

**À COMISSÃO ESPECIAL DE SELEÇÃO
EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 008/2025
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 4.048/2025**

ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE CARIDADE SANTA RITA
CNPJ nº 98.227.986/0001-31
CNES nº 2227673
Rua Osvaldo Aranha, nº 128, Centro
Triunfo/RS – CEP 95.840-000

**CONTRARRAZÕES AO RECURSO ADMINISTRATIVO APRESENTADO PELA RECORRENTE
SOLUTION GESTÃO PÚBLICA**

1. ITEM 1.1 – EXPERIÊNCIA

I – SÍNTESE DO PONTO RECURSAL

No item 1.1 de seu recurso, a recorrente sustenta fazer jus à pontuação máxima no critério relativo à comprovação de experiência em gestão de serviços de saúde, alegando equívoco na aferição do tempo de execução e defendendo a adoção da data da avaliação da proposta como marco temporal para o cômputo do período contratual.

Afirma, ainda, que o enquadramento na faixa inferior de pontuação decorreria de erro lógico e material da Comissão, razão pela qual pleiteia a majoração da nota para o patamar máximo previsto no edital.

II – DO CRITÉRIO OBJETIVO PREVISTO NO EDITAL

O instrumento convocatório estabeleceu faixas objetivas de pontuação para a comprovação de experiência, vinculadas ao tempo efetivamente comprovado por meio de documentação hábil, exigindo correspondência direta entre o período executado e o objeto do certame.

O instrumento estabeleceu como prazo final para apresentação dos envelopes nº 01 (habilitação) e nº 02 (Plano de Trabalho/Proposta Financeira) a data de 30/01/2026 até as 9h.

A pontuação máxima está condicionada à comprovação inequívoca do período mínimo exigido, mediante apresentação de documentos que demonstrem execução contratual compatível com o objeto e dentro dos parâmetros definidos.

Trata-se de critério objetivo, cuja aplicação deve observar estritamente o princípio da vinculação ao edital, nos termos do art. 5º da Lei nº 14.133/2021.

**III – DO ACERTO DA COMISSÃO NO ENQUADRAMENTO DO TEMPO DA EXPERIÊNCIA EM
RELAÇÃO À FAIXA DE PONTUAÇÃO**

A Comissão realizou a análise com base na documentação efetivamente apresentada nos autos, considerando:

- o período comprovado por meio de atestados e contratos;
- a correspondência entre o objeto executado e o objeto do chamamento;
- o marco temporal válido para fins de comprovação.

O enquadramento na faixa de pontuação decorreu da aplicação direta da regra editalícia ao período efetivamente comprovado.

A simples proximidade temporal com a faixa superior não autoriza a concessão automática da pontuação máxima, sob pena de violação ao princípio da isonomia entre os participantes.

A Administração está vinculada aos critérios previamente estabelecidos e não pode flexibilizar a regra em razão de situações limítrofes.

O enquadramento da pontuação definiu duas faixas de pontuação objetivas, sem estabelecer faixas intermediárias para o tempo de experiência, nem regras de variação do tempo da experiência, seja para mais, seja para menos.

Não há previsão editalícia autorizando a projeção de prazo futuro ou a utilização de período não comprovado documentalmente até a data de apresentação da proposta.

A tese da recorrente de adoção da data da avaliação da proposta como marco para completar o lapso temporal mínimo não encontra respaldo no instrumento convocatório, que exige comprovação objetiva do período executado no momento da apresentação da proposta.

A jurisprudência do Tribunal de Contas da União é pacífica no sentido de que a qualificação técnica deve ser demonstrada por meio de documentação existente e válida no momento da apresentação da proposta, sendo vedada a ampliação ficta do período de execução para fins de pontuação (Acórdão nº 1.214/2013Plenário).

IV – DO PRINCÍPIO DA ISONOMIA

A majoração da pontuação, solicitada pela recorrente, seja pela variação na faixa de pontuação inicialmente estabelecida, seja pela ampliação da data para contabilização do prazo para além da data de apresentação da proposta, como forma de completar o lapso temporal mínimo, implicaria tratamento desigual em relação às demais participantes, que se submeteram às mesmas regras. Da mesma forma que não há variação da pontuação caso o tempo de experiência seja superior à faixa de pontuação máxima, também não há variação em caso de ser inferior.

A isonomia constitui princípio estruturante do procedimento seletivo, vedando a flexibilização de critérios em favor de um único concorrente.

V – DA JURISPRUDÊNCIA APLICÁVEL AO CASO

A jurisprudência do Tribunal de Contas da União é pacífica no sentido de que a qualificação técnica deve ser comprovada por documentos existentes e válidos à época da apresentação da proposta, sendo vedada a consideração de período posterior para fins de pontuação:

“ A qualificação técnica deve ser comprovada com base em documentos existentes à época da entrega da proposta, sendo indevida a consideração de período posterior para fins de pontuação ou habilitação.” (TCU – Acórdão nº 1.214/2013 – Plenário) . No mesmo sentido:

“ A Administração encontra-se vinculada aos critérios objetivos estabelecidos no instrumento convocatório, sendo vedada a atribuição de pontuação máxima sem a correspondente comprovação do requisito exigido.” (TCU – Acórdão nº 2.622/2013 – Plenário)

Ainda:

“ Os critérios de qualificação técnica devem ser interpretados de forma objetiva e isonômica, não sendo admitida ampliação de alcance com vistas a favorecer licitante específico.” (TCU – Acórdão nº 1.793/2011 – Plenário)

O Superior Tribunal de Justiça firmou entendimento no mesmo sentido:

“ O edital é a lei interna do certame, vinculando tanto a Administração quanto os participantes, não sendo possível flexibilizar suas regras para atender interesse de licitante.” (STJ – RMS 34.369/DF)

“ A comprovação da capacidade técnico-operacional exige demonstração objetiva e documental, não se admitindo presunções ou projeções temporais.”

(STJ – AgRg no RMS 30.260/DF)

Tais entendimentos afastam a pretensão da recorrente de obter pontuação máxima mediante projeção temporal ou interpretação ampliativa de requisito não integralmente comprovado.

ITEM 1.2 – IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO

I – SÍNTESE DA ALEGAÇÃO RECURSAL

A recorrente sustenta que a Comissão teria atribuído pontuação inferior sob a justificativa genérica de “ausência de comprovação da implantação da gestão”, afirmando que apresentou documentos suficientes, tais como regimentos, fluxos administrativos e instrumentos normativos, defendendo que faria

jus à pontuação máxima prevista no edital.

II – DO CRITÉRIO OBJETIVO ESTABELECIDO NO EDITAL

O instrumento convocatório não se limitou a exigir a mera apresentação de documentos institucionais, mas sim a demonstração objetiva da metodologia de implantação do modelo de gestão, com:

- descrição da operacionalização;
- cronograma de execução;
- definição de responsáveis;
- integração com a estrutura assistencial;
- aplicabilidade ao objeto do chamamento.

A pontuação integral somente seria possível mediante comprovação de atendimento completo desses requisitos.

Segue a análise da apresentação dos itens referentes à Implantação da Gestão da proposta da recorrente:

O Item a) Logística de suprimento: foi apresentado pela recorrente.

O Item b) Proposta para regimento interno da unidade: foi apresentado pela recorrente com divergências entre o regimento interno da unidade e o organograma institucional apresentados;

O Item c) Proposta para regimento do serviço de enfermagem: foi apresentado pela recorrente com divergências em relação ao organograma institucional e sem adequação à estrutura proposta no dimensionamento de recursos humanos;

O Item d) Proposta para regimento do corpo clínico: a recorrente apresentou descrição da organização do corpo clínico, porém não apresentou modelo de regimento. Apesar de descrever o regimento, não apresentou a estrutura do regimento (com capítulos, seções, artigos), como nos demais itens apresentados a) e b).

De modo geral, a entidade não apresentou prazos para a implantação das atividades, nem cronogramas de implantação suficientes que possibilitem visualizar os períodos de implantação e os prazos.

Implantação da Gestão, item b) Proposta para regimento interno da unidade:

A proposta da recorrente não apresentou conformidade entre o regimento interno da unidade, apresentado no item “4.2 Proposta para regimento interno” e o organograma institucional da unidade, apresentado no item “13.1.1 organograma com definição das competências de cada membro do corpo

diretivo e da estrutura a ser implantada na unidade”. No regimento interno da unidade apresentou no primeiro nível da estrutura hierárquica a Direção Geral, porém no organograma apresentou o Coordenador Administrativo.

