



RECOMENDAÇÃO ADMINISTRATIVA Nº. 02/2026

OBJETO: CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS PRIVADOS COMPLEMENTARES NO SUS

1. **CONSIDERANDO** o disposto no artigo 1º, incisos II e III; e artigo 3º, inciso IV, ambos da Constituição Federal, que impõem, respectivamente, como fundamentos da República Federativa do Brasil, “a cidadania” e a “dignidade da pessoa humana” e como seu objetivo primeiro, a promoção do “bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer formas de discriminação”;
2. **CONSIDERANDO** o disciplinado no artigo 196, da Constituição Federal, que preconiza ser “a saúde direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”;
3. **CONSIDERANDO** o contido no artigo 197 da Constituição Federal, ao dispor que “são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle”;
4. **CONSIDERANDO** o contido no artigo 127, da Constituição Federal da República, que dispõe ser o Ministério Público instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e **dos interesses sociais e individuais indisponíveis**;
5. **CONSIDERANDO** o disposto no artigo 129, inciso II, da mesma Carta Constitucional, bem como o 120, inciso II, da Constituição do Estado do Paraná, que atribuem ao Ministério Público a função institucional de “zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos **e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição**, promovendo as medidas necessárias à sua garantia”;
6. **CONSIDERANDO** a disposição do artigo 27, parágrafo único, IV, da Lei Federal n.º 8.625, de 12 de fevereiro de 1993, que faculta ao Ministério Público expedir recomendação



administrativa aos órgãos da administração pública federal, estadual e municipal, requisitando ao destinatário adequada e imediata divulgação;

7. **CONSIDERANDO** que o artigo 57, inciso V, da Lei Complementar n.º 85, de 27 de dezembro de 1999, que define como função do órgão do Ministério Público, entre outras, a de promover a defesa dos direitos constitucionais do cidadão para a garantia do efetivo respeito pelos Poderes Públicos e pelos prestadores de serviços de relevância pública;

8. **CONSIDERANDO** que a Constituição Federal dá prioridade às ações preventivas em saúde, em seu art. 198, inciso II, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

9. **CONSIDERANDO** que, com o objetivo de deixar mais clara a competência de cada um dos entes federativos na assistência à saúde, sobreveio a Portaria GM/MS nº 399/2006, que estabeleceu o “Pacto pela Saúde” e definiu o dever de que sejam firmados os Termos de Compromisso de Gestão (TCG), em que se estabelecem quais atribuições foram assumidas pelos municípios e quais delas são do estado em determinado território¹;

10. **CONSIDERANDO** que, até 2007, todos os municípios paranaenses assinaram o TCG. Na grande maioria dos de pequeno e médio porte, as municipalidades não assumiram a responsabilidade integral pelas ações e serviços de saúde em seu território. Em especial, não se encarregaram da atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. No jargão sanitário, afirmava-se, até então, que tais municípios estavam na “gestão da atenção básica”²;

11. **CONSIDERANDO** que tal fato é relevante para se compreender as responsabilidades acerca da atenção hospitalar em determinado espaço geográfico, pois, no que concerne à assistência hospitalar, a União, com o propósito de fortalecer o processo de descentralização

¹ Rigorosamente, essa partilha de atribuições deveria constar do COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública, previsto no Decreto nº 7.508/2011. No entanto, até o momento, tais contratos não foram firmados na maioria dos estados brasileiros, de forma que a organização segue sendo ditada por pactuação entre gestores.

² O dado deve ser confirmado com consulta ao TCG (que pode ser solicitado ao Município), mas pode ser extraído da listagem divulgada pela Comissão Intergestores Bipartite relativamente aos municípios que ampliaram a gestão do sistema de saúde local. Na medida em que a listagem enumera os municípios que assumiram compromissos para além da “gestão básica”, a ausência de referência no referido rol significa que o Município assumiu, apenas, compromissos em relação à atenção básica. Tal listagem está disponível em:

https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/controlado_adesao_ao_pacto_maior_2009.pdf. Acesso em 02 mar. 2026.



do Sistema Único de Saúde e de qualificar a organização e a gestão das ações e serviços de saúde públicos, destina recursos do Fundo Nacional de Saúde para Fundos Estaduais de Saúde e para Fundos Municipais de Saúde (art. 2º, inciso IV da Lei nº 8.142/90);

12. CONSIDERANDO, portanto, que os recursos financeiros que custeiam as internações hospitalares e os procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade têm, preponderantemente³, natureza federal. Porém, não é o Ministério da Saúde quem administra esses valores, realiza esses pagamentos ou executa diretamente os serviços de saúde. Ele repassa esses valores por meio da sistemática de transferências automáticas “fundo a fundo”, ou seja: do Fundo Nacional de Saúde os valores são repassados para os Fundos Estaduais de Saúde e para os Fundos Municipais de Saúde;

13. CONSIDERANDO que saber se os recursos para custear a atenção hospitalar em dado território são transferidos ao Fundo Estadual de Saúde ou ao Fundo Municipal de Saúde envolve saber qual foi o nível de responsabilidade que o município assumiu por ocasião da assinatura do TCG e qual dos entes federativos (estado ou município) estava incumbido da atenção hospitalar;

14. CONSIDERANDO que não é incomum que a verba transferida pela União seja insuficiente para a manutenção dos serviços de saúde. Logo, a necessidade de complementação com recursos próprios é altamente provável (senão, certa), eventualmente com concurso do estado;

15. CONSIDERANDO que o Município de São José dos Pinhais **optou por gerir o teto MAC** (valores provenientes da União para atenção de média e alta complexidade), o que no jargão

³ Fala-se em certa medida porque há várias situações em que os valores repassados pela União acabam não sendo suficientes para custear toda a atenção hospitalar, exigindo que o ente que assumiu a responsabilidade pela execução do serviço em dado território – estado ou município, conforme exposto na sequência – complemente os valores repassados pela União.



sanitário indica que assumiu a “gestão plena” da atenção à saúde no território, conforme Deliberação CIB nº 122/2007, resultante na Portaria GM/MS nº 477, de 12/03/2008^{4,5 e 6}:

	COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ – SESA CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO PARANÁ – COSEMS/PR	Del. 122/07 13/11/2007
---	---	---------------------------

DELIBERAÇÃO Nº 122-23/11/2007

A Comissão Intergestores Bipartite do Paraná, **considerando**

- a Portaria nº 399/GM de 22/02/2006, que institui as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão;
- Portaria nº 699/GM de 30/03/2006 que Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão, e, a Portaria nº 372/GM de 16/02/2007 que altera a Portaria nº 699/GM;
- processo de formalização da adesão ao Pacto pela Saúde dos municípios abaixo relacionados;
- Deliberação CIB/PR nº 108/2007, em anexo, aprovando o encaminhamento do Termos de Compromisso de Gestão Municipal que estivessem em consonância com as orientações estabelecidas;

APROVA a adesão ao Pacto pela Saúde, através dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, dos municípios do Paraná conforme abaixo discriminado:

Nome do Município	Regional de Saúde a que pertence	Nível de Gestão
Adrianópolis	2ª RS – Metropolitana	AB
Araucária	2ª RS – Metropolitana	todo o sistema
Bocaiúva do Sul	2ª RS – Metropolitana	AB
Campo Magro	2ª RS – Metropolitana	AB
Fazenda Rio Grande	2ª RS – Metropolitana	todo o sistema
Piraquara	2ª RS – Metropolitana	AB
Rio Negro	2ª RS – Metropolitana	AB
São José dos Pinhais	2ª RS – Metropolitana	todo o sistema
Arapoti	3ª RS – Ponta Grossa	AB
Carambeí	3ª RS – Ponta Grossa	AB
Castro	3ª RS – Ponta Grossa	AB
Ipiranga	3ª RS – Ponta Grossa	AB

16. CONSIDERANDO que a **Comissão Intergestores Bipartite (CIB) divulgou** em seu site os documentos “Nota Informativa sobre Contratualização do COSEMS”⁷, bem como o

⁴ Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/controlado_adesao_ao_pacto_maio_2009.pdf. Acesso em 02 mar. 2026.

⁵ Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/site_municipios_com_mac_tcgm_18_04_2018_sem_alteracao.pdf. Acesso em 02 mar. 2026.

⁶ Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/del_2007_122_07.pdf. Acesso em 02 mar. 2026.

⁷ Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/15_nota_informativa_contratualizacao_2016005_cosems.pdf. Acesso em 02 mar. 2026.



documento “Livro CONASS Regulação em Saúde – ver capítulo 3 contratualização COSEMS”⁸, “Livro CONASS Regulação em Saúde atualização COSEMS”⁹, “Manual de Orientações para Contratação de Serviços de Saúde COSEMS”¹⁰, “Texto Base Contratos”¹¹;

17. CONSIDERANDO que o Relatório Resumido de Execução Orçamentária – Demonstrativo das Receitas e Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde, relativamente ao **ano de 2025**¹², indicou que **foi gasto o percentual de 25,68% do orçamento anual em despesas de saúde** e, em que pese o referido percentual ultrapassar o previsto na Lei Complementar nº 141/2012¹³, constata-se que, aproximadamente, **61% dos valores totais da saúde foram gastos com Assistência Hospitalar e Ambulatorial** (R\$ 229.599.722,63), enquanto apenas **24% dos valores totais da saúde foram gastos com Atenção Básica** (R\$ 90.475.469,69), ou seja, **mais que o dobro** do orçamento em saúde vem sendo gasto na atenção hospitalar e ambulatorial em comparação à atenção básica;

18. CONSIDERANDO que o Relatório Resumido de Execução Orçamentária – Demonstrativo das Receitas e Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde, relativamente ao **ano de 2024**¹⁴, indicou que **foi gasto o percentual de 23,27% do orçamento anual em despesas de saúde** e, em que pese o referido percentual ultrapassar o previsto na Lei Complementar nº 141/2012¹⁵, constata-se que, aproximadamente, **61% dos valores totais da saúde foram**

⁸ Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/16_livro_conass_regulacao_em_saude_ver_capitulo_3_contratualizacao_cosems.pdf. Acesso em 02 mar. 2026.

⁹ Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/17_livro_conass_regulacao_em_saude_atualizacao_cosems.pdf. Acesso em 02 mar. 2026.

¹⁰ Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/18_manual_de_orientacoes_para_contratacao_de_servicos_de_saude_cosems.pdf. Acesso em 02 mar. 2026.

¹¹ Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/22_texto_base_contratos_1.pdf. Acesso em 02 mar. 2026.

¹² Disponível em: https://simam.tce.pr.gov.br/Paginas/Rel_LRF.aspx?relTipo=1. Acesso em 02 mar. 2026.

¹³ Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, **no mínimo 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos** a que se refere o art. 156, dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159 e da receita distribuída aos Municípios e ao Distrito Federal, no exercício de sua competência municipal, referente ao imposto de que trata o art. 156-A, todos da Constituição Federal. (Redação dada pela Lei Complementar nº 227, de 2026)

¹⁴ Disponível em: https://simam.tce.pr.gov.br/Paginas/Rel_LRF.aspx?relTipo=1. Acesso em 02 mar. 2026.

¹⁵ Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, **no mínimo 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos** a que se refere o art. 156, dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159 e da receita distribuída aos Municípios e ao Distrito Federal, no exercício de sua competência municipal, referente ao imposto de que trata o art. 156-A, todos da Constituição Federal. (Redação dada pela Lei Complementar nº 227, de 2026)



gastos com Assistência Hospitalar e Ambulatorial (R\$ 212.922.508,82), enquanto apenas **24% dos valores totais da saúde foram gastos com Atenção Básica** (R\$ 86.026.766,94), ou seja, **mais que o dobro** do orçamento em saúde vem sendo gasto na atenção hospitalar e ambulatorial em comparação à atenção básica **e que, anualmente, esses dados vêm se repetindo;**

19. CONSIDERANDO que há previsão constitucional sobre o assunto, indicativa de que: “Art. 199. A **assistência à saúde é livre à iniciativa privada.** §1º. As **instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde,** segundo diretrizes deste, **mediante contrato de direito público** ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.”;

20. CONSIDERANDO que também há previsão infraconstitucional sobre o tema, na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90): “Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). (...) § 2º A **iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.** (...) Art. 8º As **ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada,** serão **organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.** (...) Art. 24. Quando as **suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área,** o Sistema Único de Saúde (SUS) **poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.** Parágrafo único. A **participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato** ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público. Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).”;

21. CONSIDERANDO que o Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei Orgânica da Saúde, também menciona sobre o assunto: “Art. 3º. O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde **executados pelos entes**



federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.”;

22. CONSIDERANDO que, em sede infralegal, há a **Portaria de Consolidação nº 1/2017** que dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e a figura jurídica do credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde, prevista a **partir do art. 128 e ss.**;

23. CONSIDERANDO que a doutrina explica que esse tema sempre foi polêmico e relevante, acompanhado de diversos debates ainda na Assembleia Nacional Constituinte, pois era necessária atuação da iniciativa privada para complementar e suprir as necessidades públicas com intuito de manter os contratos de serviços sanitários existentes à época entre o INAMPS e as entidades privadas:

“Nem poderia ser de outro modo, pois a rede pública não contava, e não conta ainda, com serviços suficientes para o atendimento de seus usuários, não podendo prescindir dos serviços do setor privado, afora as correntes políticas que defendiam na Assembleia Nacional Constituinte, de um lado, a desestatização dos serviços públicos sociais e, de outro, a atuação direta do Estado. Atualmente, a proporção entre serviços públicos de execução direta pelo poder público e serviços privados complementares na área da saúde é da ordem de 50%, sendo que para alguns serviços pode chegar a 80% a origem privada, em especial nos serviços de alta e média complexidade. (...)” (SANTOS, Lenir. SUS: comentários à Lei Orgânica da Saúde. Campinas: Saberes Editora, 2018. p. 317).

