Na implantação, admite-se a comprovação em meio eletrônico.

17 Qual a distribuição de vidas por localidade e UF, considerando o endereço residencial do beneficiário? (Essa informação é essencial para análise de suficiência de rede).

Todos os beneficiários atuais estão cadastrados no Distrito Federal (alínea "c" das Informações Gerais).

18 – O CONFEA custeia 100% do plano odontológico de cada funcionário?

Não. Ver alínea "f" das Informações Gerais.

19 – Haverá previsão de reembolso sempre que a contratada não dispuser dos serviços credenciados, respeitando a legislação de saúde assistencial quanto a distância do credenciado em relação ao domicílio do usuário, mediante apresentação de recibo de pagamento que comprove o serviço prestado?

Sim, nas hipóteses do item 3.17.3, "d", do TR, observadas as regras da regulamentação da ANS sobre garantia de atendimento, inclusive quanto à distância e aos prazos. Admite-se a exigência de documentação comprobatória usual. Ver resposta 2.2 do Pedido nº 3.

20 – Os valores de reembolso serão ofertados de tabela pré-definida pela operadora ou o reembolso deverá ser integral?

Plano Básico: reembolso conforme a tabela da operadora, nas hipóteses do item 3.17.3, "d", ressalvadas as hipóteses em que a regulamentação da ANS determine reembolso integral.

Plano Superior: na livre escolha, reembolso de, no mínimo, 1,5 vez a tabela de honorários paga à rede (item 3.17.2).

21 – Qual a data prevista para início do contrato com a operadora vencedora?

Ver alínea "g" das Informações Gerais.

22 – Haverá valor mínimo entre os lances?

Intervalo mínimo de 0,01% (Edital, item 6.8).

23 – A empresa vencedora deverá apresentar garantia contratual? Se sim, a mesma deverá ser de qual ou quais maneiras?

Não há exigência (TR, item 4.4; Minuta de Contrato, Cláusula Décima Primeira).

24 – A empresa interessada deverá disponibilizar a carteirinha física ou poderá disponibilizar carteirinha virtual e atendimento com apresentação do CPF?

A carteira virtual é admitida (itens 4.1.2 e 5.1.3, "e", do TR). O TR não disciplina a identificação apenas por CPF. A forma de identificação adotada pela operadora não pode impedir o acesso do beneficiário regularmente inscrito ao atendimento.

25 – Poderá ter reajuste técnico quando o índice de sinistralidade for maior de 60%?

Não. O ponto de equilíbrio é de 70%, e o reequilíbrio depende de demonstração analítica e de decisão do Confea (item 7.66). Ver resposta 6.4 do Pedido nº 3. O reajuste anual ocorre pelo INPC (itens 7.58 e 7.59).

26 – Será exigida comprovação de atendimento ao Art. 16 da Lei Nº 14.133/2021?

Sim, para licitante organizada em cooperativa: declaração em campo próprio do sistema (Edital, item 4.5), além da documentação do item 9.42 do TR.

27 – Com respeito a oferta do plano odontológico, só poderá participar operadoras exclusivamente odontológicas?

Não. Pode participar qualquer operadora autorizada pela ANS que ofereça produtos registrados na segmentação odontológica com abrangência nacional (TR, itens 1.1, 3.17.3, "e", e 9.32) e atenda aos demais requisitos de habilitação, inclusive o item 9.12 (ver resposta 9.1 do Pedido nº 3).

PEDIDO Nº 9 – UNIMED ODONTO S.A. (PEDIDO ADICIONAL – PERGUNTA 14)

Síntese: a requerente sustenta que "fisioterapia oral" corresponde a serviço médico-hospitalar estranho ao objeto. Pede que se confirme sua correspondência exclusiva com a placa oclusal resiliente (TUSS 85400270) ou, alternativamente, a revisão do Anexo I, com efeito suspensivo.

Resposta: Conforme a resposta à Pergunta 11 do Pedido nº 5, "fisioterapia oral" é procedimento odontológico preventivo de instrução, motivação e controle da higiene bucal. Está inserido no grupo "Procedimentos preventivos" do Anexo I e integra o escopo odontológico do objeto. Não corresponde à fisioterapia médico-hospitalar nem à placa oclusal resiliente, que se relaciona ao item "Placa de mordida" do Anexo I.