No item “4.2.2 Estrutura Organizacional da Unidade”, mais especificamente no item “a) Organização Hierárquica” apresentou a função de Direção Geral, com o texto que segue: “No nível estratégico a direção geral da unidade exerce a função de comando superior, respondendo diretamente à Secretaria Municipal de Saúde. Essa posição concentra as responsabilidades pela gestão global da unidade (...). A direção geral coordena todas as atividades desenvolvidas na unidade (...)”. Em seguida, a recorrente descreveu que “A Direção Técnica Médica constitui o segundo nível hierárquico”, “A Coordenação de Enfermagem ocupa posição equivalente à Direção Técnica Médica” e “A Coordenação Administrativa completa o nível tático da estrutura organizacional.

Essa coordenação responde pelos processos administrativos e de apoio, incluindo a gestão de recursos materiais, controle patrimonial, serviços gerais e apoio logístico”. Porém, no organograma apresentado no item “13.1.1 organograma (...)” os níveis estão estruturados de forma diversa: o Coordenador Administrativo ocupa o primeiro nível hierárquico e, logo abaixo, no segundo nível estão a Área Assistencial, Área Administrativa, Área de Atendimento ao Usuário e Área de Apoio e Hotelaria, sem especificar quais as funções ocupam o segundo nível hierárquico. Em seguida aparece na Área Assistencial o Coordenador de Enfermagem (RT), e em seguida, no nível abaixo, o Médico Responsável Técnico e o Coordenador de Farmácia (RT).

Nas demais Áreas, seguindo a linha horizontal onde se encontra localizada a Coordenação de Enfermagem, ou seja, no mesmo nível, estão: o Auxiliar Administrativo, o Líder da Recepção e o Encarregado de Higiene e Limpeza.

Na sequência, após o organograma, a recorrente apresentou as Atribuições e competências dos membros do corpo diretivo, iniciando com o Coordenador Administrativo e não com a Direção da Unidade, como fez no regimento interno. Apresentou as competências do Coordenador Administrativo: “é o responsável pela gestão integrada das áreas assistencial, administrativa, atendimento ao usuário e apoio operacional da unidade, atuando como elo entre a Direção da entidade e a operação local”.

Também no item “13.1.2 Estruturação dos processos gerenciais do Pronto Atendimento Municipal”, mais especificamente no item “13.1.2.4 Coordenação dos Processos e Serviços” novamente aparece a Direção Geral como primeiro nível hierárquico da gestão da unidade: “A coordenação dos processos gerenciais será exercida pela estrutura hierárquica definida para o Pronto Atendimento Municipal. A direção geral articulará as coordenações assistenciais e administrativas garantindo que trabalhem de forma integrada”.

Também no item “4.2.2 Estrutura Organizacional da Unidade”, mais especificamente no item “b)

Organograma institucional” escreveu: “O organograma estabelece a relação hierárquica entre os diferentes níveis organizacionais demonstra claramente que a Direção Geral ocupa o nível mais elevado da estrutura, com autoridade sobre todas as demais áreas. As direções e coordenações técnicas aparecem no segundo nível com suas respectivas áreas de responsabilidade claramente delimitadas (...)”.

Na sequência, no item “4.2.4 Responsabilidades institucionais” a inconformidade entre as funções existentes na estrutura do organograma e no regimento interno da unidade, propostos pela entidade, e os níveis hierárquicos se mantém. Este item inicia com o item “a) Responsabilidades da Direção da Unidade”: “A Direção é da unidade assume a responsabilidade integral pela gestão e funcionamento da Unidade de Pronto Atendimento Municipal”.

E segue: “A gestão geral da unidade envolve planejamento, organização, direção e controle de todas as atividades desenvolvidas. O diretor elabora o planejamento estratégico em consonância com as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde”. Segue com os itens descrevendo as demais funções segundo o nível hierárquico: “b) Responsabilidades da Direção Técnica” e “c) Responsabilidades das Coordenações”, na qual apresenta as responsabilidades da Coordenação de Enfermagem e, em seguida, da Coordenação Administrativa, referindo inclusive que “A comunicação com a Direção mantém o alinhamento das coordenações com as diretrizes institucionais”, reiterando a estrutura organizacional e os níveis hierárquicos, com a Direção Geral no primeiro nível e a Coordenação Administrativa no segundo nível.

Também, dentro do regimento interno da unidade, no item “4.2.1 Modelo de Regimento interno da Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP e Base Descentralizada SAMU 192 (USB)” no “CAPÍTULO III – ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E GOVERNANÇA”, Art. 8º - Estrutura hierárquico-funcional” novamente reiterou a estrutura do organograma iniciando com a Direção Geral/Administrativa da Unidade no Nível Estratégico, seguido pelo Nível Tático com a Direção Técnica Médica (RT), a Coordenação de Enfermagem (RT) Enfermagem) e a Coordenação Administrativa/Operacional. Na sequência, o “CAPÍTULO IV – COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES” apresentou a “Seção I – Direção Geral” e o “Art. 11 – Competências”, a “Seção II – Direção Técnica Médica (Responsável Técnico) e o “Art. 12 – Competências”, a “Seção III – Coordenação de Enfermagem (RT Enfermagem)” e o “Art. 13 – Competências”, e a “Seção IV – Coordenação Administrativa/Operacional” e o “Art. 14 – Competências”.

As divergências entre a organização do regimento interno da unidade e do organograma institucional da unidade são evidentes. Contraditório também as funções de Auxiliar Administrativo, Líder de Recepção e Encarregado de Higiene e Limpeza estarem no mesmo nível hierárquico que a Coordenação de Enfermagem. Essas divergências refletem que a Proposta de regimento interno da unidade diz respeito a outra estrutura organizacional, que é diferente da que foi apresentada para o Pronto Atendimento Municipal.

O regimento interno da unidade e o organograma institucional são instrumentos fundamentais para a gestão de instituições, incluso as unidades de saúde e devem possuir conformidade entre si, tanto na estrutura organizacional, quanto na distribuição das responsabilidades e das relações de subordinação.

A própria proposta apresentada pela entidade afirma a importância da clareza e precisão desses instrumentos para a gestão, quando escreve: “O organograma institucional da Unidade de Pronto Atendimento Municipal representa graficamente a estrutura organizacional, facilitando a compreensão das relações hierárquicas e funcionais.

Esse documento visual explicita as linhas de autoridade, os níveis hierárquicos e a distribuição das áreas de responsabilidade”; “O Regimento Interno constitui instrumento fundamental de governança, contribuindo decisivamente para a organização institucional, a clareza das responsabilidades, a padronização das rotinas e a qualidade dos serviços prestados (...)”.

Implantação da Gestão, item c) Proposta para regimento do serviço de enfermagem:

No item “4.3 Proposta para regimento do serviço de enfermagem”, mais especificamente no item “4.3.2 Estrutura do Serviço de Enfermagem” a estrutura apresentada para o Serviço de Enfermagem não está em conformidade com a proposta de organização hierárquica do serviço, conforme apresentada no organograma.

No item “4.2.3 Estrutura do Serviço de Enfermagem” a proposta apresentou duas funções distintas no Serviço de Enfermagem: o Responsável Técnico de Enfermagem e a Coordenação de Enfermagem e escreveu: “O Responsável Técnico de Enfermagem ocupa a posição de maior responsabilidade no serviço, respondendo técnica e legalmente perante o Conselho Regional de Enfermagem e demais órgãos reguladores (...)” e continuou: “A Coordenação de Enfermagem constitui no nível gerencial do serviço, responsável pela operacionalização das diretrizes estabelecidas. O coordenador de enfermagem trabalha em estreita colaboração com o responsável técnico, podendo inclusive acumular ambas as funções conforme porte da unidade”.

Apesar de referir que a função de Responsável Técnico pode ser acumulada pela Coordenação de Enfermagem, a proposta seguiu diferenciando essas funções ao longo do texto, sem adequar a proposta à realidade gerencial e operacional da unidade, como segue demonstrado.

No item “4.3.5 Supervisão e Acompanhamento do Serviço de Enfermagem, a recorrente escreveu: “A supervisão será exercida de forma compartilhada entre a Coordenação de Enfermagem e o Enfermeiro Responsável Técnico, cada qual com suas atribuições específicas, mas atuando de forma integrada e complementar. A Coordenação de Enfermagem foca nos aspectos gerenciais e administrativos do serviço, incluindo gestão de pessoas, recursos materiais e processos de trabalho. O responsável técnico concentra se nos aspectos técnico assistenciais, garantindo a

qualidade técnica nos procedimentos e no cumprimento das normas profissionais”.