24. CONSIDERANDO que **a participação privada no SUS em qualquer caso, nunca é elegível em primeiro lugar, pois há que a gestão demonstrar anteriormente a sua incapacidade própria** de atenção a determinada prestação sanitária;

25. CONSIDERANDO que contratualização é o nome dado para as contratações de serviços e ações de saúde hospitalares, no âmbito do Sistema Único de Saúde:

“A contratualização é um processo pelo qual as partes, o gestor municipal/estadual do SUS e representante legal do hospital, estabelecem metas quantitativas e qualitativas de atenção à saúde e de gestão hospitalar,



formalizadas por meio de um instrumento contratual: convênio, contrato, Termo de Ajuste, PCEP ou outro.

Este **instrumento é composto por duas partes. Uma, o contrato propriamente dito, e a outra, o documento com a descrição das metas qualitativas e quantitativas, que serão acompanhados e avaliados por uma Comissão de Acompanhamento formada pelo gestor, hospital, usuários e outros.**

A experiência do Ministério da Saúde (MS) com o processo de contratualização iniciou-se em 2004, com a implantação das políticas de reestruturação dos hospitais de ensino e dos hospitais filantrópicos. Ao adotar essas políticas, **o Ministério da Saúde implantou um novo modelo de financiamento para esses hospitais, baseado no repasse de incentivos financeiros calculados a partir da série histórica da produção hospitalar de cada estabelecimento.**¹⁶

26. CONSIDERANDO que, segundo se observa das disposições constitucionais, legais e infralegais **os pressupostos para tanto seriam a insuficiência de disponibilidade de oferta de ações e serviços de saúde públicos próprios** para garantia da cobertura assistencial à população – esta defasagem deve estar material e concretamente demonstrada, nos moldes preconizados pela atual regulamentação – **e a impossibilidade comprovada de ampliação no âmbito público;**

27. CONSIDERANDO que a questão foi examinada conjuntamente pelos Centros de Apoio Operacional das Promotorias do Patrimônio Público, da Saúde e das Fundações e 3º Setor, do Ministério Público do Estado do Paraná, reafirmando-se o pressuposto da complementariedade:

“CONCLUSÃO TÉCNICA CONJUNTA Nº 1: O **pressuposto do concurso da iniciativa privada na saúde pública é a prévia demonstração por parte do gestor, através do respectivo plano operativo, ou explicitação equivalente, que dimensione o desnível entre volume e a qualidade de serviços disponíveis em face de determinada demanda existente.** Sempre **será necessário que o gestor esclareça fática e previamente ter agido com eficiência administrativa e,**

¹⁶ Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-hospitalar/contratualizacao>. Acesso em 03 mar. 2026.



conforme o caso, ter provido a realização de concurso ou teste seletivo, aquisição de equipamentos, reorganização administrativa geral ou setorial etc., para atender com recursos públicos próprios a atenção à saúde reclamada, evidenciando as razões do insucesso. Após é que estará autorizado, pela ordem, a celebrar contrato ou convênio.”

28. CONSIDERANDO, portanto, que a participação privada complementar somente poderá ocorrer excepcionalmente, depois de concretamente demonstrada a insuficiência de disponibilidade, a impossibilidade de ampliação dos serviços próprios e a imprescindibilidade de se recorrer, no caso concreto, à iniciativa privada;

29. CONSIDERANDO que essa comprovação deve ocorrer documentalmente, mediante dados concretos e estar atrelados à realidade do município, indicando: *(i) a capacidade instalada na rede própria* de ações e serviços de saúde; *(ii) a identificação da demanda existente;* *(iii) a oferta necessária;* *(iv) o fluxo de serviços* e *(v) a pactuação de metas a serem cumpridas pela iniciativa privada*, nos termos do que prevê o mapa da saúde, isto é, a “descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema” (art. 2º, inciso V, do Decreto nº 7.508/2011). Esse mapa deve ser utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientar o planejamento integrado dos entes federativos (art. 17, do Decreto nº 7.508/2011) e, ao ser elaborado, devem ser considerados os serviços prestados pela iniciativa privada (art. 16 do Decreto nº 7.508/2011);

30. CONSIDERANDO que é possível que tais elementos técnicos sejam apresentados mediante Estudo Técnico Preliminar, instrumento componente da fase preparatória do processo de licitação, considerado “*documento constitutivo da primeira etapa do planejamento de uma contratação que caracteriza o interesse público envolvido e a sua melhor solução e dá base ao anteprojeto, ao termo de referência ou ao projeto básico a serem elaborados caso se conclua pela viabilidade da contratação*” (art. 6º, inciso art. 18, inciso I, da Lei de Licitações – Lei nº 14.133/2021), mediante indicação do problema a ser resolvido e a sua melhor solução, de modo a permitir a avaliação da viabilidade técnica e econômica da contratação, o qual



deverá conter minimamente: *(i) descrição da necessidade da contratação, considerado o problema a ser resolvido sob a perspectiva do interesse público; (ii) estimativas das quantidades para a contratação, acompanhadas das memórias de cálculo e dos documentos que lhes dão suporte, que considerem interdependências com outras contratações, de modo a possibilitar economia de escala; (iii) estimativa do valor da contratação, acompanhada dos preços unitários referenciais, das memórias de cálculo e dos documentos que lhe dão suporte; (iv) justificativas para o parcelamento ou não da contratação; (v) demonstrativo dos resultados pretendidos em termos de economicidade e de melhor aproveitamento dos recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis; (vi) posicionamento conclusivo sobre a adequação da contratação* para o atendimento da necessidade a que se destina;

31. CONSIDERANDO que

*O estudo técnico preliminar, **obrigatório em todos os processos de licitação, é, conforme o art. 6º, inciso XX, da nova lei, o documento constitutivo da primeira etapa do planejamento da contratação e serve para caracterizar o interesse público envolvido e identificar a melhor solução para a contratação, por meio da avaliação de viabilidade técnica, socioeconômica e ambiental.** Esse documento embasa o anteprojeto, o termo de referência ou o projeto básico, caso se conclua pela viabilidade de contratação. (MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo.** 36. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2023, p. 495). – grifou-se.*

32. CONSIDERANDO que

*O Estudo Técnico Preliminar – ETP é uma figura que foi importada da Instrução Normativa da Secretaria de Gestão do Ministério da economia nº 40, de 22 de maio de 2020. De acordo com a LLIC, **trata-se da primeira etapa do planejamento de uma contratação que caracteriza o interesse público envolvido e a sua melhor solução e dá base ao anteprojeto,** ao termo de referência ou ao projeto básico a serem elaborados caso se conclua pela viabilidade da contratação.*

Como função primeira, o ETP apresenta a necessidade de ser atendida e a melhor solução encontrada, permitindo, assim, a avaliação da viabilidade técnica e econômica da contratação.



(...)

*Victor Aguiar Jardim de Amorim adverte que “não obstante o conteúdo mínimo nos §§ 1º e 2º do artigo 18 da Lei nº 14.133/2021, **o que deve ser elementar no ETP é justamente o levantamento e a identificação de quais soluções existentes no mercado têm potencial de alcançar os resultados pretendidos e de atender à necessidade administrativa contemplando aspectos como economicidade, eficiência** o ciclo de vida do objeto.” (GUIMARÃES, Edgar. et. al. **Manual de licitações e contratos administrativos: Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021.** Maria Sylvia Zanella Di Pietro (Coord.). 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2026. p. 78-80). – grifou-se.*

33. CONSIDERANDO que, em que pese o art. 72, inciso I, da Lei de Licitações (Lei nº 14.133/2021) exija tal documento obrigatoriamente apenas para as licitações, **há previsão da possibilidade de tal estudo técnico preliminar para os casos de dispensa e inexigibilidade de licitação;**

34. CONSIDERANDO que

*No entanto, no caso das contratações diretas, especialmente nas inexigibilidades, **essas condições devem ser avaliadas de acordo com cada hipótese específica** definida no art. 74 da Lei nº 14.133/2021, **quando o ETP se revelar necessário.** Conforme mencionado, o inc. I do art. 72 da citada lei confere à Administração a possibilidade de não elaborar o ETP. Nesse contexto, algumas das exigências previstas no §1º do art. 18 devem ser contempladas no referido documento. **Isso significa que, nas contratações diretas, a avaliação da necessidade de elaborar um ETP deve ser feita caso a caso, considerando a natureza específica da inexigibilidade ou dispensa e a própria demanda a ser atendida.** (MENDES, Renato Geraldo; MOREIRA, Egon Bockmann. **Inexigibilidade de licitação. Repensando a contratação pública e o dever de licitar.** 2. ed. Curitiba: Zênite, 2023. p. 460-461). – grifou-se.*

35. CONSIDERANDO que

Em que pese o credenciamento se tratar de um processo administrativo de chamamento público em que a Administração Pública convoca interessados em prestar serviços ou fornecer bens para que, preenchidos os requisitos necessários,



*credenciem-se no órgão ou na entidade para executar o objeto quando convocados, **o planejamento e a preparação são elementos essenciais para o seu sucesso.***

Assim, na fase preparatória devem ser observadas, no que couber, as disposições do art. 18, da Lei nº 14.133/2021, que tratam das providências necessárias ao planejamento e instrução de processos licitatórios.

(GUIMARÃES, Edgar. et. al. **Manual de licitações e contratos administrativos: Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021.** Maria Sylvia Zanella Di Pietro (Coord.). 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2026. p. 310). – grifou-se.

36. CONSIDERANDO, portanto, que o Estudo Técnico Preliminar pode instrumentalizar as contratualizações no âmbito do SUS e, igualmente instrumentalizar o **planejamento das ações e serviços de saúde**, especialmente quando cotejado ao Plano Municipal de Saúde, à Programação Anual de Saúde e aos **Relatórios de Gestão da Saúde** (quadrimestrais – RDQ e anual - RAG) **exigidos pela Lei Complementar nº 141/2012**¹⁷;

37. CONSIDERANDO que essa complementação dos serviços públicos por meio de recurso à iniciativa privada **precisa estar contemplada no Plano de Saúde, especialmente em razão da regra do art. 36 da Lei nº 8.080/90**, segundo a qual os planos de saúde são “a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS)” e, por isso, “É vedada a transferências de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública na área de saúde” (§1º e §2º);

38. CONSIDERANDO ser necessário **haver deliberação do Conselho Municipal de Saúde**, porque há previsão constitucional expressa de participação da comunidade contemplada no

¹⁷ De acordo com o art. 36 da Lei Complementar Federal nº 141/2012:

“Art. 36. O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterà, no mínimo, as seguintes informações:

I - montante e fonte dos recursos aplicados no período;

II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações; I

II - **oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.**

§1º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão comprovar a observância do disposto neste artigo mediante o envio de Relatório de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas nesta Lei Complementar, ao qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, sem prejuízo do disposto nos arts. 56 e 57, da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000”. (grifou-se).



art. 198, inciso III, ratificada no art. 1º, §2º, da Lei nº 8.142/90, segundo o qual: “O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.”;

39. CONSIDERANDO que a eventual afetação dos serviços públicos de saúde a entidades privadas é decisão essencial da política de saúde em determinado ente federativo, de sorte que é da atribuição do Conselho de Saúde sobre ela deliberar, seja para propô-la, aprová-la ou rejeitá-la (integral ou parcialmente), ainda que **não necessariamente vinculativa ao Poder Executivo**¹⁸;

40. CONSIDERANDO que outra questão de relevância é atinente à **forma de contratação**, que seguirá a Constituição Federal e a legislação para contratação com o poder público, ou seja, o processo de licitação;

41. CONSIDERANDO que há Manual de Orientações para Contratação de serviços de Saúde do Ministério da Saúde¹⁹, que demonstra como os gestores devem proceder nesse sentido. Portanto, a regra da licitação é válida para toda e qualquer contratação:

“A Licitação é uma exigência constitucional, prevista no art. 37, XXI, da C.F. e na Lei nº. 8.666/93. Consiste em procedimento administrativo formal, em que a Administração Pública convoca, por meio de edital ou aviso, interessados em apresentar propostas para contratação de prestação de serviços de saúde, e se sujeitem às condições fixadas no instrumento convocatório. Não é sigilosa, é pública

¹⁸ Conforme Resolução nº 453/2012, do Conselho Nacional de Saúde, na Quarta Diretriz, inciso XII:

“XII - o Pleno do Conselho de Saúde deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos.

As resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-se-lhes publicidade oficial. **Decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução e nem enviada justificativa pelo gestor ao Conselho de Saúde com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o Conselho de Saúde podem buscar a validação das resoluções, recorrendo à justiça e ao Ministério Público, quando necessário.**”

¹⁹ Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_orientacoes_contratacao_servicos_saude.pdf.

Acesso em 03 mar. 2026.



e acessível aos cidadãos.” (BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Orientações para Contratação de Serviços de Saúde. 1.ed. Brasília: 2017. p. 25).