O item consta da relação de procedimentos desde a contratação anterior (Edital do Pregão Eletrônico nº 11/2020) e não exige prestação de serviço alheio à odontologia. Por isso, não há fundamento para revisão do Anexo I. Fica indeferido o pedido de revisão do instrumento convocatório e de atribuição de efeito suspensivo (Edital, itens 12.4 e 12.5), e mantida a data da sessão pública.

PEDIDO Nº 10 – H.B. SAÚDE S.A.

1 – Está correto nosso entendimento que as carências atenderão aos prazos da ANS?

Sim. Fora da hipótese de isenção do item 3.17.3, "c", do TR, eventuais carências observam os limites do art. 12, V, da Lei nº 9.656/1998 e da regulamentação da ANS.

2 - Com relação à rede de atendimento, em alguns locais a prestação dos serviços poderá ser oferecida por meio da rede credenciada de operadora parceira (rede indireta)? Entendemos que essa possibilidade é mais um referencial para garantia de atendimento. O entendimento está correto?

A rede pode ser própria, credenciada, contratada, referenciada ou cooperada (itens 5.1 e 5.2 do TR). Admite-se a utilização de prestadores vinculados à contratada por instrumento contratual, inclusive por meio de rede de operadora parceira, desde que:

os prestadores estejam efetivamente disponíveis aos beneficiários do Confea nas mesmas condições da rede própria ou credenciada;

a contratada permaneça integralmente responsável perante o Confea.

É vedada a subcontratação do objeto (item 4.3), isto é, a transferência a terceiro da operação do plano contratado.

3 – Está correto nosso entendimento de que o reembolso será de acordo com a tabela da operadora?

Ver resposta 20 do Pedido nº 8.

4 – Está correto nosso entendimento de que o reembolso terá cobertura nacional apenas em casos de urgência/emergência, conforme RN 566/2022?

Não. O item 3.17.3, "d", prevê reembolso também nas hipóteses de indisponibilidade de prestador nos prazos da RN ANS nº 566/2022, em toda a área de abrangência nacional. No Plano Superior, há ainda a livre escolha com reembolso (item 3.17.2).

5 – Qual a data prevista para início da prestação dos serviços?

Ver alínea "g" das Informações Gerais.

6 – Qual será o período de adesão ao plano?

A adesão é voluntária e pode ocorrer a qualquer tempo (item 3.8). A isenção de carência alcança os ingressos em até 30 dias do início da vigência contratual ou da vinculação ao Confea (item 3.17.3, "c").

7 – Está correto nosso entendimento que mudanças de planos só poderão ocorrer no aniversário do contrato, a fim de evitar a antiseletividade?

Não. O TR não restringe a mudança de modalidade ao aniversário do contrato. Ver resposta 3.1 do Pedido nº 3.

8 – Está correto o nosso entendimento que as carteirinhas e manuais poderão ser disponibilizados apenas por meio virtual?

Sim, sem prejuízo de alternativa acessível quando necessária. Ver resposta 1 do Pedido nº 4.

9 – Podemos entender que as movimentações cadastrais dos beneficiários (inclusão, alteração, exclusão) serão feitas por servidor indicado pelo órgão em sistema próprio da operadora? Está correto nosso entendimento?

Sim. Ver resposta 3 do Pedido nº 4.

10 – Está correto nosso entendimento que as movimentações cadastrais seguirão o fluxo abaixo?

a. inclusões, alterações e exclusões processadas em sistema até o dia 20 do mês corrente, serão efetivadas no dia 1 do mês subsequente.

b. Inclusões, alterações e exclusões processadas em sistema entre os dias 21 e 31 do mês corrente, serão efetivadas no dia 1 do segundo subsequente.

Não há aprovação prévia de cronograma. Ver resposta 2 do Pedido nº 4.

11 – Podemos entender que o edital prevê a inclusão de beneficiários inativos, em tabela diferente da de ativos?