No item “4.3.6 Responsabilidade Técnica do Serviço de Enfermagem”.

No item “4.3.1 Modelo de Regimento interno do serviço de enfermagem”, a recorrente escreveu:

“3. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E LINHAS DE RESPONSABILIDADE

Art. 6º - Estrutura hierárquico-funcional

O Serviço de Enfermagem organiza se em níveis, com linhas de comando claras, sem prejuízo do trabalho colaborativo:

I. Enfermeiro Responsável Técnico (RT);

II. Coordenação de Enfermagem (ou enfermeiro coordenador);

III. Enfermeiros assistenciais (por turno e setor);

IV. Técnicos de enfermagem;

V. Auxiliares de enfermagem, quando presentes

Art. 7º - Enfermeiro Responsável Técnico (RT)

Art. 8º - Coordenação de Enfermagem”.

III – DO ACERTO DA COMISSÃO NA AVALIAÇÃO TÉCNICA

A Comissão aplicou o critério de gradação previsto no edital, que admite:

- atendimento integral;
- atendimento parcial;
- não atendimento.

A pontuação atribuída decorreu da análise do conteúdo material apresentado, não da mera existência formal de documentos.

Não há exigência de motivação exaustiva quando o critério é objetivo e a análise técnica está registrada em ata com a classificação do grau de atendimento.

IV – DA IMPOSSIBILIDADE DE REVISÃO DO MÉRITO TÉCNICO

A revisão pretendida pela recorrente implica substituição do juízo técnico da Comissão por interpretação unilateral da licitante.

A jurisprudência do STJ é firme:

“Não compete ao Poder Judiciário substituir a banca examinadora na avaliação de critérios técnicos, salvo flagrante ilegalidade.” (RMS 34.369/DF)

V – DO PRINCÍPIO DA ISONOMIA

A concessão de pontuação máxima sem a comprovação integral dos requisitos violaria a isonomia entre os participantes que atenderam rigorosamente às exigências do edital.

ITEM 1.3 – IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS

I – SÍNTESE DA ALEGAÇÃO RECURSAL

No item 1.3, a recorrente sustenta que teria apresentado “manual completo” e instrumentos suficientes para a Implantação de Processos, alegando que a Comissão teria incorretamente classificado o atendimento como parcial ou não atendimento, bem como que a motivação teria sido genérica, sem indicação de páginas e tópicos.

Pretende, assim, a majoração da pontuação para o patamar máximo, sob o argumento de que a simples existência de documentos e descrições seria bastante para caracterizar atendimento integral.

II – DO CRITÉRIO DO EDITAL: AVALIAÇÃO MATERIAL (E NÃO MERA JUNTADA FORMAL)

O critério “Implantação de Processos” não se confunde com a mera apresentação de textos, manuais genéricos ou listas de procedimentos. Trata-se de critério de natureza material e operacional, que exige evidência objetiva de implantação do processo, com demonstração mínima de:

- (a) metodologia de implantação e faseamento;
- (b) padronização aplicável ao objeto do chamamento;
- (c) rotinas e fluxos operacionais, com responsabilidades e interfaces;
- (d) mecanismos de monitoramento, auditoria e melhoria contínua;
- (e) indicadores e/ou parâmetros de avaliação.

Logo, a pontuação máxima está condicionada à demonstração objetiva de implantação aderente ao objeto, e não ao volume de páginas, existência nominal de “manual” ou reprodução de referências genéricas.

III – DA DISTINÇÃO ESSENCIAL ENTRE A EXISTÊNCIA DO DOCUMENTO E A DEMONSTRAÇÃO DE COMO O PROCESSO SERÁ IMPLANTADO

A recorrente pretende transformar a simples juntada documental em presunção de atendimento integral. Tal lógica não se sustenta.

Em avaliação técnica, o que se julga é o atendimento aos requisitos do item, e não a existência de material que, em tese, poderia vir a ser aplicado no futuro. É precisamente por isso que o edital prevê gradação (integral, parcial, não atendimento) e que a Comissão detém competência técnica para aferir

consistência, aplicabilidade e completude do conteúdo apresentado.

Segue a análise da apresentação dos itens referentes à Implantação de Processos da proposta da recorrente:

Item “5. Implantação de Processos”

Item “5.1 Manual de protocolos assistenciais”: a recorrente apresentou descrição extensa dos protocolos assistenciais incluindo “Abordagem inicial e estabilização do paciente”, “Condutas clínicas padronizadas”, “Critérios de monitoramento e reavaliação”, “Encaminhamento, transferência e regulação de pacientes” e “Integração com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192” e apresentou, também, um conjunto de protocolos assistenciais.

Entretanto, cabe considerar que a entidade não apresentou nenhum material que se referisse ao funcionamento dos serviços assistenciais de apoio, tais como a Farmácia, o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Serviço de Nutrição e Dietética, Serviço de Lavanderia e Rouparia, Central de Material e Esterilização, Serviço de Manutenção Predial e Engenharia Clínica.

A AHCSR, junto à Proposta de Manual de Protocolos Assistenciais, elaborou descrição específica da organização e do funcionamento dos Serviços de Farmácia e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e abordou os demais serviços assistenciais de apoio.

A AHCSR apresentou a Implantação de Processos entre as páginas 256 e 296, com os itens “C.1.3.a) Proposta de Manual de Protocolos Assistenciais”; “C.1.3.a.1) Fluxograma, organização e dispensação na utilização do Serviço de Farmácia, incluindo modelo de atenção farmacêutica”; “C.1.3.a.2) Detalhamento dos Protocolos Assistenciais de Atenção Médica e Rotinas Operacionais para os Serviços de Maior Complexidade na Medicina como nas Emergências”; “C.1.3.a.3) Detalhamento dos Protocolos Assistenciais de Atenção Médica e Rotinas Operacionais para Enfermarias de Observação”; “C.1.3.a.4) Descrição da proposta de organização e funcionamento dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico a serem ofertados, compreendendo tanto os serviços já existentes na unidade, bem como no caso da proposição de novos serviços”; e “C.1.3.a.5) Fluxograma e organização de atividades de apoio à assistência”.

Item “5.3 Manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio”

A entidade apresentou material extenso sobre as rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio. Entretanto, também neste trecho da proposta manteve-se as confusões conceituais e inconformidades em relação as funções da equipe gerencial da unidade, mais especificamente entre a Direção da unidade e a Coordenação administrativa. No item “5.3.8 Responsabilidade das Equipes Envolvidas” a entidade recorrente considerou “O Manual definirá com clareza e precisão as responsabilidades de cada equipe e profissional envolvido na gestão de almoxarifado e patrimônio,

estabelecendo matriz de responsabilidades que elimina ambiguidades e garante a adequada execução de todas as atividades”.

Na sequência escreveu: “A coordenação administrativa exerce sua visão sobre toda a gestão de materiais e patrimônio garantindo alinhamento com objetivos institucionais define políticas e procedimentos em consonância com normas superiores (...)”. E continuou: “A direção da unidade mantém responsabilidade final sobre gestão de almoxarifado e patrimônio reconhecendo impacto direto na capacidade assistencial e aprova políticas e procedimentos propostos pela coordenação (...)”.

A entidade recorrente, além de apresentar as responsabilidades específicas de cada uma dessas funções no almoxarifado e patrimônio (Direção da unidade e a Coordenação administrativa), referiu ainda processos específicos de interação entre uma função e a outra, como a aprovação de políticas e procedimentos, conforme explicitado.

Em seguida, a entidade referiu que para o desempenho das responsabilidades do serviço utilizou a matriz de responsabilidade RACI, com as definições dos papéis de “Responsável, Aprovador, Consultado e Informado”, pois entendeu que assim “clarifica papéis em cada processo principal”.

Na proposta apresentada pela entidade, a matriz RACI é utilizada na sequência dentro do Item “5.3 Manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio”, mais especificamente no item “5.3.1 Modelo de manual de Rotinas Administrativas para Almoxarifado e Patrimônio”. Assim, no item “5.3.1 Modelo de manual de Rotinas Administrativas para Almoxarifado e Patrimônio”, em “4. Governança, Estrutura e Responsabilidades” e “4.1 Estrutura mínima recomendada (adaptável ao porte)” considerou as seguintes funções: “Coordenação Administrativa/Financeira, Responsável pelo Almoxarifado, Responsável pelo Patrimônio” e demais funções.