42. CONSIDERANDO, então, que a contratação de serviço privado de saúde para atuação no âmbito do SUS, em caráter complementar, **deve ser precedida de licitação, dispensa de licitação ou inexigibilidade de licitação**, conforme o caso;

43. CONSIDERANDO que é possível, ante uma situação de urgência/emergência sanitária, a contratação por meio da dispensa de licitação, prevista no art. 75, inciso VIII, da Lei de Licitações (Lei nº 14.133/2021): “Art. 75. É dispensável a licitação: (...) VIII - nos casos de emergência ou de calamidade pública, **quando caracterizada urgência de atendimento de situação que possa ocasionar prejuízo ou comprometer a continuidade dos serviços públicos ou a segurança de pessoas**, obras, serviços, equipamentos e outros bens, públicos ou particulares, e somente para aquisição dos **bens necessários ao atendimento da situação emergencial ou calamitosa** e para as parcelas de obras e serviços que possam ser concluídas **no prazo máximo de 1 (um) ano, contado da data de ocorrência da emergência ou da calamidade**, vedadas a prorrogação dos respectivos contratos e a recontração de empresa já contratada com base no disposto neste inciso;”;

44. CONSIDERANDO que

A lei considera emergencial a contratação para manter a continuidade do serviço público e dispensa a licitação, mas impõe que sejam respeitados os preços de mercado e providenciado de imediato o processo licitatório, cabendo à Administração apurar a responsabilidade dos agentes encarregados da situação de emergência (art. 75, §6º).

A emergência pode ser classificada em duas modalidades: a emergência real e a potencial. A emergência real é aquela que se verifica após a ocorrência de um evento destrutivo, requerendo reparações. De outro lado, emergência potencial é aquela que decorre do prenúncio ou iminência de um fato danoso ou perigoso, tornando-se urgente a adoção de providências para impedir ou prevenir os efeitos do evento.



*llegítima, todavia, é a situação comumente denominada de emergência fabricada ou desidiosa, situação provocada pela desídia dos gestores, que deixam de adotar as medidas necessárias à realização de novo procedimento licitatório antes do fim do contrato vigente. O fato pode ocasionar efeitos punitivos para o agente, mas – ressalve-se – cumpre verificar a conduta do agente, que pode ser dolosa ou apenas movida por culpa, já que há casos de real dificuldade na instauração ou finalização do processo licitatório. (CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Manual de direito administrativo**. 40. ed. Barueri: Atlas, 2026. p. 226).*

45. CONSIDERANDO que

Resumidamente, com diferença de intensidade se reconhece na emergência e na calamidade pública situações imprevisíveis e irresistíveis que possam ocasionar prejuízos ou comprometer a segurança de pessoas, obras, serviços, equipamentos ou comprometer a continuidade dos serviços públicos.

Os requisitos para a legalidade da contratação direta emergência consta no texto constante do art. 75, VIII: a) deve o gestor demonstrar claramente a “urgência de atendimento de situação que possa ocasionar prejuízo ou comprometer a continuidade dos serviços públicos ou a segurança de pessoas, obras, serviços, equipamentos e outros bens, públicos ou particulares” e também b) que a aquisição dos bens ou as parcelas de obras e serviços é o meio adequado, efetivo e eficiente de afastar risco iminente ou de acudir às consequências danosas da situação.

(...)

*Inicialmente, tornou-se claro que a continuidade dos serviços públicos é bem jurídico protegido que pode justificar a contratação direta. A hipótese foi reforçada no §6º do art. 75 que também estatuiu o dever de observar os valores praticados pelo mercado e adotar as “providências necessárias para a conclusão do processo licitatório, sem prejuízo de apuração de responsabilidade dos agentes públicos que deram causa a situação emergencial”. A previsão relativa à apuração de responsabilidade relembra a importância de fazer referência à chamada emergência fabricada, assim entendida a situação que tenha originado, total ou parcialmente, da falta de planejamento da desídia administrativa ou da má gestão dos recursos disponíveis. **A esse respeito, em interpretação da Lei 8.666/1993 o TCU consolidou o entendimento de que a contratação direta também se mostra possível nas situações de emergência fabricada, o que não afasta o dever de apurar responsabilidades cabíveis.***



(GUIMARÃES, Edgar. et. al. **Manual de licitações e contratos administrativos: Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021.** Maria Sylvia Zanella Di Pietro (Coord.). 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2026. p. 276-277) – grifou-se.

46. CONSIDERANDO que não se confundem as definições de urgência legal da Lei de Licitações – acima – e de urgência e emergência sanitários, previstos na Resolução CFM nº 1.451/1995 e na Portaria GM/MS nº 354/2014, respectivamente:

“Artigo 1º - Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado.

Parágrafo Primeiro - Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Parágrafo Segundo - Define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.” (grifou-se)

“2. DEFINIÇÃO

2.1 Emergência: Constatação médica de condições de agravo a saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

2.2 Urgência: Ocorrência imprevista de agravo a saúde como ou sem risco potencial a vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.”

47. CONSIDERANDO que sobre o assunto, explica o Ministério da Saúde:

“Reiteradamente os órgãos de controle ao se depararem com contratações ou aquisições realizadas sob a viabilidade do art. 24, inciso IV, buscam de maneira mais detalhada os fundamentos fáticos da ação. A razão de tal avaliação é inegavelmente a diferenciação entre o que é emergência, aquela perfeitamente delimitada no inciso IV, e o que são situações artificiais decorrentes da falta de



planejamento ou da inação administrativa. **Em várias decisões dos Tribunais são recorrentes as afirmativas de que a emergência em saúde não é necessariamente emergência conforme descrito na lei. Pode ser, mas nem sempre o é!**" (BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Orientações para Contratação de Serviços de Saúde. 1.ed. Brasília: 2016. p. 37²⁰).

48. CONSIDERANDO que além dessa previsão, há a possibilidade de se caracterizar inexigibilidade de licitação, nos termos do que prevê o art. 74, da Lei de Licitações, nos casos em que, de modo geral, **houver inviabilidade de competição**, seja pela exclusividade do que se pretende contratar, seja pela ausência de concorrência;

49. CONSIDERANDO que

*Ao contrário do que se verifica nas hipóteses de licitação dispensável, nas quais existe autorização legal para não se realizar a licitação ainda que possível fosse, **a inexigibilidade de licitação funda-se na inviabilidade de competição**. Com efeito, a possibilidade de competição – assim entendida a comparação de propostas com vistas à que melhor atenda ao interesse público definido – é pressuposto necessário para a realização da licitação. Percebe-se que a constatação da inviabilidade ocorre durante o planejamento da futura contratação, no momento que são definidas e verificadas as características do futuro objeto contratual. (GUIMARÃES, Edgar. et. al. **Manual de licitações e contratos administrativos: Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021**. Maria Sylvia Zanella Di Pietro (Coord.). 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2026. p. 249). – grifou-se.*

50. CONSIDERANDO que, quando houver **inexigibilidade de licitação**, é possível que esta se dê sob a **forma de credenciamento** (art. 74, inciso IV, da Lei de Licitações – Lei nº 14.133/2021);

51. CONSIDERANDO que

*Como afirmado anteriormente, o estudo das hipóteses expressas de licitação inexigível não encerra as possibilidades fáticas de ocorrência da inexigibilidade. **Convém reconhecer que se determinada contratação administrativa não***

²⁰ Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/manual_orientacoes_contratacao_servicos_saude.pdf. Acesso em 03 mar. 2026.



objetiva criar qualquer benefício especial e personalíssimo em favor de alguém, mas sim benefício coletivo em favor de todos os eventuais interessados na contratação, não há se falar em competição e, portanto, a licitação se torna inexigível.

Uma dessas situações excepcionais em que **a contratação com a Administração é franqueada a todos os eventuais interessados é o denominado credenciamento**, expressamente reconhecido pelo art. 74, IV, da Lei nº 14.133/2021 e antes enquadrado no caput do artigo 25 da Lei nº 8.666/1993.

O sistema de credenciamento tem lugar na hipótese de se configurar uma das seguintes situações: **a) quando determinado serviço público necessita ser prestado por uma pluralidade de contratados simultaneamente, sem exclusão; ou b) quando o objeto da contratação é limitado e deve ser oferecido de forma isonômica a todos os eventuais interessados.**

De fato, **em ambas as hipóteses a Administração franqueia a todo e qualquer interessado**, independentemente do momento da apresentação do seu requerimento, a possibilidade de aderir às regras por ela preestabelecidas, intentando desempenhar o objeto do contrato. **Em resumo: ao credenciar todos os interessados e deixando continuamente franca a possibilidade de credenciamento a outros futuros interessados, a Administração não exclui e, portanto, não fica obrigada a licitar.**

Em voto condutor proferido em consulta formulada ao TCU a respeito da viabilidade do credenciamento de profissionais e instituições médico-hospitalares para a prestação de serviços de assistência complementar à saúde dos servidores, sob égide da Lei nº 8.666/1993, o Min. Relator Homero Santos identificou os requisitos que deveriam ser observados na espécie [TCU, Decisão nº 656/1995, Plenário, Rel. Min. Homero Santos, Ata n. 58/1995, Plenário.]

(...)

Ao contrário da Lei nº 8.666/1993, **a Lei nº 14.133/2021 expressamente definiu o credenciamento como “processo administrativo de chamamento público em que a Administração Pública convoca interessados em prestar serviços ou fornecer bens para que preenchidos os requisitos necessários, se credenciem no órgão ou na entidade para executar o objeto quando convocados”** (art. 6º,



XLIII). Trata-se de procedimento auxiliar das contratações públicas disciplinado no art. 79 e que poderá ser utilizado nas hipóteses especificamente identificadas. Para a administração pública federal direta, autárquica e fundacional, o credenciamento foi regulamentado pelo Decreto nº 11.878, de 9 de janeiro de 2024.

A jurisprudência mais recente do mesmo TCU permite identificar exemplos (cada qual com suas próprias peculiaridades) do cabimento do credenciamento em razão da ausência de interesse da Administração em restringir o número de contratados: contratação de profissionais de saúde, tanto para atuarem em unidades públicas de saúde quanto em seus próprios consultórios e clínicas [Acórdão 352/2016, Plenário, Relator Benjamin Zymler]; **prestação de serviços privados de saúde no âmbito do SUS envolvendo preço prefixado e nível de demanda superior à oferta** [Acórdão 1.215/2013, Plenário, relator Aroldo Cedraz] (...) (GUIMARÃES, Edgar. et. al. **Manual de licitações e contratos administrativos: Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021**. Maria Sylvia Zanella Di Pietro (Coord.). 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2026. p. 260-262). – grifou-se.

52. CONSIDERANDO que

Uma das situações que geram a contratação direta é a inexigibilidade de licitação. O pressuposto de tal situação excepcional reside na inviabilidade de competição (art. 74). Quer dizer: não havendo espaço para que possam concorrer vários interessados na contratação, o certame, que pressupõe exatamente a competitividade não pode mesmo ser realizado.

(...)

*Os exemplos que podem caracterizar a ilegitimidade de licitação são os seguintes: (...) d) contratação de objetos por meio de credenciamento; (CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Manual de direito administrativo**. 40. ed. Barueri: Atlas, 2026. p. 218-219).*

53. CONSIDERANDO que

*Além das hipóteses de inexigibilidade trazidas pela Lei nº 8.666/1993, **a nova lei prevê ainda duas outras possibilidades, quais sejam: (i) o credenciamento***



(tratado no item 206 supra) (...) (MELLO, Celso Antônio Bandeira de. Curso de **Direito Administrativo**. 36 ed. Belo Horizonte: Fórum, 2023. p. 532). – grifou-se.

54. CONSIDERANDO, ainda, que o **credenciamento** é considerado um procedimento auxiliar da licitação e que deverá obedecer a critérios claros e objetivos definidos em regulamento (art. 78, inciso I e §1º, da Lei de Licitações – Lei nº 14.133/2021);

55. CONSIDERANDO que

*O **credenciamento é um instrumento novo em termos legislativos**. Em que pese a já ser, há tempos, admitido pela doutrina e pela jurisprudência, não constava expressamente na Lei nº 8.666/1993.*

Nesse sentido, o TCU, sob a égide da Lei nº 8.666/1993, assentou que:

*Embora não esteja previsto nos incisos do art. 25 da Lei n. 8.666/1993, o credenciamento tem sido admitido pela doutrina e pela jurisprudência como hipótese de ilegitimidade inserida no caput do referido dispositivo legal, porquanto a **inviabilidade de competição configura-se pelo fato de a Administração dispor-se a contratar todos os que tiverem interesse e que satisfaçam as condições por ela estabelecidas, não havendo, portanto, relação de exclusão**. (Plenário, Acórdão nº 351/2010).*

(...)

*É comum atrelar a ideia de inexigibilidade de licitação à figura do fornecedor exclusivo; **entretanto, a competição também é impraticável quando todos puderem ser contratados, por um preço previamente definido no próprio ato de chamamento sem discrepâncias entre o serviço ou produto oferecido**. Essa ideia acabou sendo explicitamente acolhida na nova lei (art. 75, IV).*

(...)

*Nos termos da lei (art. 6º, XLIII), **o credenciamento é um processo administrativo e chamamento público em que a Administração Pública convoca interessados em prestar serviços ou fornecer bens para que, preenchidos os requisitos previstos no edital**, se credenciem no órgão ou na entidade para executar o objeto*



quando convocados. (MELLO, Celso Antônio Bandeira de. Curso de **Direito Administrativo**. 36 ed. Belo Horizonte: Fórum, 2023. p. 522). – grifou-se.