Não. O preço por vida é único para cada modalidade, independentemente da faixa etária (item 3.17.3, "b"). Os beneficiários dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998 pagam integralmente, por boleto emitido pela contratada (itens 3.15.8 e 3.15.9).

12 e 13 – Operadora atual e valores praticados. Ver alíneas "a" e "b" das Informações Gerais.

14 – Por favor, informar qual a sinistralidade do contrato atual dos últimos 12 meses, mês a mês.

Ver alínea "d" das Informações Gerais.

15 – Quais os planos (registro ANS) ofertados atualmente?

"Especial 730" (Registro ANS nº 479.406/17-1) e "Magnum Integral 730" (Registro ANS nº 479.437/17-1).

16 – A prestação de serviço poderá ser de forma indireta? A rede pode ser própria, credenciada, contratada, referenciada ou cooperada (itens 5.1 e 5.2 do TR). Admite-se a utilização de prestadores vinculados à contratada por instrumento contratual, inclusive por meio de rede de operadora parceira, desde que:

os prestadores estejam efetivamente disponíveis aos beneficiários do Confea nas mesmas condições da rede própria ou credenciada;

a contratada permaneça integralmente responsável perante o Confea.

É vedada a subcontratação do objeto (item 4.3), isto é, a transferência a terceiro da operação do plano contratado.

17 – Podemos entender que o reajuste financeiro será com base no VCMH – Variação de Custo Médicos e Hospitalares da operadora?

Não. O reajuste anual é pelo INPC (itens 7.58 e 7.59 do TR), sem prejuízo do reequilíbrio por sinistralidade do item 7.66.

18 – Por favor, informar a quantidade atual de agregados.

O TR não prevê a inclusão de agregados. São beneficiários apenas os titulares e os dependentes definidos nos itens 3.6.1 e 3.6.2.

19 – O Termo de Referência apresenta disposições distintas para o prazo de pagamento. O item 7.20 prevê pagamento em até 15 (quinze) dias úteis contados da atestação da nota fiscal/fatura, enquanto o item 7.52 estabelece pagamento em até 10 (dez) dias úteis contados da finalização da

liquidação da despesa. Solicitamos esclarecer qual prazo prevalecerá para fins de execução contratual.

Ver alínea "h" das Informações Gerais.

20 – Considerando que o objeto licitado consiste na contratação de assistência odontológica, solicitamos esclarecer em qual momento do certame deverá ser apresentada a identificação detalhada do produto/plano ofertado (registro ANS, segmentação assistencial, características comerciais e rede): juntamente com a proposta inicial, na fase de julgamento, na habilitação ou apenas após a declaração do vencedor.

Na proposta adequada ao último lance, encaminhada pelo licitante convocado (Edital, item 6.26.5; TR, item 3.17.3, "e", e Anexo II). Devem constar o nome comercial e o número de registro na ANS de cada produto ofertado. A rede é tratada na habilitação (item 9.34).

21 – Considerando que o Termo de Referência descreve as coberturas e características mínimas do objeto, mas não estabelece expressamente a obrigatoriedade de oferta de mais de um produto odontológico, entendemos que a licitante poderá apresentar proposta contemplando um único plano que atenda integralmente às exigências editalícias. Está correto o entendimento? Caso contrário, favor informar quantos e quais tipos de planos deverão ser ofertados.

Não. A proposta deve contemplar os itens 1 (Plano Básico) e 2 (Plano Superior), com indicação do produto registrado na ANS correspondente a cada item (item 3.17.3, "e", e Anexo II do TR). O produto indicado para o item 2 deve necessariamente contemplar a livre escolha com reembolso do item 3.17.2.

DISPOSIÇÕES FINAIS

As respostas acima explicitam o conteúdo de disposições já constantes do Edital e de seus anexos e não alteram as condições de participação, de habilitação ou de formulação das propostas.

Documento assinado eletronicamente por **Gisele Dutra da Silva do Nascimento**, **Chefe do Setor de Gestão de Pessoas**, em 06/11/2026, às 08:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 4º, § 3º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://confea.sei.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1784553** e o código CRC **0C5E58AC**.