Neste item, novamente, a entidade apresentou a Coordenação Administrativa/Financeira como liderança principal dentro do serviço de almoxarifado e patrimônio, diferenciando-a da Direção da unidade. Vale ressaltar que dentro da estrutura do almoxarifado e patrimônio no organograma não consta a Coordenação Administrativa/Financeira, principalmente na área de almoxarifado e patrimônio.

No item “4.3 Matriz de responsabilidades RACI (modelo ampliado)”, a entidade recorrente também seguiu diferenciando os papéis da Coordenação Administrativa e Direção da unidade ao longo dos processos de planejamento de estoque, recebimento e conferência, armazenamento e endereçamento. Exemplificando, escreveu: “Processo 1 - Planejamento de estoque”, o Aprovador é a Coordenação Administrativa e o Consultado é a Direção; em “Processo 2 - Armazenamento e endereçamento,” o Aprovador é a Coordenação Administrativa e o Informado é a Direção.

E segue da mesma forma nos demais processos apresentados, ou seja, diferenciando os papéis da Coordenação Administrativa e da Direção da unidade.

As mesmas divergências quanto as funções e papéis de Coordenação Administrativa e Direção

da unidade seguem nos Procedimentos Operacionais Padrão que explicitam a operacionalização do serviço de almoxarifado e patrimônio: “POP 1 – CADASTRO MESTRE DE ITENS (CATÁLOGO ÚNICO)” ; “POP 2 – PARAMETRIZAÇÃO DE ESTOQUES (MIN/MÁX/PR/ES)” e nos demais POPs apresentados na sequência.

IV – DO ACERTO DA COMISSÃO E DA SUFICIÊNCIA DA MOTIVAÇÃO

A Comissão aplicou o edital e atribuiu pontuação conforme o grau de atendimento identificado. A motivação, para fins administrativos, exige indicação do fundamento e da conclusão; não se exige motivação exaustiva ou “laudo pericial” quando a avaliação segue critérios objetivos com gradação, especialmente quando registrada em ata e planilha de pontuação.

A recorrente, ao alegar “motivação genérica”, busca inverter o ônus argumentativo: em sede recursal, cabe ao recorrente demonstrar, com objetividade, onde e como cumpriu integralmente o critério e por que a Comissão teria incorrido em erro material. Não basta afirmar “está no documento”, sem demonstrar aderência integral aos elementos exigidos.

V – DA JURISPRUDÊNCIA APLICÁVEL (TCU E STJ)

A jurisprudência do Tribunal de Contas da União é firme no sentido de que a avaliação técnica deve se ater ao atendimento material dos critérios do edital, sendo legítima a atribuição de pontuação intermediária quando não demonstrado atendimento integral:

“É legítima a atribuição de pontuação intermediária quando o licitante não demonstra atendimento integral aos critérios técnicos estabelecidos no instrumento convocatório.” (TCU – Acórdão nº 2.731/2015 – Plenário)

Ainda, o TCU reconhece que a mera apresentação de documentos não implica, automaticamente, atendimento pleno do critério, devendo a Administração avaliar conteúdo e aderência ao objeto:

“A simples apresentação de documentos não implica atendimento pleno do critério técnico, devendo ser avaliado o conteúdo material e sua aderência ao objeto da contratação.” (TCU – Acórdão nº 1.507/2014 – Plenário)

No mesmo sentido:

“Compete à comissão de avaliação examinar o conteúdo técnico das propostas, sendo incabível a concessão automática de pontuação máxima pela mera existência formal de documentação.” (TCU – Acórdão nº 3.021/2014 – Plenário)

O Superior Tribunal de Justiça também veda a substituição do mérito técnico da comissão por inconformismo do particular, ausente ilegalidade objetiva:

“Não compete ao Poder Judiciário substituir a banca examinadora na avaliação de critérios técnicos, salvo flagrante ilegalidade.” (STJ – RMS 34.369/DF)

VI – DO PRINCÍPIO DA ISONOMIA E DA VINCULAÇÃO AO EDITAL

Conceder pontuação máxima sem demonstração integral do atendimento violaria:

- (a) a vinculação ao instrumento convocatório, por flexibilizar o critério;
- (b) a isonomia entre as participantes, que se submeteram às mesmas regras;
- (c) a segurança jurídica do certame.

A proximidade com o atendimento integral, por si só, não autoriza a majoração da nota. Em procedimento competitivo, a pontuação deve refletir a qualidade e completude efetivamente comprovadas, sob pena de equalização indevida entre propostas tecnicamente distintas.

ITEM 1.5 – QUALIDADE SUBJETIVA – ACOLHIMENTO

I – SÍNTESE DA ALEGAÇÃO RECURSAL

A recorrente sustenta que teria atendido integralmente ao critério de qualidade subjetiva relacionado ao acolhimento, afirmando que apresentou descrição detalhada do processo assistencial, protocolos de classificação de risco e diretrizes de humanização, razão pela qual entende fazer jus à pontuação máxima.

Argumenta, ainda, que a Comissão teria realizado avaliação genérica e sem a devida individualização dos elementos constantes do Plano de Trabalho.

Contudo, as alegações não se sustentam.

II – DA NATUREZA DO CRITÉRIO DE QUALIDADE SUBJETIVA

Segue a análise da apresentação dos itens referentes à Qualidade Subjetiva da proposta da recorrente:

Item Qualidade Subjetiva Acolhimento

a) Manual ou fluxo com indicação das formas de notificação, recepção, orientação aos usuários e acompanhantes na emergência conforme Classificação de Risco: a recorrente apresentou o manual e fluxo do acolhimento na classificação de risco. Porém não traz as bases conceituais da Classificação de Risco

b) Como irá desenvolver as Políticas de Humanização e os dispositivos do Programa Nacional de Humanização (PNH).

Item 7. Qualidade Subjetiva

Item 7.1 Acolhimento

7.1.1 Fluxo do acolhimento na classificação de risco:

A recorrente apresenta uma estrutura de texto sem conexão direta entre as frases, inclusive com termos desconexos da linguagem adotada e áreas que não existem na UPA.

Em determinado trecho, a recorrente escreveu:

“A orientação quanto ao fluxo e tempo de espera alinhará expectativas realistically. Explicação sobre sistema de priorização e implicações práticas. Localização de banheiros, lanchonete e áreas de espera. Forma de obter informações sobre paciente respeitando o sigilo. Impossibilidade de precisar tempos exatos reconhecida. Os canais apropriados para dúvidas e reclamações apresentados paciência solicitada com reconhecimento da natural ansiedade”.

7.1.2 Programa Nacional de Humanização:

A entidade recorrente apresentou o item “Programa Nacional de Humanização”, que deveria consistir na aplicação da Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS), com a implantação de seus dispositivos de forma prática. O edital é claro ao solicitar que a entidade apresentasse “como irá desenvolver as Políticas de Humanização e os dispositivos do Programa Nacional de Humanização (PNH)”.

Primeiramente, a entidade intitulou esse item como “7.1.2 Programa Nacional de Humanização” e escreveu que “implementará o Programa Nacional de Humanização”. Entretanto, por se tratar da operacionalização de uma unidade de saúde, a abrangência do Programa proposto pela entidade deveria ser local, ou seja, específico e adaptado à realidade assistencial da unidade em questão. A PNH é constituída de diretrizes e dispositivos que devem ser aplicados à realidade da unidade de saúde, ou seja, a Política Nacional deve ser aplicada ao Programa local da unidade.

Outro ponto relevante é que a entidade inicia o tópico sem apresentação da Política Nacional de Humanização do SUS, nem contextualização e nem as conceitualizações e os marcos legais fundamentais para a compreensão da PNH, com uma abordagem genérica à Política Nacional de Humanização, parecendo ignorar que esta Política possui leis e portarias específicas do Ministério da Saúde que regem os processos de humanização na atenção e gestão em saúde. Como se as práticas de humanização não estivessem ancoradas em teorias e conceitualizações específicas que as orientam.

Pelo fato de o Edital solicitar a aplicação da PNH, ou seja, “como irá desenvolver as Políticas de Humanização e os dispositivos do Programa Nacional de Humanização (PNH)” é imprescindível explicitar o domínio técnico da entidade sobre os princípios da referida política, seus conceitos e, sobretudo, suas

diretrizes e dispositivos, para então apresentar como esses aspectos serão operacionalizados.