56. CONSIDERANDO que

Credenciamento é o procedimento auxiliar que objetiva a formação de vínculo contratual com a Administração Pública para a execução de determinado serviço de utilidade pública (art. 79, Estatuto). Como regra, alcança vários interessados e todos prestam o mesmo serviço em igualdade de condições. Portanto, a Administração celebra contrato administrativo com cada um dos credenciados. Para alguns estudiosos, trata-se de hipóteses de inexigibilidade de licitação, uma vez que é inviável a licitação para a execução do serviço planejado pela Administração.

De acordo com o Estatuto, o credenciamento pode ser utilizado em hipóteses de contratação. **Uma delas consiste em contratações paralelas e não excludentes, em que é vantajoso para a Administração a realização de contratos simultâneos em condições padronizadas, sem exclusão de ninguém** (art. 79, I).

(...)

A regulamentação do instrumento de credenciamento foi delineada pelo Decreto nº 11.878, de 09.01.2024, com as normas detalhadas da operacionalização dessa ferramenta. (CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Manual de direito administrativo**. 40. ed. Barueri: Atlas, 2026. p. 231-232).

57. CONSIDERANDO que

*A inviabilidade de competição ocorre tanto quando existe apenas um único agente econômico capaz de atender à demanda da Administração quanto quando a necessidade da Administração precisa ser atendida por todos os agentes que atuam no mercado, fornecendo bens e serviços. Assim, além das demais hipóteses previstas no art. 74 da Lei nº 14.133/2021, **a inviabilidade de competição pode ser configurada por dois extremos: exclusividade (único) e totalidade (todos).***



(...)

*Em razão da reflexão em torno dessa questão e de seu fundamento jurídico, surgiu **o argumento de que se tratava de inexigibilidade, pois esta contemplaria tanto a ideia de fornecedor único (exclusivo) quanto a possibilidade de contratar todos os potenciais agentes econômicos simultaneamente.** Embora, naquele caso, a demanda fosse pontual, ou seja, para atender a uma única campanha de comunicação, a lógica por trás do raciocínio é a mesma que fez surgir, posteriormente, a ideia do credenciamento, especificamente para outros objetos.*

*Portanto, **o credenciamento nasce como hipótese implícita de inexigibilidade de licitação, da ideia de ser possível ao Poder Público credenciar previamente todos os potenciais interessados que atuam no mercado** para, diante da efetiva necessidade, poder obter a prestação de um serviço ou mesmo o fornecimento de bens em vez de realizar um procedimento licitatório específico, **já que todos os credenciados serão beneficiados com as demandas.** A lógica que inspirou o credenciamento, como hipótese implícita de inexigibilidade, **é a ideia de que todos os credenciados serão beneficiados, em tese, de maneira isonômica.** Como se quer contratar com todos, não há competição possível (exceção feita à ordem cronológica das contratações). (MENDES, Renato Geraldo; MOREIRA, Egon Bockmann. **Inexigibilidade de licitação. Repensando a contratação pública e o dever de licitar.** 2. ed. Curitiba: Zênite, 2023. p. 275-276).*

58. CONSIDERANDO que o TCU, no Acórdão 784/2018, Plenário, Representação, de relatoria do Relator Ministro-Substituto Marcos Bemquerer decidiu:

***“É possível a utilização de credenciamento – hipótese de inviabilidade de competição não relacionada expressamente no art. 25 da Lei 8.666/1993 – para contratar prestação de serviços privados de saúde no âmbito do SUS, que tem como peculiaridades preço pré-fixado, diversidade de procedimentos e demanda superior à capacidade de oferta pelo Poder Público, quando há o interesse da Administração em contratar todos os prestadores de serviços que atendam aos requisitos do edital de chamamento.** Representação autuada com base em documentos encaminhados pelo extinto Tribunal de Contas dos Municípios do Estado do Ceará veiculou supostas irregularidades ocorridas em licitações e contratos financiados com recursos federais oriundos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Município de Crato/CE. A principal irregularidade apontada dizia*



respeito à falta de prévio procedimento licitatório nas contratações de entidades privadas para a prestação de serviços de saúde no âmbito do SUS, em regime complementar ao Poder Público, em aparente afronta ao art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal e ao art. 2º da Lei 8.666/1993. A unidade técnica constatou que o município realizara chamamento público para credenciamento de entidades prestadoras de serviços na área de saúde, mas que isso não afastava a obrigatoriedade de se fazer licitação, nas modalidades previstas no art. 22 da Lei 8.666/1993, ou de se justificar a contratação direta mediante a inexigibilidade constante do art. 25 da referida lei, razão pela qual sugeriu a aplicação de multa ao prefeito e aos secretários municipais de saúde. Ao apreciar o caso, o relator, inicialmente, observou que a Constituição Federal possibilita às instituições privadas participarem do SUS de forma complementar. Nesse sentido, continuou: **“Considerando que compete à direção nacional do SUS promover a descentralização para as unidades federadas e para os municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente de abrangência estadual e municipal, segundo o art. 16, inciso XV, da Lei 8.080/1990,** foram editadas diversas normas de descentralização, inclusive aquelas voltadas especificamente para normatizar a contratação de serviços de saúde por gestores locais do SUS, com indicação de cláusulas necessárias que devem constar nos correspondentes contratos”. **Entre as normas editadas, o condutor do processo destacou o Manual de Orientações para Contratação de Serviços no SUS, elaborado pelo Ministério da Saúde, que previa a possibilidade de chamamento público e inexigibilidade de licitação para a contratação de serviços de saúde, sendo que “no caso da inexigibilidade de licitação, o referido Manual de Orientações exemplifica que ela pode ocorrer quando houver incapacidade de se instalar concorrência entre os licitantes, como no caso de haver somente um prestador apto a fornecer o objeto a ser contratado, ou na hipótese de o gestor manifestar interesse de contratar todos os prestadores de serviços de seu território de uma determinada área desde que devidamente especificada no edital”.** Sobre o ponto, o relator ressaltou que a jurisprudência do TCU tem aceitado que o credenciamento é hipótese de inviabilidade de competição não relacionada expressamente no art. 25 da Lei 8.666/1993, adotada, entre outras hipóteses, quando a Administração tem por objetivo dispor da maior rede possível de prestadores de serviços. Ressaltou, ainda, que nessa situação a inviabilidade de competição não decorre da ausência de possibilidade de competição, mas sim da ausência de interesse da Administração em restringir o número de contratados. O



relator concluiu afirmando que “quando a licitação for inexigível porque o gestor manifestou o interesse de contratar todos os prestadores, ele poderá adotar o procedimento de chamada pública, por meio da abertura de um edital e chamar todos os prestadores que se enquadrem nos requisitos constantes do edital para se cadastrarem e contratarem com a Administração Pública. **Tem-se por claro que a inexigibilidade, no presente caso, não se deu pela singularidade do objeto, mas sim pelo interesse de contratar todos os prestadores de serviços na área de saúde que atendessem os requisitos do edital de chamamento**”. Com esse entendimento, e diante da comprovada realização do devido chamamento público, com o credenciamento das entidades, o relator propôs e o Colegiado decidiu acolher as razões de justificativa apresentadas pelos responsáveis. (grifou-se)

59. CONSIDERANDO que o TCU, no Acórdão 2504/2017, Primeira Câmara (Relatório de Monitoramento), Relator Ministro-Substituto Augusto Sherman, decidiu:

*Licitação. **Inexigibilidade de licitação. Credenciamento. Requisito. O credenciamento pode ser considerado como hipótese de inviabilidade de competição quando observados requisitos como: i) contratação de todos os que tiverem interesse e que satisfaçam as condições fixadas pela Administração, não havendo relação de exclusão; ii) garantia de igualdade de condições entre todos os interessados hábeis a contratar com a Administração, pelo preço por ela definido; iii) demonstração inequívoca de que as necessidades da Administração somente poderão ser atendidas dessa forma.*** (grifou-se)

60. CONSIDERANDO que há ainda a previsão legal na Lei Orgânica da Saúde, no art. 16, inciso XIV: “Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete: (...) XIV - **elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;**”

61. CONSIDERANDO o que prevê o art. 79, §1º, da Lei de Licitações (Lei nº 14.133/2021), indicando que os procedimentos de credenciamento serão definidos em regulamento, observadas as regras gerais estabelecidas na referida legislação;

62. CONSIDERANDO que



Os instrumentos auxiliares têm a finalidade principal de proporcionar uma maior eficiência, eficácia, celeridade, segurança e até mesmo economicidade aos processos de contratação. Todos são marcados por condutas administrativas prévias à licitação e a própria contratação, dinamizando os procedimentos internos voltados às aquisições e contratações.

(...)

*Conforme **dicção da própria lei, a efetiva aplicação de tais procedimentos depende de normas regulamentares, via de regra baixadas por meio de decretos.***

(...)

*Assim, **o Chefe do Poder Executivo dispõe de poderes para baixar regulamentos executivos objetivando a escorreita aplicação da lei,** devendo ser observados e respeitados apenas pelas entidades e órgãos que integram a própria pessoa política que os editou.*

*Portanto, **cada um dos entes federativos, União, Estados, Municípios e Distrito Federal, deverá editar o seu próprio regulamento acerca dos procedimentos auxiliares das licitações,** respeitando as disposições constantes da lei, ou seja, não podendo inovar a ordem jurídica criando, modificando ou até mesmo extinguindo direitos legais.*

***No âmbito da União, até o presente momento (...)** foram editados os **Decretos nº 11.462/2023 e nº 11.878/2024,** o primeiro regulamentando o sistema de registro de preços, o segundo, o credenciamento, ambos de aplicação e observância obrigatórias pela administração pública federal direta, autárquica e fundacional.*


63. CONSIDERANDO que o referido Decreto nº 11.878/2024 indica no seu art. 5º, §2º, a possibilidade de órgãos e entidades interessadas em utilizar o “Compras.gov.br” que não integrem a administração pública federal direta, autárquica e fundacional formalizarão termo de acesso conforme procedimento próprio;







64. **CONSIDERANDO** que, em consulta ao site “compras.gov.br”²¹, observa-se que todos podem aderir ao referido sistema sejam órgãos ou entidades públicas da esfera federal, estadual ou municipal de todos os poderes:

Sistema de Compras do Governo Federal

Conheça o planejamento de entregas do Compras.gov.br, Contratos.gov.br, Siads, SCDP e Normativos para melhoria contínua da logística do Governo Federal

ÓRGÃO PÚBLICO	FORNECEDOR
	
<p>Todos os interessados podem aderir ao Compras.gov.br</p> <p><small>O sistema está disponível para órgãos e entidades públicas das esferas federal, estadual e municipal de todos os poderes.</small></p> <p style="text-align: center;">Faça sua Adesão</p>	<p>O Compras.gov.br une fornecedores interessados em aumentar o seu faturamento e a administração pública em busca das melhores soluções de mercado.</p> <p style="text-align: center;">Seja um fornecedor</p>

Veja as Novidades

 Compras Executivo	 Matriz Orientativa do PLS	 Planejamento de Entregas	 Garantias Trabalhistas	 Dados Abertos
--	--	---	--	--

65. **CONSIDERANDO** igualmente que o processo formal de contratação e participação complementar da iniciativa privada nos serviços de saúde (SUS) vem indicado a partir do art. 128 e ss. da Portaria de Consolidação nº 1/2017, indicando a figura do chamamento público e respectivo credenciamento, em cumprimento ao previsto no dispositivo acima: “Art. 128. Este Capítulo dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).”, portanto, igualmente regulamento realizado por meio de portaria da União, que faz o repasse de valores fundo a fundo aos estados e municípios;

²¹ Disponível em: <https://www.gov.br/compras/pt-br>. Acesso em 30 mar. 2026.



66. CONSIDERANDO que o regramento previsto atualmente na Portaria de Consolidação nº 1/2017 (art. 132, §2º) **somente é aplicável para os casos de inexigibilidade de licitação**, pois tal credenciamento somente é cabível **quando é inviável competição entre os interessados**, seja porque **todos (que se habilitarem) serão contratados** – devido à ampla demanda relativa às necessidades de saúde –, **seja porque o valor ofertado** – de tabela SUS – **é idêntico para todos**, ou seja, não há competição quanto aos valores ofertados, o que a Lei de Licitações refere como *“contratação paralela e não excludente: casos em que é viável e vantajosa para a Administração a realização de contratações simultâneas em condições padronizadas”* (art. 79, inciso I) e regulamentado pelo Decreto nº 11.878/2024 (art. 3º, inciso I);

67. CONSIDERANDO que, segundo o art. 129, da Portaria de Consolidação nº 1/2017, considera-se:

I - **chamamento público**: ato de chamar, publicamente, prestadores de serviços assistenciais de interesse do SUS, com a possibilidade de credenciá-los;

II - **credenciamento**: procedimento de licitação por meio do qual a administração pública, após chamamento público para um determinado objeto, celebra contrato de prestação de serviços com todos aqueles considerados aptos, nos termos do art. 25, "caput" da Lei nº 8.666, de 1993²²;

III - **inscrição**: preenchimento de formulário próprio disponibilizado pelo ente federado contratante, acompanhado dos documentos previstos no respectivo regulamento, que serão encaminhados à comissão responsável;

IV - **cadastro**: registro das informações apresentadas junto ao formulário de inscrição, como o nome da entidade, endereço, descrição da atividade econômica, natureza jurídica, entre outros dados que são de interesse da Administração;

V - **habilitação**: consiste na análise dos documentos entregues no ato de inscrição e parecer emitido por ocasião da visita técnica do ente federado contratante;

²² Atualmente previsto no art. 79, da Lei de Licitações (Lei nº 14.133/2021) e regulamentado pelo Decreto nº 11.878/2024.