O texto apresentado pela entidade, não apresenta a definição dos dispositivos da PNH, para então demonstrar sua aplicabilidade, mas sim traz os dispositivos sem estabelecer as conexões necessárias com a Política em si.

Essa abordagem da entidade, voltada para privilegiar as demonstrações da aplicação do Programa em detrimento dos aspectos normativos da Política pode ser evidenciada ao tratar do item “7.1.2.8 Capacitação Permanente das Equipes”, sem referir a relação intrínseca da PNH com a Educação Permanente em Saúde (EPS), outro marco fundamental da gestão do SUS.

Nesse item, a entidade escreveu: “Os treinamentos abordarão princípios do PNH de forma prática. Não serão aulas teóricas. Serão atividades práticas com simulações de atendimento”. A prática é, sem dúvida, fundamental, mas precisa estar ancorada nos princípios teóricos e nos aspectos conceituais da humanização, pois não são elementos dissociados, ao contrário são complementares e indissociáveis.

Essa dissociação feita na abordagem da entidade resultou em trazer dispositivos como “Ambiência” e “Gestão Participativa e Cogestão” sem explicitar que esses são dispositivos da Política Nacional de Humanização do SUS, apenas refere como fará a aplicação desses dispositivos na operacionalização da unidade.

No item “7.1.2.10 Gestão Participativa e Cogestão” a recorrente referiu que será criado o Comitê de Humanização, porém, não apresentou proposta de regimento, normas de organização e funcionamento e nem cronograma de implantação para o Comitê.

Em suma, o texto apresenta exemplos de condutas dos profissionais e de formas de interação com os usuários da unidade e protocolos práticos de humanização, porém de forma genérica. Entretanto, a entidade não apresentou propostas de ações de humanização para serem implementadas na unidade, nem prazos para implantação, nem responsáveis pela realização.

O critério de qualidade subjetiva, por sua própria natureza, não se satisfaz com a mera existência de texto descritivo ou diretrizes conceituais.

A pontuação máxima pressupõe a apresentação de modelo completo, operacional e aderente à realidade da unidade.

III – DO ACERTO DA COMISSÃO NA GRADAÇÃO DA PONTUAÇÃO

A Comissão aplicou exatamente o modelo de avaliação previsto no edital, que admite a gradação conforme o grau de atendimento.

Não há qualquer ilegalidade em atribuir pontuação intermediária quando o conteúdo apresentado não demonstra atendimento integral.

A pretensão da recorrente de obter pontuação máxima mediante interpretação ampliada viola a

objetividade do julgamento.

IV – DA IMPOSSIBILIDADE DE REAVALIAÇÃO DO MÉRITO TÉCNICO

O recurso busca substituir o juízo técnico da Comissão por interpretação unilateral da recorrente, o que não se admite.

A avaliação da qualidade do modelo de acolhimento é matéria eminentemente técnica, inserida na esfera de competência da Comissão de Seleção.

V – DA JURISPRUDÊNCIA APLICÁVEL

O Tribunal de Contas da União possui entendimento consolidado de que a avaliação técnica deve considerar o conteúdo material apresentado:

“A simples apresentação de documentos não implica atendimento pleno do critério técnico.” (TCU – Acórdão nº 1.507/2014 – Plenário)

“É legítima a atribuição de pontuação intermediária quando não demonstrado o atendimento integral.” (TCU – Acórdão nº 2.731/2015 – Plenário)

“Compete à comissão de avaliação examinar o conteúdo técnico das propostas.” (TCU – Acórdão nº 3.021/2014 – Plenário)

O Superior Tribunal de Justiça também afasta a possibilidade de substituição do mérito técnico:

“Não compete ao Poder Judiciário substituir a banca examinadora na avaliação de critérios técnicos.” (STJ – RMS 34.369/DF)

“O controle jurisdicional não alcança o mérito da avaliação técnica.” (STJ – AgInt no RMS 52.656/DF)

ITEM 1.6 – SISTEMA DE GESTÃO

I – SÍNTESE DA ALEGAÇÃO RECURSAL

No presente item a recorrente sustenta que apresentou modelo completo de Sistema de Gestão, com previsão de programas de qualidade, governança, protocolos e ferramentas de monitoramento, razão pela qual entende fazer jus à pontuação máxima.

Afirma, ainda, que a Comissão teria se limitado a justificativa genérica, sem a devida análise individualizada do conteúdo apresentado.

II – DA APRESENTAÇÃO DO ITEM SOLICITADO

O Roteiro do Edital prevê que o item referente à apresentação do Sistema de Gestão é composto por dois outros itens:

- a) Apresentação de dimensionamento de recursos humanos de acordo com a equipe assistencial exigida no Termo de Referência;
- b) Programa de qualidade a ser implantado nas Unidades de Saúde compreendendo diretrizes, definição de responsabilidades, plano de gestão da qualidade, ferramentas de qualidade e Metodologia de projetos. (PAM E SAMU 192 Suporte básico de vida).

Na proposta apresentada pela Recorrente este item é o “7.3 Sistema de Gestão”. A recorrente traz uma contextualização inicial do Sistema de Gestão e em seguida apresenta o item a) com o dimensionamento de recursos humanos, como item “7.3.1 Dimensionamento de recursos humanos”. Em seguida, a proposta passa a apresentação do item “7.3.2 Política de Recursos Humanos”. E por fim, passa ao item “7.3.3 Programa de Qualidade”.

No Roteiro do Edital, este item da Política de Recursos Humanos deveria constar mais adiante na proposta, visto que o Sistema de Gestão está localizado no item C.2 ÁREA DA QUALIDADE e a Política de Recursos Humanos no item C4 - CAPACIDADE GERENCIAL E ASSISTENCIAL.

Assim, o item b) Programa de Qualidade foi apresentado, porém em local diferente do solicitado no Roteiro do Edital.

ITEM 1.9 DA INOBSERVÂNCIA À LITERALIDADE DO EDITAL QUANTO À “COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS”

A entidade alegou que o Edital solicitou Comissão de Verificação de Óbitos e que a AHCSR apresentou Comissão de Revisão de Óbitos, em desconformidade com a literalidade do Edital. Essa alegação se sustentou na diferenciação entre os termos Verificação e Revisão.

A AHCSR afirma que ainda que se trate de termos diferentes, não são opostos, mas sim complementares na análise dos óbitos ocorridos na unidade. Além disso, por se tratar de uma comissão técnica, essa instância deve atuar tanto no momento do registro do evento (verificação do óbito) quanto no momento posterior (revisão do óbito), na análise dos registros realizados.

De modo geral, nas unidades de saúde e nos editais para gerenciamento de unidades de saúde são utilizadas ambas as formas para nomear a Comissão voltada à análise de óbitos, sem que isso implique qualquer limitação do trabalho da comissão em uma ou em outra atividade.

2. DA IMPUGNAÇÃO À VENCEDORA

2.1. DA EXPERIÊNCIA

A. EXPERIÊNCIA INSTITUCIONAL DA PROPONENTE (CAPACIDADE TÉCNICO-OPERACIONAL)

A impugnação apresentada pela recorrente, no ponto, busca fragilizar a experiência institucional da entidade vencedora, sustentando ausência de correlação objetiva entre os documentos apresentados e o objeto do Chamamento, bem como levantando questionamentos sobre período, cronologia e contexto de gestão.

O Edital, contudo, delimita com precisão o conteúdo e a forma da comprovação da capacidade técnica institucional, ao exigir, no item 10.3.4, alínea “a”, a apresentação de atestado(s) de capacidade técnica da Organização Social, com no mínimo 24 (vinte e quatro) meses de atuação comprovada, em objeto semelhante, contemplando as linhas de serviço especificadas nos incisos I a IV, e com informações mínimas obrigatórias (subitens a.2 e seguintes).

Assim, a análise deve se ater ao que foi efetivamente exigido pelo instrumento convocatório, sendo juridicamente inadequado introduzir condicionantes não previstas no edital, sob pena de violação ao julgamento objetivo e à vinculação ao instrumento convocatório. Havendo atestados emitidos por terceiros idôneos, com descrição compatível, período e identificação do emitente e do objeto, resta atendida a exigência editalícia, cabendo à recorrente demonstrar, de modo específico e documentado, eventual falsidade, incompatibilidade material ou insuficiência objetiva — o que não se verifica por alegações genéricas.

B. EXPERIÊNCIA PESSOAL DO CORPO TÉCNICO/DIRETIVO (CAPACIDADE TÉCNICO-PROFISSIONAL)

No que se refere à experiência pessoal do corpo técnico/diretivo, a recorrente pretende questionar a qualificação e/ou o vínculo de profissionais indicados, porém tal análise também deve observar estritamente o recorte editalício: a eventual exigência de comprovação técnico-profissional ou de vínculo deve decorrer de previsão expressa no instrumento convocatório, não sendo admissível a criação de requisito adicional por interpretação ampliativa em prejuízo da competitividade.

Quando o Edital exige prova de vínculo, ele o faz de forma expressa e indica os meios admitidos (por exemplo, no item 10.3.4, alínea “d”, subitem ii, no ato da assinatura do Contrato de Gestão, para o Responsável Técnico Médico).

Fora dessas hipóteses expressamente previstas, não se pode presumir exigência de comprovação adicional como condição de habilitação, sob pena de violação à legalidade e ao julgamento objetivo.

2.2. DA COMPROVAÇÃO DE INSCRIÇÃO/REGISTRO NO COREN (EDITAL 008/2025, ITENS 9.1.6, 9.5, 10.3.4 “c” E 10.5.6)

I. PREMISSA FÁTICA OBJETIVA – VERIFICAÇÃO OFICIAL DO REGISTRO EM SESSÃO E CONSIGNAÇÃO EM ATA

Conforme expressamente consignado na Ata Circunstanciada de 03/02/2026, a Comissão Especial de Seleção, diante de questionamento levantado em sessão pública, suspendeu os trabalhos e realizou consulta ao sítio eletrônico oficial do Conselho Regional de Enfermagem – RS, ocasião em que constatou que a Associação Hospital de Caridade Santa Rita possui registro junto ao Conselho.

Trata-se de dado público e oficial, oriundo de fonte institucional competente, consignado nos autos por meio de Ata, o que confere objetividade e rastreabilidade ao ato administrativo, afastando a alegação de inexistência de registro.

Além disso, o procedimento observado é compatível com o Edital, que autoriza a Comissão a realizar diligências a qualquer tempo para verificação de autenticidade de informações (item 9.1.6), bem como a promover diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo (item 10.5.6), mantendo-se, ainda, a diretriz de que esclarecimentos e informações permaneçam por escrito e disponíveis no processo (item 9.5).

II. DA VINCULAÇÃO AO EDITAL – O REQUISITO É “INSCRIÇÃO OU REGISTRO”, NOS TERMOS DO ITEM 10.3.4, ALÍNEA “c”

O item 10.3.4, alínea “c”, do Edital é expresso ao exigir a comprovação de que a Organização Social é inscrita ou possui registro em entidade profissional competente – Conselho Regional de Enfermagem, conforme Resolução do COFEN nº 255/2001.

O Edital, entretanto, não estabeleceu como requisito autônomo de habilitação:

- A apresentação de certidão “vigente” com prazo de validade específico, como condição formal exclusiva;
- A renovação periódica documentada em determinado formato como pressuposto independente;
- A limitação do meio de comprovação a um único modelo documental.

Ao revés, quando o Edital pretendeu exigir “certificado vigente”, ele o fez de forma expressa e em situação diversa (v.g., item 10.3.4, alínea “d”, inciso i, no ato da assinatura do Contrato de Gestão, para o Responsável Técnico Médico junto ao CREMESP).

Desse modo, é juridicamente inadequado que a recorrente, em sede recursal, busque impor formalidades não previstas no instrumento convocatório, sob pena de violação:

- Ao princípio da vinculação ao edital;
- Ao julgamento objetivo;
- À isonomia entre os participantes.

Nessa linha, a orientação do STJ é consistente no sentido de que o edital vincula Administração e participantes, sendo vedada a exigência de condição não prevista no instrumento convocatório (ex.: RMS

34.369/DF).

III – DA LEGALIDADE DA DILIGÊNCIA E DO SANEAMENTO PREVISTO NO EDITAL (EDITAL 008/2025, ITENS 9 E 10.5.6) E, SUBSIDIARIAMENTE, ART. 64 DA LEI Nº 14.133/2021

O Edital do Chamamento Público nº 008/2025 prevê expressamente a possibilidade de realização de diligências, esclarecimentos complementares e saneamento de falhas ao longo do procedimento, conforme regramento próprio constante do item 9, bem como autoriza a atuação instrutória da Comissão no curso do julgamento, conforme disciplina procedimental do item 10.5.6.

Nos termos do item 9.1.6, a Comissão poderá, a qualquer tempo, realizar diligências para verificar a autenticidade das informações apresentadas ou para dar cumprimento ao disposto no item 9.1.4 (dirimir ou esclarecer dúvidas e omissões). Ademais, o item 10.5.6 autoriza, em qualquer fase do certame, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo.

A Ata Circunstanciada da sessão pública de 03/02/2026 registra que, após questionamento do representante da OS Solution Gestão Pública quanto ao Certificado de Registro de Empresa no Conselho Regional de Enfermagem/RS apresentado pela Associação Hospital de Caridade Santa Rita (emissão 20/07/2004, validade de 5 anos), a Comissão suspendeu a sessão e promoveu a verificação por consulta à base oficial do COREN/RS, concluindo que a entidade possui registro junto ao Conselho, deliberando, ao final, por ratificar os documentos apresentados e manter a habilitação.

Nesse contexto, a diligência promovida pela Comissão não configura irregularidade, desde que respeitados os limites do instrumento convocatório, notadamente:

- a) manutenção do julgamento objetivo e da vinculação ao edital;
- b) vedação de inovação substancial do conteúdo de habilitação/proposta;
- c) preservação da isonomia e do contraditório.

Além disso, a atuação encontra respaldo subsidiário no art. 64 da Lei nº 14.133/2021, segundo o qual é facultada à Administração a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo.

No caso concreto, a diligência impugnada não implicou:

- Criação de condição jurídica inexistente;
- Convalidação de fato superveniente;
- Alteração do conteúdo essencial da habilitação;
- Modificação do conteúdo da proposta.

Tratou-se de providência instrutória voltada a confirmar informação objetiva, em fonte oficial, relacionada ao cumprimento do requisito editalício de capacidade técnica, notadamente quanto à

comprovação de inscrição/registro em entidade profissional competente, nos termos do item 10.3.4.c do Edital.

O entendimento do TCU – Acórdão 1.211/2021 – Plenário, corrobora o entendimento:

“A diligência constitui instrumento legítimo para saneamento de falhas formais e confirmação de informações, desde que não implique inovação do conteúdo da proposta ou da habilitação.”

A vedação constante do item 10.5.6 (“vedada a posterior inclusão de documento ou informação que deveria constar originalmente...”) visa impedir regularização tardia de requisito inexistente. Não impede, contudo, a verificação de autenticidade e a confirmação, em fonte oficial, de informação objetiva vinculada ao cumprimento do edital, como ocorreu no caso concreto, em sessão pública e com registro em ata.

Logo, sob a ótica do Edital e da legislação aplicável, a diligência é medida regular e compatível com a finalidade pública do certame: selecionar entidade apta à execução do objeto, com preservação da competitividade e do julgamento objetivo.

IV – DO EFETIVO ATENDIMENTO AO ITEM 10.3.4.c (COMPROVAÇÃO DE INSCRIÇÃO/REGISTRO NO COREN) E DA NATUREZA OBJETIVA DO REQUISITO

A insurgência recursal busca desqualificar a habilitação da AHCSR sob o argumento de que o documento apresentado estaria “vencido” e de que a Comissão teria se valido de consulta eletrônica.

Entretanto, o item 10.3.4.c estabelece como requisito a comprovação de que a Organização Social é inscrita ou possui registro no Conselho Regional de Enfermagem (COREN), consistindo, portanto, em exigência de natureza objetiva: existência de inscrição/registro, e não sobre a apresentação de um documento específico com prazo de validade como condição autônoma de habilitação.

Nesse cenário, é essencial distinguir:

- a) o requisito material do edital, que é a existência do registro/inscrição; e
- b) o meio de comprovação documental, que pode demandar esclarecimento/saneamento quando haja dúvida formal, sem que isso altere o requisito em si.

Essa distinção é relevante porque o próprio Edital, quando pretende exigir “certificado vigente”, o faz de forma expressa (como no item 10.3.4, alínea “d”, para o Responsável Técnico Médico e no ato da assinatura do Contrato de Gestão). Para o COREN, entretanto, o texto editalício não impõe a mesma modalidade formal de prova, limitando-se a exigir prova de inscrição/registro.