VI - **inabilitação**: situação em que o licitante não se habilita por não preencher qualquer dos requisitos constantes nos arts 27 a 31 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993;

VII - **visita técnica para qualificação**: inspeção realizada pelo ente federado contratante à entidade cadastrada com o objetivo de identificar e avaliar a capacidade física e operacional e a qualidade das ações e dos serviços prestados, com a emissão de parecer circunstanciado, que fundamentará a decisão acerca da habilitação da entidade;

VIII - **convênio**: instrumento firmado entre ente público e a instituição privada sem fins lucrativos, quando houver interesse comum em firmar parceria em prol da prestação de serviços assistenciais à saúde;

IX - **contrato**: ajuste entre órgãos ou entidades de saúde da Administração Pública e particulares, em que há um acordo de vontade para a formação de vínculo e a estipulação de obrigações recíprocas, atinentes à prestação de serviços do SUS;

X - **contratação**: ato ou efeito de contratar, firmando vínculo formal com a assinatura do instrumento contratual pela credenciada, com publicação do extrato no respectivo Diário Oficial, além da divulgação em meio eletrônico;

XI - **documento descritivo**: instrumento de operacionalização das ações e serviços planejados de assistência à saúde com as respectivas metas qualitativas e quantitativas, identificando, quando couber, metas relacionadas à gestão, avaliação, ensino e pesquisa, anexado ou parte integrante do termo contratual ou contrato;

XII - **fiscalização**: verificação do cumprimento das condições descritas no instrumento contratual, nos termos do art. 67 da Lei nº 8.666, de 1993²³; e

XIII - **descredenciamento**: rescisão contratual entre a entidade credenciada e o ente contratante, após regular processo administrativo, com observância aos princípios do contraditório e da ampla defesa.

68. CONSIDERANDO que, segundo o art. 130, da Portaria de Consolidação nº 1/2017, nas hipóteses em que a oferta de ações e serviços de saúde públicos próprios forem insuficientes

²³ Atualmente, art. 117, da Lei de Licitações (Lei nº 14.133/2021).



e comprovada a impossibilidade de ampliação para garantir a cobertura assistencial à população de um determinado território, o gestor competente poderá recorrer aos serviços de saúde ofertados pela iniciativa privada;

69. CONSIDERANDO que, na complementação dos serviços de saúde deverão ser observados os princípios e as diretrizes do SUS e as normas técnicas e administrativas aplicáveis (art. 130, §1º, da Portaria de Consolidação nº 1/2017);

70. CONSIDERANDO que deve ser assegurada a preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos e ainda persistindo a necessidade quantitativa dos serviços demandados, o ente público recorrerá às entidades com fins lucrativos (art. 130, §2º, da Portaria de Consolidação nº 1/2017);

71. CONSIDERANDO que a participação complementar das instituições privadas de assistência à saúde no SUS, quanto ao instrumento, será formalizada mediante a celebração de contrato ou convênio com o ente público, observando-se os termos da Lei nº 14.133/2021 (Lei de Licitações) e da Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), de acordo com os seguintes critérios: I - convênio: firmado entre ente público e a instituição privada sem fins lucrativos, quando houver interesse comum em firmar parceria em prol da prestação de serviços assistenciais à saúde; e II - contrato administrativo: firmado entre ente público e instituições privadas com ou sem fins lucrativos, quando o objeto do contrato for a compra de serviços de saúde (art. 130, §3º, da Portaria de Consolidação nº 1/2017);

72. CONSIDERANDO que, embora os convênios sejam considerados instrumentos preferenciais quanto às questões relativas à contratualização no SUS, raríssimas vezes são pactuados, seja porque as relações público-privadas em saúde são palco de muitas discussões, divergências e dificuldades, seja porque tais relações e discussões vêm avançando a ponto de exigir do sistema jurídico, especialmente, no âmbito do direito administrativo, novas formas de ajuste, compatíveis com o modelo estabelecido constitucionalmente, tais quais termos de cooperação, de parceria, colaboração, contratos de gestão, contratos de programa, de consórcio e etc.;



73. **CONSIDERANDO** que a Lei e Licitações nº 14.133/2026 regula os convênios apenas de modo subsidiário no art. 184, *in verbis*: “Aplicam-se as disposições desta Lei, **no que couber e na ausência de norma específica, aos convênios**, acordos, ajustes e outros instrumentos congêneres celebrados por órgãos e entidades da Administração Pública, na forma estabelecida em regulamento do Poder Executivo federal.”;

74. **CONSIDERANDO** que

*Em relação **aos convênios, acordos, ajustes e instrumentos congêneres, a aplicação da Lei 14.133/2021 dar-se-á apenas “no que couber”, e mesmo assim, se e somente se não existir uma legislação específica tratando do tema,** como sucede com a Lei 9.637/1998 (OS), a Lei 9.790/1999 (OSCIP) e a Lei 13.019/2014 (Parcerias Voluntárias com OSC), e, ainda, conforme dispuser regulamentado do Poder Executivo federal. (GUIMARÃES, Edgar. et. al. **Manual de licitações e contratos administrativos: Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021.** Maria Sylvia Zanella Di Pietro (Coord.). 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2026. p. 358). – grifou-se.*

75. **CONSIDERANDO** que o **instrumento convênio não mais pode ser firmado entre a administração pública e pessoas jurídicas da iniciativa privada, salvo**, unicamente, no caso dos convênios celebrados com **entidades filantrópicas e sem fins lucrativos** no âmbito do SUS;

76. **CONSIDERANDO** que **a celebração de parcerias entre a administração pública e entidades da iniciativa privada passou a ser a utilização dos instrumentos previstos na Lei 13.019/2014**, a saber: “termo de colaboração”, “termo de fomento” e “acordo de cooperação”;

77. **CONSIDERANDO** que

*Vistas estas linhas gerais, **podemos definir convênios administrativos como acordos firmados entre entidades públicas de qualquer espécie, ou entre estas e entidades privadas sem finalidade de lucro, destinados a possibilitar a colaboração mútua entre os participantes, visando à consecução de objetivos de interesse comum a eles.** Como pelo menos um dos participantes*



sempre será uma entidade da administração pública, **os citados “objetivos de interesse comum” devem, obrigatoriamente, ser objetivos que atendam ao interesse público.**

É necessário, neste passo, fazer um alerta. As características dos convênios administrativos e o conceito aqui apresentados correspondem ao que há muito preleciona a nossa doutrina. Entretanto, **a Lei 13.019/2014**, que estabeleceu o “marco regulatório das organizações da sociedade civil” – e **é uma lei de abrangência nacional, de observância obrigatória por parte de todos os entes da Federação** –, **contém dispositivos (arts. 41, 84 e 84-A) que, interpretados em conjunto, levam à conclusão de que, a partir da sua entrada em vigor** (23 de janeiro de 2016), **a celebração do instrumento “convênio” passou a ser permitida tão somente: (a) “entre entes federativos ou pessoas jurídicas a eles vinculadas”; e (b) entre o Poder Público e entidades filantrópicas sem fins lucrativos, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme previsto no art. 199 da Constituição Federal.** Significa dizer: desde a entrada em vigor da Lei 13.019/2014, **o instrumento convênio não mais pode ser firmado entre a administração pública e pessoas jurídicas da iniciativa privada, salvo, unicamente, no caso dos convênios celebrados com entidades filantrópicas e sem fins lucrativos no âmbito do SUS.** A **regra geral para a celebração de parcerias entre a administração pública e entidades da iniciativa privada** passou a ser a utilização dos instrumentos previstos na Lei 13.019/2014, a saber: **“termo de colaboração”, “termo de fomento” e “acordo de cooperação”.** (ALEXANDRINO, Marcelo; PAULO, Vicente. **Direito administrativo descomplicado**. 35. ed. Rio de Janeiro: Método, 2026) – grifou-se.

78. CONSIDERANDO que os **contratos administrativos** são aqueles firmados em decorrência do regular processo licitatório (incluídas as hipóteses de dispensa e inexigibilidade), nos termos do que prevê o art. 89, da Lei de Licitações nº 14.133/2021: *in verbis* “Os contratos de que trata esta Lei regular-se-ão pelas suas cláusulas e pelos preceitos de direito público, e a eles serão aplicados, supletivamente, os princípios da teoria geral dos contratos e as disposições de direito privado. § 1º Todo contrato deverá mencionar os nomes das partes e os de seus representantes, a finalidade, o ato que autorizou sua lavratura, o número do processo da licitação ou da contratação direta e a sujeição dos contratantes às normas desta Lei e às cláusulas contratuais. § 2º Os contratos deverão estabelecer com clareza



e precisão as condições para sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, as obrigações e as responsabilidades das partes, em conformidade com os termos do edital de licitação e os da proposta vencedora ou com os termos do ato que autorizou a contratação direta e os da respectiva proposta.”;

79. CONSIDERANDO que as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos deixarão de ter preferência na contratação com o SUS, e concorrerão em igualdade de condições com as entidades privadas lucrativas, **no respectivo processo de licitação**, caso **não cumpram os requisitos fixados na legislação vigente** (art. 130, §4º, da Portaria de Consolidação nº 1/2017);

80. CONSIDERANDO que as **entidades filantrópicas e sem fins lucrativos deverão satisfazer, para a celebração de instrumento com a esfera de governo interessada, os requisitos básicos contidos na Lei de Licitações, na Lei Complementar nº 187/2021²⁴ e na Portaria GM/MS nº 7.325/2025²⁵**, independentemente das condições técnicas, operacionais e outros requisitos ou exigências fixadas pelos gestores do SUS;

81. CONSIDERANDO que, segundo o art. 131, da Portaria de Consolidação nº 1/2017, a **instituição privada com a qual a Administração Pública** celebrará contrato deverá:

I - **estar registrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**;

II - **submeter-se a avaliações sistemáticas pela gestão** do SUS;

III - **submeter-se à regulação instituída pelo gestor**;

IV - **obrigar-se a apresentar, sempre que solicitado, relatórios de atividade que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento** do objeto pactuado com o ente federativo contratante;

²⁴ Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes e regula os procedimentos referentes à imunidade de contribuições à seguridade social (Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LCP/Lcp187.htm#art47. Acesso em 03 mar. 2026).

²⁵ Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/qm/2025/prt7325_01_07_2025.html. Acesso em 30 mar. 2026.



V - **submeter-se ao Sistema Nacional de Auditoria (SNA)** e seus componentes, no âmbito do SUS, apresentando toda documentação necessária, quando solicitado;

VI - **assegurar a veracidade das informações prestadas ao SUS;**

VII - cumprir todas as normas relativas à preservação do meio ambiente; e

VIII - **preencher os campos referentes ao contrato no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).**

82. CONSIDERANDO que, segundo o art. 132, *caput* e §§1º e 2º, da Portaria de Consolidação nº 1/2017, a contratação complementar dos prestadores de serviços de saúde se dará nos termos da Lei de Licitações e que, desde que justificado pelo gestor competente, será admitido o **credenciamento formal das entidades privadas nas hipóteses em que houver necessidade de um maior número de prestadores para o mesmo objeto e a competição entre eles for inviável**, sendo possível a aplicação das regras da inexigibilidade de licitação;

83. CONSIDERANDO que, segundo o art. 133, da Portaria de Consolidação nº 1/2017, o **credenciamento das entidades privadas prestadoras de serviços de saúde** obedecerá às seguintes etapas, **desde que não colidam com o previsto na Lei de Licitações, em seu art. 79 e ss. e com o Decreto regulamentar nº 11.878/2024:**

I - chamamento público, com a publicação de edital e respectivo regulamento;

II - inscrição;

III - cadastro (Certificado de Registro Cadastral - CRC) das entidades interessadas;

IV - habilitação;

V - assinatura do termo contratual; e

VI - publicação do extrato do contrato no Diário Oficial do ente contratante ou jornal local de grande circulação;

84. CONSIDERANDO que o próprio art. 134 e o art. 136, da Portaria de Consolidação nº 01/2017 indicam que os **requisitos para o credenciamento devem estar previstos no**



respectivo regulamento, garantindo-se isonomia entre os interessados dispostos a contratar pelos valores definidos pelo SUS, constantes, obrigatoriamente, no edital e que o edital e o respectivo regulamento do chamamento público deverão ser disponibilizados no Diário Oficial correspondente, em jornais de grande circulação e por meios eletrônicos, contendo o prazo de inscrição;

85. CONSIDERANDO que, segundo o art. 139, da Portaria de Consolidação nº 01/2017, os contratos vigentes permanecerão regidos e executados de acordo com as regras do tempo de sua celebração;

86. CONSIDERANDO que, segundo o art. 139-A, da Portaria de Consolidação nº 01/2017, os contratos e convênios celebrados entre gestores do Sistema Único de Saúde – SUS e instituições privadas, para fins de participação complementar, deverão conter cláusula que proíba expressamente a existência de recepções ou salas de espera diferenciadas entre usuários do SUS e pacientes particulares ou de planos de saúde privados, inclusive nos serviços de pronto atendimento e emergência, sob pena de sanções, estando sujeitos às sanções previstas no instrumento formal de contratualização, sem prejuízo de outras penalidades na legislação aplicável, bem como: I - vedação à celebração de novos contratos entre a instituição privada e o ente público para prestação de serviços no âmbito do SUS, até a devida adequação; II - suspensão dos repasses financeiros pelo Ministério da Saúde relativos à atenção especializada prestada pela instituição; e III - análise e concessão de novos pedidos de habilitações, credenciamentos e majoração de valores relacionados à prestação de serviços estabelecidos pelas políticas e pelos programas da atenção especializada à saúde condicionados ao cumprimento da norma, sendo possível aos usuários reportar tal descumprimento por meio dos canais da Ouvidoria do SUS, para fins de acompanhamento e controle social, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis ([Redação dada pela PRT GM/MS nº 8.292 de 30.09.2025](#));

87. CONSIDERANDO que há, ainda, outras formas de contratualização previstas na Política Nacional de Atenção Hospitalar (Art. 24, do Anexo 2, do Anexo XXIV, da Portaria de Consolidação nº 2/2017), tais quais: contrato de gestão, protocolo de cooperação entre entes públicos (PCEP), termo de parceria, termo de compromisso ou contrato de gestão;



88. CONSIDERANDO que é de extrema importância ser feita observação quanto à liquidez dos contratos e aferição da forma como houve liquidação do serviço, pois, quando se fala em contratualização, em regra, há um contrato com as cláusulas gerais, que indicam as obrigações, além do anexo, denominado documento descritivo, com indicadores sanitários, metas quantitativas e qualitativas a serem alcançadas pelo prestador, as quais são avaliadas por comissões de acompanhamento e permitem aferir a liquidação do serviço contratado, por meio de relatórios continuados emitidos bimestral, trimestralmente ou com periodicidade diversa, conforme o caso;

89. CONSIDERANDO que existem cláusulas contratuais que o Ministério da Saúde entende como recomendáveis²⁶:

“Ainda que não constantes no rol das necessárias, são cláusulas que visam otimizar a relação contratual, explicitando o objeto, tratando da qualidade e do desempenho das atividades de interesse público. Para tanto deverão observar as condições exigidas para os serviços de saúde, atendendo as normas do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, no que couber.