Se a Comissão confirmou o registro ativo em base oficial do próprio Conselho, não há afastamento do edital; ao contrário, há verificação objetiva do atendimento ao item 10.3.4.c, compatível com o dever de instrução e com o saneamento previsto no edital.

V – DA TRANSPARÊNCIA, AUDITABILIDADE E CONTRADITÓRIO: ADEQUAÇÃO DA PROVA OFICIAL AOS AUTOS (SANEAMENTO SEM ALTERAÇÃO DE MÉRITO)

A principal crítica recursal, no ponto, não é a inexistência do registro, mas a forma como a confirmação teria sido realizada (“consulta ao site”) e suposta ausência de juntada do elemento comprobatório aos autos.

O item 9.5 do Edital estabelece que os esclarecimentos e as informações prestadas por quaisquer das partes terão sempre a forma escrita e estarão, a qualquer tempo, disponíveis no processo.

A Ata Circunstanciada já cumpre essa finalidade ao registrar expressamente a consulta ao sítio do COREN/RS e a conclusão da Comissão quanto à existência do registro. Ademais, a recorrente alega irregularidade na forma, mas não demonstrou:

- Inexistência do registro/inscrição;
- Prejuízo concreto ao julgamento;
- Impacto na competitividade;
- Violação ao contraditório que não possa ser sanada por simples formalização escrita no processo, como prevê o edital.

Esse é o entendimento do TCU – Acórdão 2.564/2013 – Plenário, no ponto:

“A anulação de ato administrativo depende da demonstração de prejuízo concreto.”

Em termos práticos, portanto, a discussão recursal é essencialmente formal e, quando muito, demanda reforço documental nos autos, não sendo fundamento idôneo para desclassificação automática.

Essa medida não altera mérito nem cria situação nova; apenas torna plenamente controlável, por todos os participantes, a informação objetiva já confirmada, reforçando a higidez do procedimento e afastando qualquer alegação de decisão baseada em elemento “não auditável”.

VI – DO FORMALISMO MODERADO E DA INSTRUMENTALIDADE DAS FORMAS À LUZ DO PRÓPRIO EDITAL E DA FINALIDADE DO CHAMAMENTO

A interpretação sustentada pela recorrente conduz a formalismo incompatível com a finalidade do chamamento, e, com o próprio desenho do edital, que:

- Prevê diligências “a qualquer tempo” (item 9.1.6);
- Admite complementação/esclarecimento instrutório (item 10.5.6);
- Exige que os esclarecimentos constem por escrito e permaneçam disponíveis no processo (item 9.5).

Ao pretender converter a discussão sobre meio de prova (forma) em suposta ausência do requisito (substância), embora não demonstre objetivamente a inexistência de registro, a OS apenas demonstra seu inconformismo injustificado com o resultado.

O procedimento não se orienta à eliminação de concorrentes por impropriedades formais sanáveis, mas à seleção de entidade efetivamente apta a executar serviço público essencial (saúde), preservando a continuidade do serviço e a vantajosidade pública, sem sacrificar a objetividade do julgamento.

Assim, a diligência e o saneamento — expressamente previstos no edital — atuam como instrumentos de eficiência administrativa e de preservação do interesse público, desde que não impliquem inovação substancial.

VII – DA AUSÊNCIA DE NULIDADE POR INEXISTÊNCIA DE PREJUÍZO CONCRETO E DA ADEQUADA SOLUÇÃO ADMINISTRATIVA

Ainda que se cogitasse discutir a forma de comprovação, não se identifica, no caso, nulidade apta a invalidar o procedimento, por ausência de demonstração de prejuízo concreto.

A recorrente não comprova:

- Inexistência do registro no COREN;
- Comprometimento do julgamento objetivo;
- Efetiva violação à isonomia;
- Dano ao contraditório que não possa ser sanado por juntada formal da evidência oficial.

Os atos da Comissão gozam de presunção de legitimidade e veracidade, sobretudo quando praticados com base em regras expressas do edital (itens 9.1.6, 9.5 e 10.5.6) e lastreados em fontes oficiais.

As decisões administrativas que declarem nulidade devem considerar consequências práticas e, quando cabível, indicar medidas saneadoras proporcionais.

Competia à recorrente apresentar prova robusta de inexistência do requisito ou de vício substancial que comprometa o julgamento. Alegações genéricas de “consulta a site” ou de suposta insuficiência documental, sem demonstração de inexistência de inscrição/registro, não superam a presunção de legitimidade do ato administrativo.

VIII – DA ISONOMIA E DA NECESSÁRIA DISTINÇÃO DE SITUAÇÕES FÁTICAS: INEXISTÊNCIA DE PARADIGMA VÁLIDO SEM IDENTIDADE MATERIAL

A recorrente sustenta quebra de isonomia ao afirmar que outro participante teria sido inabilitado por exigência semelhante.

Todavia, isonomia não se presume; exige identidade fática e jurídica entre as situações comparadas, com demonstração objetiva de que:

- a) ambos estavam na mesma condição material (ex.: inexistência de registro);
- b) a Comissão aplicou soluções diferentes sem motivação.

Na ausência dessa demonstração específica, não se pode invalidar o julgamento com base em alegação genérica de tratamento desigual. Ao contrário, o que se verifica é que a Comissão adotou providência instrutória prevista no edital para confirmar requisito objetivo.

VIII – CONCLUSÃO

Diante do exposto:

- a) a diligência encontra amparo direto no Edital 008/2025 (itens 9.1.6 e 10.5.6) e, subsidiariamente, no art. 64 da Lei nº 14.133/2021;
- b) o requisito do item 10.3.4, alínea “c” é objetivo (inscrição/registro no COREN) e sua confirmação por fonte oficial é compatível com o edital;
- c) o item 9.5 reforça que os esclarecimentos devem ser escritos e permanecer no processo, sendo possível, se necessário, formalizar a evidência oficial nos autos para reforço de auditabilidade;
- d) inexistente demonstração de prejuízo concreto, nem de inexistência do registro, razão pela qual não há nulidade a ser declarada, mas, no máximo, medida saneadora documental, sem alteração de mérito.

Por tais fundamentos, deve ser mantida a habilitação da entidade quanto ao cumprimento do item 10.3.4, alínea “c”, rejeitando-se a pretensão recursal.

3. ITEM 2.3 DA DESCONFORMIDADE DA PLANILHA DA VENCEDORA QUANTO A BENEFÍCIOS TRABALHISTAS

A entidade alegou que a Planilha Financeira apresentada pelo **HCSR** contemplou itens como “vale refeição”, “cesta básica”, “convênios”, “vale alimentação”, “outros benefícios” e que não foram precificados, e que apenas o “vale transporte” foi precificado, como se os demais fossem inexistentes. E ao citar um exemplo para a previsão de benefícios de acordo com as normas coletivas referiu as Nutricionistas.

Informa-se que na proposta apresentada pelo **HCSR**, o Serviço de Nutrição foi terceirizado na sua totalidade.

Em contrapartida, a recorrente não apresentou Serviço de Nutrição, nem próprio nem terceirizado. Para os profissionais da unidade apresentou apenas o Vale-Alimentação. E na Planilha apresentou apenas o valor de R\$ 400,00 na rubrica de Gêneros Alimentícios, sem justificar como irá custear a alimentação dos pacientes e acompanhantes.

O que se exige é a execução do objeto com observância da legislação trabalhista, o que será integralmente cumprido pela entidade vencedora durante a fase contratual.

O Termo de Referência exige o cumprimento da legislação trabalhista – e não a replicação antecipada de todos os cenários possíveis de enquadramento coletivo.

Não há descumprimento normativo.

4. ITEM 2.4 DA INCOMPATIBILIDADE DA PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA DA VENCEDORA COM O TERMO DE REFERÊNCIA

I – SÍNTESE FIEL DA ALEGAÇÃO RECURSAL

A recorrente sustenta que a proposta da entidade vencedora seria incompatível com o Termo de Referência

por ter previsto, em seu plano orçamentário, valores relativos a exames laboratoriais, radiografias e tomografia sem contraste, os quais, segundo o próprio Termo de Referência, são ofertados pelo Município.

Afirma que tal previsão indicaria desconhecimento do escopo, desalinhamento técnico, risco de duplicidade de gastos e violação ao instrumento convocatório.