O contrato mencionará no mínimo:

- A identificação do prestador pelo código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES.
- A obrigatoriedade do prestador manter cadastro dos usuários, assim como prontuários que permitam o acompanhamento, o controle e a supervisão dos serviços.
- O compromisso do órgão ou entidade executora apresentar, na periodicidade ajustada, relatórios de atendimento e outros documentos comprobatórios da execução dos serviços efetivamente prestados ou colocados à disposição.

²⁶ Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_orientacoes_contratacao_servicos_saude.pdf. Acesso em 03 mar. 2026.



- A **obrigatoriedade do órgão ou entidade executora manter registros contábeis específicos** para fins de acompanhamento e avaliação dos recursos obtidos com o programa.
- A **previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de resultado.**
- A obrigação dos serviços de saúde utilizarem o Sistema Cartão Nacional de Saúde – Cartão SUS e prestarem informações aos gestores do SUS nos padrões definidos pelas normas e regulamentos instituídos pelo Ministério da Saúde.
- A não divulgação sob nenhuma forma dos cadastros e arquivos referentes às unidades de saúde, aos profissionais de saúde e aos usuários do SUS que vierem a ter acesso.
- Que **o sistema de regulação, controle e avaliação do gestor público seja a unidade responsável pela organização do fluxo dos usuários do SUS.**
- **Responsabilidades do prestador quanto aos eixos de assistência, gestão, avaliação e, quando couber, de ensino e pesquisa.**

90. CONSIDERANDO que, em **termos de contratação de serviços hospitalares**, é importante ressaltar a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), prevista, atualmente, na Portaria de Consolidação nº 2/2017, Anexo XXIV, Anexo 2, **que informa a necessidade de documento descritivo, tratando-o como documento de operacionalização das ações e serviços planejados de assistência à saúde com as respectivas metas qualitativas e quantitativas, pelo qual são estabelecidas metas relacionadas à gestão, avaliação, ensino e pesquisa.** Tal documento é revisto em periodicidade coincidente com a do contrato e é significativo que conste deste documento a caracterização da instituição, sua missão na rede, a capacidade instalada e utilização, a definição de oferta e fluxo de serviços:

CAPÍTULO V

DA CONTRATUALIZAÇÃO

Seção I



Do Instrumento Formal de Contratualização

Art. 21. A contratualização será formalizada por meio de instrumento celebrado entre o gestor do SUS contratante e o prestador hospitalar sob sua gestão, com a definição das regras contratuais, do estabelecimento de metas, indicadores de acompanhamento e dos recursos financeiros da atenção hospitalar.

Parágrafo Único. Para fins da contratualização hospitalar, recomenda-se que todos os instrumentos formais de contratualização que envolvam a prestação de ações e serviços de saúde em um mesmo estabelecimento sejam celebrados pelo gestor público de saúde do respectivo ente federado contratante, mesmo havendo a oferta e cofinanciamento de ações e serviços por outro ente federado.

Art. 22. O instrumento formal de contratualização será composto por duas partes indissociáveis:

I - o termo do instrumento formal de contratualização propriamente dito, respeitadas as legislações pertinentes, especialmente quanto aos prazos de vigência; e

II - o Documento Descritivo de que trata a Seção II do Capítulo V.

Art. 23. O instrumento formal de contratualização conterà, no mínimo:

I - as responsabilidades do hospital quanto aos eixos de assistência, gestão, avaliação e, quando couber, de ensino e pesquisa;

II - as responsabilidades da União, Estado, Distrito Federal e Municípios;

III - os recursos financeiros, suas fontes e a forma de repasse, condicionados ao cumprimento de metas e à qualidade na assistência prestada;

IV - as sanções e penalidades conforme legislação específica;

V - a constituição e funcionamento da Comissão de Acompanhamento da Contratualização de que trata o art. 32; e

VI - o Documento Descritivo, contendo as metas quali-quantitativas e indicadores de monitoramento.



(...)

Seção II

Do Documento Descritivo

Art. 25. O Documento Descritivo é o instrumento de operacionalização das ações e serviços planejados de gestão, assistência, avaliação, ensino e pesquisa de acordo com o estabelecido neste Anexo, acrescido das especificidades locais e anexo ao termo do instrumento formal de contratualização.

Art. 26. O Documento Descritivo conterá, no mínimo:

I - a definição de todas as ações e serviços de saúde, nas áreas de assistência, gestão, ensino e pesquisa, que serão prestados pelo hospital;

II - a definição de metas físicas com os seus quantitativos na prestação dos serviços e ações contratualizadas;

III - a definição de metas qualitativas na prestação das ações e serviços contratualizados;

IV - a descrição da estrutura física, tecnológica e recursos humanos necessários ao cumprimento do estabelecido no instrumento formal de contratualização;

V - a definição de indicadores para avaliação das metas e desempenho; e

VI - a definição dos recursos financeiros e respectivas fontes envolvidas na contratualização, conforme modelo Anexo A do Anexo 2 do Anexo XXIV.

Art. 27. O Documento Descritivo terá validade máxima de 24 (vinte e quatro) meses, devendo ser renovado após o período de validade, podendo ser alterado a qualquer tempo quando acordado entre as partes.

Parágrafo Único. As alterações do Documento Descritivo serão objeto de publicação oficial.



91. CONSIDERANDO que é necessário que haja informações nesses contratos indicativas de **cláusulas de fiscalização a exemplo das comissões de acompanhamento de contratualização** que permitam **aferir se houve liquidação do serviço e quem seria o responsável por atestar o cumprimento do contrato;**

“Art. 28. O **repasso dos recursos financeiros** pelos entes federativos aos hospitais contratualizados **será realizado** de maneira regular, **conforme** estabelecido nos atos normativos específicos e no **instrumento de contratualização, e condicionado ao cumprimento das metas qualitativas e quantitativas estabelecidas no Documento Descritivo.**

§ 1º O valor pré-fixado dos recursos de que trata o "caput" serão repassados mensalmente, distribuídos da seguinte forma:

I - 40% (quarenta por cento) condicionados ao cumprimento das metas qualitativas;
e

II - 60% (sessenta por cento) condicionados ao cumprimento das metas quantitativas.

§ 2º Os percentuais de que tratam os incisos I e II poderão ser alterados, desde que pactuados entre o ente federativo contratante e o hospital e respeitado o limite mínimo de 40% (quarenta por cento) para uma das metas.

§ 3º O **não cumprimento pelo hospital das metas quantitativas e qualitativas pactuadas e discriminadas no Documento Descritivo implicará na suspensão parcial ou redução do repasse dos recursos financeiros pelo gestor local.**

Art. 29. O **hospital que não atingir pelo menos 50% (cinquenta por cento) das metas qualitativas ou quantitativas pactuadas por 3 (três) meses consecutivos ou 5 (cinco) meses alternados terá o instrumento de contratualização e Documento Descritivo revisados,** ajustando para baixo as metas e o valor dos recursos a serem repassados, de acordo com a produção do hospital, mediante aprovação do gestor local.

Art. 30. **O hospital que apresentar percentual acumulado de cumprimento de metas superior a 100% (cem por cento) por 12 (doze) meses consecutivos terá as metas do Documento Descritivo e os valores contratuais reavaliados,** com



vistas ao reajuste, mediante aprovação do gestor local e disponibilidade orçamentária.

(...)

Art. 32. **Será instituída pelo ente federativo contratante a Comissão de Acompanhamento da Contratualização, que será composta, no mínimo, por 1 (um) representante do ente federativo contratante e um representante do hospital contratualizado.**

§ 1º A Comissão de que trata o "caput" **monitorará a execução das ações e serviços de saúde pactuados**, devendo:

I - avaliar o cumprimento das metas quali quantitativas e físico-financeiras;

II - avaliar a capacidade instalada; e

III - readequar as metas pactuadas, os recursos financeiros a serem repassados e outras que se fizerem necessárias.

§ 2º A composição da Comissão de que trata o "caput" será objeto de publicação no Diário Oficial do ente federativo contratante ou publicação equivalente." (Portaria de Consolidação nº 2/2017, Anexo XXIV, Anexo 2 – Diretrizes para contratualização de hospitais no âmbito do SUS – grifou-se)

92. CONSIDERANDO que **se a contratação se dá com estabelecimento de saúde hospitalar ou outra pessoa jurídica privada de natureza assistencial**, a responsabilidade pela contratação de profissionais para prestação de serviços na contratada permanece a cargo do hospital ou da pessoa jurídica privada de natureza assistencial **e não do município ou outro ente federativo**, pois, do contrário, o contrato serviria apenas para burlar eventual necessidade de contratação de pessoal próprio na estrutura municipal, que deveria se dar, necessária e primordialmente, por meio de concurso público;

93. CONSIDERANDO que, para efeito de remuneração, os serviços contratados **deverão utilizar como referência a Tabela de Procedimentos do SUS** (art. 130, §6º, da Portaria de Consolidação nº 1/2017);



94. **CONSIDERANDO** que, quanto à inexigibilidade de licitação, ante a impossibilidade de competição, que tal previsão normativa se justifica também **partindo-se do pressuposto de que o valor a ser pago na contratualização será o valor da “Tabela SUS”**, conforme indica o art. 130, §6º, da PCR nº 01/2017, acima referida, ou seja, **de que não existiria variação de preço a justificar realização de licitação** e, portanto, não haveria competição entre os participantes;

95. **CONSIDERANDO** que nem sempre a Tabela de Procedimentos do SUS (ambulatoriais e hospitalares) é atualizada em termos de valores, de modo que, **invariavelmente, estado e/ou município acabarão por complementar montantes a fim de que os serviços sejam efetivamente prestados à população**;

96. **CONSIDERANDO** que a Portaria de Consolidação nº 6/2017, estabeleceu que tão somente **não sejam utilizados** para complementação os valores provenientes de **verbas federais repassadas fundo a fundo** aos estados e/ou municípios, a fim de não caracterizar duplicidade de remuneração para o mesmo serviço:

“Art. 1140. Os estados, Distrito Federal e **municípios que adotarem tabela diferenciada para remuneração de serviços assistenciais de saúde deverão, para efeito de complementação financeira, empregar recursos próprios estaduais e/ou municipais, sendo vedada a utilização de recursos federais** para esta finalidade.

Art. 1141. A **utilização de tabela diferenciada para remuneração de serviços de saúde não poderá acarretar**, sob nenhuma circunstância, em **discriminação no acesso ou no atendimento dos usuários referenciados por outros municípios** ou estados no processo de Programação Pactuada Integrada (PPI).

Parágrafo Único. **Para evitar a que o Tesouro Municipal seja onerado pelos serviços prestados a cidadãos de outros municípios, os gestores municipais que decidirem por complementar os valores da tabela nacional de procedimentos deverão buscar, em articulação com os gestores dos municípios que utilizem sua rede assistencial, a implementação de mecanismos de cooperação** para a provisão dos serviços.



Art. 1142. Os municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) deverão informar, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, à respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB), as alterações a serem efetuadas nos valores das tabelas. (grifou-se)

97. **CONSIDERANDO** que a utilização de tabelas de preço diferenciadas que fazem com que a “Tabela SUS” seja utilizada de modo subsidiário às demais indicadas nas cláusulas contratuais, em contrariedade ao que dispõe o art. 130, §6º e art. 134 da PRC nº 01/2017;

98. **CONSIDERANDO** que é importante que tais tabelas com preços diferenciados sejam previstas no edital de chamamento público (art. 134, da PRC nº 01/2017), inclusive mediante justificativa de valores de consultas/procedimentos/hora técnica em estudo técnico preliminar, a fim de garantir-se equidade aos eventuais prestadores de serviço de saúde, interessados em credenciar-se, mesmo que fora do território do município;

99. **CONSIDERANDO** que é importante que tenha havido justificativa juridicamente plausível do gestor para o afastamento do regramento, que explique como se chegou a tais valores de consultas/procedimentos/hora técnica;

100. **CONSIDERANDO** que, conforme se observa das orientações para contratação de serviços complementares do SUS:

“A contratação de prestadores de serviços se viabiliza pelos contratos de serviços, convênios e contratos de gestão. As relações entre gestores do SUS e os serviços privados com fins lucrativos têm sido mediadas pelos contratos de serviços, baseados no pagamento de procedimentos por produção. Os convênios e contratos de gestão têm se destinado à relação entre gestores do SUS e entidades públicas, filantrópicas e sem fins lucrativos. As ações de contratação ainda carecem de uma reformulação dentro da nova política de regulação da atenção à saúde, na qual se pode prever a articulação com ações de programação, regionalização, controle, regulação do acesso e de avaliação. A contratação é instrumento necessário ao controle e à qualificação da assistência. 1) Proceder ao levantamento dos dados para identificar se a capacidade instalada de que o município dispõe é insuficiente para atender à demanda no(s) serviço(s) que se pretende comprar; 2) submeter o demonstrativo de



necessidades de compra de serviços à apreciação do conselho municipal de saúde; 3) elaborar justificativa da inexigibilidade; 4) elaborar modelo de contrato e/ou convênio; 5) definir valores de procedimentos a serem praticados; 6) definir indicadores a serem adotados no processo de classificação dos serviços; 7) elaborar Edital de Chamada Pública; 8) elaborar documento destinado aos prestadores de serviços da sua base territorial, anunciando a compra de serviços e questionando o interesse da participação em caráter complementar no SUS; 9) encaminhar ofício ao prefeito, justificando a necessidade da efetivação de compra de serviços e a necessidade de promover o chamamento público, com a indicação dos recursos disponíveis para a despesa; 10) protocolar o ofício, que se transforma no processo administrativo que dará origem ao convênio e/ou contrato; 11) submeter o processo a parecer da Assessoria Jurídica da administração; 12) tornar público o processo por meio da imprensa (Diário Oficial, jornais de grande circulação, rádio etc.); 13) proceder à análise dos documentos apresentados pelos interessados; 14) realizar a aplicação dos indicadores e proceder à classificação dos serviços; 15) organizar o banco de prestadores; 16) efetivar convênios e contratos que se façam necessários; 17) publicar convênio(s) e/ou contrato(s) firmados no Diário Oficial.” (Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. p. 104²⁷) – grifou-se.

101. CONSIDERANDO o que refere a doutrina acerca dos critérios para definição do preço, relativamente à inexigibilidade de licitação:

Como se sabe, o art. 72 da Lei nº 14.133/2021 e o art. 30 da Lei nº 13.303/2016 estabelecem alguns critérios procedimentais para a formalização das contratações diretas (dispensa e inexigibilidade). Entre eles, um dos que tem causado mais polêmicas é o constante do parágrafo único do inc. VII do art. 72 da Lei nº 14.133/2021 e do art. 30, §3º, inc. II, da Lei nº 13.303/2016, que exigem a “justificativa do preço”. Afinal de contas, é instintivo que não pode haver preços

²⁷ Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. Acesso em 30 mar. 2026.



“injustificados” nas contratações públicas. O problema, porém, surge exatamente na hora de apresentar as razões que autorizam a definição do preço pactuado.

Muito embora os artigos não façam distinção de modo expresso, é evidente que são bastante diferentes os critérios de justificativa do preço em casos de dispensa e de inexigibilidade.

A dispensa ocorre em situações de mercado nas quais, devido às hipóteses exaustivas previstas em lei, é outorgada ao administrador a faculdade de contratar diretamente. **A dispensa é, portanto, uma prerrogativa exercitada em regime de plena competição e comparabilidade entre bens ou serviços a serem contratados, ou seja, as hipóteses previstas poderiam ser submetidas a julgamentos objetivos.** Assim, quem faz a escolha que autoriza a contratação direta é o legislador, transferindo ao gestor a possibilidade de escolha caso a caso, a depender das circunstâncias concretas. Trata-se de uma discricionariedade do gestor público, que pode, a depender da subsunção dos fatos a essas hipóteses normativas (numerus clausus), contratar diretamente por livre escolha. **O preço será o usualmente praticado no mercado – seja pelo contratado, seja por seus concorrentes. Aqui fica relativamente fácil obter dados, junto ao contratado ou seus concorrentes, para justificar o preço do contrato. Afinal, são bens e serviços que podem ser padronizados e submetidos à competição e disputa mercadológica.**

Sob o ponto de vista do preço, a lógica que norteia a dispensa é a mesma que deve ser aplicada à licitação, exceto em relação às hipóteses tipicamente de inexigibilidade que foram incluídas, por equívoco do legislador entre as de dispensa. É o caso da primeira parte do inc. XV do art. 75 da Lei nº 14.133/2021 ou do art. 29 da Lei nº 13.303/2016, apenas para citar uma hipótese.

Excluídos tais casos, é preciso perceber que as **hipóteses de dispensa** retratam situações que envolvem soluções uniformes e homogêneas – isto é, objetos que podem ser definidos, comparados e julgados por critérios objetivos. **São situações que podem ser perfeitamente submetidas a “leilão de preços”, pois as diversas soluções disponíveis no mercado se enquadram na ideia de soluções rotuladas “comuns”. Vale dizer, se não houvesse a hipótese legal de dispensa e se os fatos desautorizassem seu uso concreto, elas seriam necessariamente licitadas.**



(...)

Logo, **nos casos de dispensa, pode-se dizer que o preço a ser pago é vinculado ao usualmente praticado pelos demais agentes econômicos que negociam aquele bem ou serviço comum.** O que ocorre no caso de dispensa é que a lei não exige que haja um processo de negociação coletiva, tal como deve ser observado na licitação, exceto no caso de dispensa em razão do valor (especialmente as hipóteses dos incs. I e II do art. 75 da Lei nº 14.133/2021), desde que o objeto seja homogêneo, uniforme e padronizado. Tal ressalva é feita porque não é incomum haver contratação de serviços técnicos profissionais especializados de natureza intelectual com fundamento nos incs. I ou II do art. 74 da Lei nº 14.133/2021 ou nos incs. I e II do art. 29 da Lei nº 13.303/2016.

De modo geral, **na inexigibilidade, ou não existe a possibilidade fática de competição (situações de monopólio), ou não existe a possibilidade fática de disputa (situações em que não é possível efetivar a comparação e o julgamento objetivo dos diferentes interessados).** Se, nas contratações por dispensa, o legislador constitui as hipóteses que a autorizam (numerus clausus), **na inexigibilidade ele apenas as declara, de maneira exemplificativa** (numerus apertus).

Por isso que se pode dizer que a **declaração da inexigibilidade é um dever vinculado: não há escolha entre licitar ou não, mas a obrigação de contratar de modo direto, sem licitação.** Havendo a necessidade pública concreta e sendo impossível a competição e/ou a disputa, a contratação por inexigibilidade é obrigatória.

Nessa justa medida, **haverá, na inexigibilidade, dois cenários para a definição dos preços: no caso de situações de monopólio (um só fornecedor no polo da oferta), o preço já é público e praticado no respectivo mercado unitário. Claro que isso não impede que o gestor tente negociar condições mais vantajosas – que poderão (ou não) ser aceitas pelo futuro contratado. Mas, para adotar expressão usual na economia, não podemos nos esquecer de que o monopolista é um price maker, não um price taker: ele “fabrica” o próprio preço, sem que possamos conhecer a respectiva estruturação.** Ainda assim, normalmente há um preço médio praticado no mercado dominado pelo monopolista, que pode ser submetido a negociações extraordinárias com o Poder Público. se as



negociações foram frustradas, persiste o dever de contratar por inexigibilidade e justificar o preço, com a ressalva das negociações infrutíferas.

(...)

Assim, **o único critério razoável e eficiente que pode ser adotado para as soluções insuscetíveis de definição por critérios objetivos, como nos casos de inexigibilidade, é a escolha baseada no critério de “melhor preço”.** A ideia de melhor preço decorre diretamente da **relação entre benefício e preço.** **Nas soluções insuscetíveis de padronização, o que deve presidir a escolha é a melhor proposta, o melhor preço, e não o menor preço. Somente o melhor preço poderá assegurar a contratação “mais vantajosa”** (§1º do art. 23 da Lei nº 14.133/2021). Essa é uma lógica elementar que rege o mercado fornecedor. O melhor profissional ou a empresa que presta um ótimo serviço não são aqueles que cobram o menor preço, mas sim o melhor preço – resultado da relação entre a qualidade que se recebe e o preço que se paga pelo que foi recebido.

O pressuposto jurídico do menor preço é a existência de um objeto perfeitamente definido de forma objetiva e capaz de, em razão da própria definição, representar um padrão uniforme enquanto solução final a ser obtida. É um objeto que não apresentará variação de resultado por já estar pronto e acabado ou por ser suscetível de execução e produção segundo um padrão previamente definido. É isso que justifica a escolha baseada exclusivamente na maior economicidade.

É importante observar ainda que, nos casos de solução padronizada, a maior economicidade traduz também a maior eficiência. Vale dizer: diante da solução padronizada, a economicidade e eficiência são expressões sinônimas e traduzem a mesma realidade. É certo, no entanto, afirmar que, nas soluções padronizadas, o melhor preço será, como regra, o menor preço; nas soluções insuscetíveis de padronização, ao contrário, o melhor preço não será a expressão do menor preço, ainda que seja possível imaginar situações excepcionais. (...)

Nas contratações fundadas em hipótese de inexigibilidade, a finalidade não é, e não poderá ser, obter o menor preço, por ser ele incompatível com a ideia de solução singular. O que deve ser perseguido é o melhor preço. Ao dizer, no inc. VII do art. 72 da Lei nº 14.133/2021 ou no art. 30, §3º, inc. III, da Lei nº 13.303/2016, que o preço deve ser justificado, o legislador pretende que o



preço seja motivado à luz do benefício a ser obtido, de sua importância, da complexidade, dos riscos e atributos pessoais do prestador, de sua expertise, da qualificação da experiência, da equipe técnica, entre outros.” (MENDES, Renato Geraldo; MOREIRA, Egon Bockmann. **Inexigibilidade de licitação. Repesando a contratação pública eu dever de licitar.** 2. ed. Curitiba: Zênite, 2023. p. 175-192) – grifou-se

102. CONSIDERANDO que, para aferição do **melhor preço do contrato (procedimentos, consultas, hora atividade, e demais objetos de contratação)**, a situação seria de solução padronizada, para a qual a maior economicidade traduz também a maior eficiência, traduzindo o melhor preço como o **menor preço possível** em favor da administração;

103. CONSIDERANDO, ainda, que, ao privilegiar-se outras tabelas em detrimento da “Tabela SUS”, considerada a mais benéfica à administração por possuir o menor preço, e fazer opção por valores maiores, **tal opção deve ser justificada**, pois pretende-se que o preço seja **motivado à luz do benefício a ser obtido, de sua importância, da complexidade, dos riscos e atributos pessoais do prestador, de sua expertise, da qualificação da sua experiência, da equipe técnica, entre outros**;

104. CONSIDERANDO que, embora essa seja a posição da literatura, nem sempre será fácil, no caso concreto, estabelecer o equilíbrio ideal. Em alguns casos, pode-se aplicar à situação de dúvida ou dilemática, se inevitável, o princípio do “*in dubio pro usuário*”;

105. CONSIDERANDO a Nota Técnica 1/2019, do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Proteção à Saúde Pública (CAOPSAU) do Ministério Público do Paraná;

106. CONSIDERANDO que o **Tribunal de Contas da União encerrou a Consulta Pública ao Referencial de Auditoria em Contratualização de Hospitais no SUS**²⁸, direcionada não apenas a auditorias, mas a todo público, **deixando disponível o referido documento, o qual ainda não é definitivo, mas já dá direção sobre como deve ser procedida à**

²⁸ Disponível em:

https://portal.tcu.gov.br/uploads/Consulta_Publica_Referencial_de_Auditoria_em_Contratualizacao_de_Hospitais_no_SUS_e45f80fa7f.pdf. Acesso em 02 mar. 2026.



contratualização, referendando toda a legislação aplicável ao caso e vastamente exposta nos considerandos desta recomendação:

“É possível se falar em contratualização interna, quando o gestor de saúde firma um instrumento de contratualização com órgão ou entidade do próprio ente federado e contratualização externa, quando o gestor de saúde firma um instrumento de contratualização com órgãos ou entidade de outro ente federado, ou com entidades privadas com ou sem fins lucrativos.

(...)

Todavia, a necessidade de se contratualizar os serviços assistenciais de saúde com todos os hospitais têm se tornada incontroversa. A Portaria GM/MS 1.604/2023, que institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (Pnaes), impõe que todo e qualquer serviço, ações ou procedimento da atenção especializada à saúde deve ser “regularmente contratualizado” (art. 21, inciso II).

O processo de contratualização **estabelece uma relação entre as partes com a finalidade de promover a qualificação da assistência à saúde, da gestão hospitalar e do ensino e pesquisa,** de acordo com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) e deve obedecer às seguintes diretrizes (Portaria de Consolidação MS nº 2, anexo XXIV, art. 35):

- a. **adequar as ações e serviços contratualizadas às necessidades locais e regionais pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou na Comissão Intergestores Regional (CIR), quando houver;**
- b. **definir as ações e serviços de saúde e atividades de ensino e pesquisa que serão disponibilizados para o gestor;**
- c. **estabelecer os valores e as formas de repasse dos recursos financeiros condicionados ao cumprimento e monitoramento de metas quali quantitativas;**
- d. **aprimorar os processos de avaliação, controle e regulação dos serviços assistenciais;**
- e. **e efetivar o controle social e a garantia da transparência.**



Busca-se com a contratualização a entrega de valor ao usuário dos hospitais do SUS, garantindo o melhor resultado assistencial, com a melhor experiência do usuário, e ao menor custo per capita.

(...)

Assim, **cada hospital deve ter apenas um gestor de saúde, que será responsável por regular os serviços de saúde que ele oferece ao SUS, mesmo se o hospital oferecer serviços a outra unidade federativa e suas ações forem financiadas por mais de um gestor do sistema.**

Nessas situações, deve-se seguir o princípio do SUS, que é operar em uma Figura 5 – Um instrumento de contratualização por hospital Fonte: Elaboração própria. rede regional e organizada (Lei 8.080/1990 art. 7º). **Isso significa que os serviços de saúde não devem ser planejados apenas no nível municipal, mas em um plano regional, para permitir economia de escala e sustentabilidade no custo dos serviços de saúde mais complexos e caros, como geralmente são os serviços hospitalares.**

Portanto, se um hospital, **seja público ou privado, oferecer serviços à população que envolvam mais de uma unidade federativa, a regulação e o financiamento desses serviços devem ser acordados entre os respectivos administradores do SUS, no Plano Diretor de Regionalização (PDR), no âmbito da CIB (SALGADO; CAMPOS, 2021, p. 121)**” (grifou-se)

O MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ, no exercício das suas funções institucionais de que tratam os artigos 127 e 129, inciso II, da Constituição Federal, e artigos. 5º, inciso I, inciso II, “d”, inciso III, “e”, e inciso IV, e 6º, inciso VII, “a” e “d”, da Lei Complementar nº 75/93, e art. 27, parágrafo único, inciso IV, da Lei Federal nº 8.625/93, bem como no artigo 120, inciso II, da Constituição do Estado do Paraná, dentre outros dispositivos legais, expede a presente

RECOMENDAÇÃO ADMINISTRATIVA

Ao Município de São José dos Pinhais, na pessoa da **Prefeita Municipal, MARGARIDA MARIA SINGER**, da **Secretária Municipal**



de Saúde, IRANI APARECIDA DOS SANTOS, bem como seus sucessores no cargo, e do **Secretário de Administração e Recursos Humanos, LUIZ PEREIRA KEPPEN**, bem como seus sucessores no cargo;

a fim de que, tendo em vista as disposições acima mencionadas, adotem **providências administrativas, no prazo de 30 (trinta) dias, no sentido de:**

a) no caso de contratação de pessoas jurídicas privadas para atendimento da atenção básica/primária (especialmente de serviços médicos), sejam indicados os motivos de tal contratação, mesmo porque eventual justificativa respaldada pela Lei de Responsabilidade Fiscal (limite de alerta e limite prudencial), **deve ser concreta e financeiramente fundamentada e demonstrada;**

b) nos casos de contratação de pessoas jurídicas privadas (especialmente de serviços médicos, serviços de apoio diagnósticos, serviços hospitalares, serviços especializados), **sejam respeitados os pressupostos da contratualização**, ou seja, demonstração concreta da insuficiência de disponibilidade, impossibilidade de ampliação dos serviços próprios e imprescindibilidade de se recorrer à iniciativa privada. Tais pressupostos são comprovados documentalmente por meio de:

b.1) dados concretos e estar atrelados à realidade do município, indicando: **(i) a capacidade instalada na rede própria** de ações e serviços de saúde; **(ii) a identificação da demanda existente;** **(iii) a oferta necessária;** **(iv) o fluxo de serviços** e **(v) a pactuação de metas a serem cumpridas pela iniciativa privada**, nos termos do que prevê **o mapa da saúde**, isto é, a “descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema” (art. 2º, inciso V, do Decreto nº



7.508/2011). Esse mapa deve ser utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientar o planejamento integrado dos entes federativos (art. 17, do Decreto nº 7.508/2011) e, ao ser elaborado, devem ser considerados os serviços prestados pela iniciativa privada (art. 16 do Decreto nº 7.508/2011);

b.2) mediante Estudo Técnico Preliminar, instrumento componente da fase preparatória do processo de licitação, considerado “*documento constitutivo da primeira etapa do planejamento de uma contratação que caracteriza o interesse público envolvido e a sua melhor solução e dá base ao anteprojeto, ao termo de referência ou ao projeto básico a serem elaborados caso se conclua pela viabilidade da contratação*” (art. 6º, inciso art. 18, inciso I, da Lei de Licitações – Lei nº 14.133/2021), mediante indicação do problema a ser resolvido e a sua melhor solução, de modo a permitir a avaliação da viabilidade técnica e econômica da contratação, **o qual deverá conter minimamente:** *(i) descrição da necessidade da contratação*, considerado o problema a ser resolvido sob a perspectiva do interesse público; *(ii) estimativas das quantidades para a contratação, acompanhadas das memórias de cálculo e dos documentos que lhes dão suporte, que considerem interdependências com outras contratações, de modo a possibilitar economia de escala;* *(iii) estimativa do valor da contratação, acompanhada dos preços unitários referenciais, das memórias de cálculo e dos documentos que lhe dão suporte;* *(iv) justificativas para o parcelamento ou não da contratação;* *(v) demonstrativo dos resultados pretendidos em termos de economicidade e de melhor aproveitamento dos recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis;* **(vi) posicionamento conclusivo sobre a adequação da contratação** para o atendimento da necessidade a que se destina;



b.3) sejam tanto o mapa da saúde quanto eventuais estudos técnicos preliminares cotejados com ao Plano Municipal de Saúde, à Programação Anual de Saúde e aos Relatórios de Gestão da Saúde (quadrimestrais – RDQ e anual - RAG) exigidos pela Lei Complementar nº 141/2012, **a fim de que guardem coerência**;

b.4) essa complementação dos serviços públicos por meio de recurso à iniciativa privada **esteja contemplada no Plano de Saúde, especialmente em razão da regra do art. 36 da Lei nº 8.080/90,** segundo a qual os planos de saúde são “a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS)” e, por isso, “É vedada a transferências de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública na área de saúde” (§1º e §2º);

b.5) sejam o **mapa da saúde e os estudos técnicos preliminares relativos a cada contratação complementar de serviço privado** submetidos à **deliberação do Conselho Municipal de Saúde**, a fim de que também proceda ao comparativo com o Plano Municipal de Saúde, a Programação Anual de Saúde, aos Relatórios Detalhados Quadrimestrais e ao Relatório Anual de Gestão, os quais indicam a oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores da necessidade de saúde da população, porque há previsão constitucional expressa de participação da comunidade contemplada no art. 198, inciso III, ratificada no art. 1º, §2º, da Lei nº 8.142/90, segundo o qual: “O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de



saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.”, de sorte que é da atribuição do Conselho de Saúde sobre ela deliberar, seja para propô-la, aprová-la ou rejeitá-la (integral ou parcialmente), ainda que **não necessariamente vinculativa ao Poder Executivo**²⁹;

c) seja respeitado o processo licitatório, inclusive no que atine à dispensa e à inexigibilidade de licitação, em especial, quanto a este último, relativamente ao processo de chamamento público e credenciamento, nos termos do que previsto no **art. 128 e ss. da Portaria de Consolidação nº 1/2017, a qual deve ser utilizada como regulamento específico do SUS**, nos termos do que determinou o art. 79, §1º, da Lei de Licitações nº 14.133/2021, **devendo ser utilizado igualmente, na falta de regulamento local, de modo complementar e subsidiário, o Decreto Federal nº 11.878/2024**;

d) quanto à análise específica do contrato/convênio observar:

d.1) acerca da liquidez:

- se há quantidade de consultas por especialidade, período mínimo de atendimento e respectivo valor da consulta, bem como adequação/correspondência à fila de espera;
- se há quantidade de horas trabalhadas por período, e respectivo valor da hora-atividade e respectivo controle de frequência;

²⁹ Conforme Resolução nº 453/2012, do Conselho Nacional de Saúde, na Quarta Diretriz, inciso XII:

“XII - o Pleno do Conselho de Saúde deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos.

As resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-se-lhes publicidade oficial. **Decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução e nem enviada justificativa pelo gestor ao Conselho de Saúde com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o Conselho de Saúde podem buscar a validação das resoluções, recorrendo à justiça e ao Ministério Público, quando necessário.**”



- se o prestador mantém cadastro dos usuários (cartão SUS), assim como prontuários que permitam o acompanhamento, o controle e a supervisão dos serviços;
- se há compromisso do órgão ou entidade executora apresentar, na periodicidade ajustada, relatórios de atendimento e outros documentos comprobatórios da execução dos serviços efetivamente prestados ou colocados à disposição;
- se há obrigatoriedade do órgão ou entidade executora manter registros contábeis específicos para fins de acompanhamento e avaliação dos recursos obtidos com o contrato;
- se há previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de resultado;

d.2) acerca da fiscalização de ajuste firmado com hospitais, indicar se foi constituída e está em funcionamento a Comissão de Acompanhamento da Contratualização e se há Documento Descritivo contendo as metas qualiquantitativas e indicadores de monitoramento e suas conclusões;

d.3) acerca da fiscalização de ajuste firmado com hospitais ou outra pessoa jurídica privada de natureza assistencial, indicar se está havendo contratação da equipe (recursos humanos) e não do serviço, o que poderia caracterizar, em tese, burla ao concurso público;

e) quanto à análise das tabelas de valores de procedimentos, indicar se está sendo utilizada “Tabela SUS”, como regra;



f) excepcionalmente, se não estiver sendo usada a “Tabela SUS”, mas de valores diferenciados, **seja apresentada justificativa plausível para o afastamento do regramento**, explicando como se chegou a tais valores de consultas/procedimentos/hora técnica, motivando-se à luz do benefício a ser obtido, de sua importância e necessidade, da complexidade, dos riscos e atributos pessoais do prestador, da qualificação da experiência, da equipe técnica, entre outros;

g) acaso o gestor municipal esteja complementando valores da “Tabela SUS”, **indicar se os recursos são próprios**, pois é vedada a utilização de recursos federais para tal finalidade, **bem como se foi informada à CIR/CIB**, as alterações efetuadas nos valores das tabelas.

REQUISITA-SE que as autoridades destinatárias da presente recomendação, nos limites de suas atribuições, **PROVIDENCIEM** empréstimo de publicidade e divulgação adequada e imediata dos seus termos em local visível no âmbito de **todas** as repartições dos Poderes Executivo (Saúde e Administração), bem como **inserção no Portal da Transparência**, assim como encaminhem **resposta por escrito** ao representante do Ministério Público local, **no prazo máximo de 10 (dez) dias**, informando sobre o cumprimento de tal determinação, providência respaldada na previsão legal do artigo 27, parágrafo único, inciso IV, da Lei 8.625/93, sob pena de adoção das providências extrajudiciais e judiciais aplicáveis à espécie;

REQUISITA-SE que as autoridades destinatárias da presente recomendação, nos limites de suas atribuições, encaminhem **resposta por escrito** ao representante do Ministério Público local, **no prazo máximo de 30 (trinta) dias**, informando sobre o acolhimento ou não da presente recomendação, providência respaldada na previsão legal do artigo 27, parágrafo único, inciso IV, da Lei 8.625/93, bem como, acerca das medidas determinadas em razão da presente Recomendação, sob pena de adoção das providências extrajudiciais e judiciais aplicáveis à espécie.

Consigne-se que os atos administrativos realizados sem a observância, pelo menos, do disposto acima, podem ser considerados irregulares, sujeitando,



portanto, seus ordenadores, responsáveis e corresponsáveis às sanções civis, administrativas e/ou penais cabíveis.

Dê-se ciência à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), ao Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS/PR), ao Conselho Estadual de Saúde do Paraná, ao Conselho Municipal de Saúde de São José dos Pinhais, à Câmara de Vereadores de São José dos Pinhais, ao SINDISAÚDE, ao SINSEP, ao Ministério Público do Trabalho em São José dos Pinhais, à Superintendência do Ministério da Saúde no Paraná, ao Poder Judiciário em São José dos Pinhais, ao Tribunal de Contas do Estado do Paraná e ao Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Saúde do Ministério Público do Paraná.

Assevera-se que o não cumprimento da presente Recomendação, sem justificativas formais poderá levar ao ajuizamento das ações cíveis cabíveis, sem prejuízo da adoção de outras providências pertinentes.

São José dos Pinhais/PR, 08 de abril de 2026.

CAROLINE CHIAMULERA

Promotora de Justiça



Documento assinado eletronicamente por **THAISE RODRIGUES CLAUDINO ROSA**,
OFICIAL DE PROMOTORIA em 15/04/2026 às 15:32:59, conforme art. 1º, III, "b", da
Lei 11.419/2006.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site
<https://apps.mppr.mp.br/ords/f?p=121:6> informando o código verificador **6150663** e o
código CRC **2014493008**