II – DA CORRETA INTERPRETAÇÃO DO TERMO DE REFERÊNCIA

O Termo de Referência informa que determinados exames são ofertados pelo Município, porém em nenhum momento estabelece vedação à previsão orçamentária de tais serviços pela Organização Social.

A expressão “ofertados pelo Município” possui natureza descritiva do cenário operacional existente, não configurando cláusula proibitiva nem limitação à estruturação financeira da proposta.

Criar vedação não prevista no instrumento convocatório viola o princípio da vinculação ao edital.

STJ – RMS 34.369/DF:

“O edital é a lei interna do certame, não podendo a Administração ou o licitante criar exigência ou restrição não prevista.”

O Edital refere quanto aos exames de Apoio e Diagnóstico que estes são “disponibilizados pelo Município de Colina” e que “incumbe à Organização Social assegurar, de maneira integrada e coordenada, a utilização desses serviços, garantindo o pleno funcionamento da rede assistencial municipal e a prestação de atendimento adequado, contínuo e seguro à população”.

No Termo de Referência do Edital, no item 10. OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA, consta dentre as obrigações, que a Contratada:

“Deverá oferecer serviços de apoio diagnóstico: • Radiografia: disponibilizados para os atendimentos de urgência e emergência 24 horas; • Exames laboratoriais: decorrentes de

atendimentos de urgência e emergência 24 horas; • Eletrocardiografia: disponibilizados para os atendimentos de urgência e emergência 24 horas; • Ultrassonografia: disponibilizados para os atendimentos de urgência e emergência 24 horas; • Tomografia computadorizada sem contraste: disponibilizados para os atendimentos de urgência e emergência 24 horas; O modo de operacionalização e execução dos serviços de apoio e diagnóstico deverá obedecer aos critérios já estabelecidos neste Termo de Referência”.

Dessa forma, o Edital não deixou claro se o Município de Colina iria apenas disponibilizar os exames ou se iria custear esses exames. Por este motivo, foram considerados os serviços de apoio e diagnóstico na Planilha apresentada pelo AHCSR.

A planilha de custos possui caráter estimativo e não constitui engessamento do modelo de execução.

III – DA NATUREZA DA PROPOSTA EM CONTRATO DE GESTÃO – GARANTIA DE CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

A previsão de tais rubricas não representa duplicidade de custeio, mas sim medida de planejamento e garantia da continuidade do atendimento à população.

No modelo de gestão por Organização Social, a proposta deve contemplar cenários operacionais que assegurem:

- integralidade da assistência;
- continuidade do serviço público de saúde;
- atendimento em situações de indisponibilidade da rede municipal.

Trata-se de postura técnica prudencial e alinhada aos princípios do SUS.

IV – DA INEXISTÊNCIA DE DUPLICIDADE DE PAGAMENTO

A inclusão da rubrica na planilha não implica pagamento automático.

A execução contratual está condicionada:

- à necessidade do serviço;
- à autorização da Administração;
- à medição e fiscalização contratual.

Não há qualquer demonstração de pagamento em duplicidade.

TCU – entendimento consolidado:

não há irregularidade sem demonstração de dano efetivo ao erário.

V – DA AUTONOMIA NA FORMAÇÃO DA PROPOSTA

Cada licitante possui liberdade para estruturar sua proposta conforme seu modelo de gestão, capacidade operacional e avaliação de riscos.

TCU – Acórdão 2.622/2013 – Plenário:

“Não cabe à Administração impor modelo de estrutura de custos uniforme aos licitantes.”

A previsão de custos contingenciais não torna a proposta incompatível – ao contrário, demonstra planejamento e responsabilidade na execução do objeto.

VI – DA INEXISTÊNCIA DE ALTERAÇÃO SUBSTANCIAL DA PROPOSTA

A proposta apresentada é válida e completa em sua forma original.

Não há qualquer necessidade de ajuste posterior, tampouco modificação da estrutura econômica.

Logo, não há afronta à isonomia nem ao julgamento objetivo.

VII – DA AUSÊNCIA DE VIOLAÇÃO AO TERMO DE REFERÊNCIA

A proposta:

- não altera o objeto;
- não cria obrigação à Administração; – não gera sobreposição automática de custos; – mantém plena executabilidade.

Logo, não há desconformidade.

VIII – CONCLUSÃO

A tese recursal baseia-se em interpretação restritiva e não prevista no edital.

A inclusão das rubricas:

- não afronta o Termo de Referência;
- não gera duplicidade de gastos;
- não compromete a economicidade;
- demonstra planejamento operacional.

Não há incompatibilidade.

Não há ilegalidade.

Não há fundamento para desclassificação.

5. ITEM 4. DA PONTUAÇÃO RELATIVA AO CEBAS, DA VALIDADE JURÍDICA DO PROTOCOLO E DA NECESSÁRIA ISONOMIA NO JULGAMENTO

I – SÍNTESE FIEL DA TESE RECURSAL

A recorrente sustenta que o critério de pontuação relativo ao CEBAS teria sido aplicado de forma assimétrica, afirmando que a existência de protocolo no sistema SisCEBAS possuiria relevância jurídica suficiente para fins de pontuação e que eventual aceitação de certificado da vencedora em processo de renovação exigiria a adoção do mesmo parâmetro em seu favor.

Pretende, ao final, a revisão da pontuação atribuída e a realização de diligência para reanálise documental.

O Edital solicitou a apresentação de comprovante dos seguintes cadastros: Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES (5 pontos). Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social – CEBAS (5 pontos).

Em relação ao Cadastro no CNES, a recorrente apresentou Cadastro com data de 26 de janeiro de 2026.

Em relação a Certificação do CEBAS, a Recorrente apresentou Comprovante de Protocolo de Requerimento de Concessão de CEBAS, mas não a Certificação em si. Portanto, a AHCSR concorda que não deve ser considerada a pontuação para este item, uma vez que o Protocolo de Requerimento é objetivamente diferente da Concessão da Certificação. Não se trata de rigor excessivo, conforme alegado pela Recorrente, mas de parâmetro claro.

II – DO ALCANCE JURÍDICO DO PROTOCOLO DE CEBAS E DA INEXISTÊNCIA DE EQUIVALÊNCIA COM CERTIFICAÇÃO CONCEDIDA

O protocolo de requerimento de concessão ou de renovação do CEBAS não se confunde, em nenhuma hipótese, com a certificação efetivamente deferida pela autoridade competente.

A mera formalização de pedido administrativo não gera presunção de deferimento, tampouco assegura que a entidade preencha os requisitos legais exigidos para a obtenção da Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social. O protocolo apenas comprova que houve requerimento — não que houve análise favorável, muito menos concessão.

A interpretação pretendida pela recorrente amplia indevidamente o alcance jurídico do protocolo, buscando equipará-lo à certificação concedida. Tal equiparação não encontra amparo na legislação.

Os dispositivos da Lei Complementar nº 187/2021 invocados pela recorrente tratam especificamente:

- da retroatividade de efeitos tributários quando há concessão posterior;
- da preservação da validade fiscal nos casos de renovação tempestiva.

Em nenhum momento a legislação estabelece que o protocolo substitui a certificação para todos os fins jurídicos. Muito menos há previsão de que possa ser utilizado como critério equivalente em procedimento competitivo que exige comprovação objetiva de regularidade e qualificação institucional.

Aliás, admitir tal equiparação implicaria grave afronta à segurança jurídica e à isonomia entre os participantes, pois permitiria pontuação baseada em mera expectativa de direito, e não em situação jurídica consolidada.

No caso concreto, a inexistência de certificação vigente é ainda mais evidente.

Conforme se comprova por meio da consulta pública realizada junto ao sistema oficial do Ministério da Saúde, a Portaria SAES/MS nº 2.390, de 27 de dezembro de 2024, indeferiu a renovação da certificação da entidade.

PORTARIA SAES/MS Nº 2.390, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2024

Indefere a Concessão do CEBAS da **Solution** Gestão Pública, com sede em Barretos (SP).

O SECRETÁRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023, alterado pelo Decreto nº 12.036, de 28 de maio de 2024, resolve:

Considerando a Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes e regula os procedimentos referentes à imunidade de contribuições à seguridade social de que trata o § 7º do art. 195 da Constituição Federal; altera a Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 (Código Tributário Nacional), e a Lei nº 9.532, de 10 de dezembro de 1997; revoga a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, e dispositivo da Lei nº 11.096, de 13 de janeiro de 2005, e na Lei nº 12.249, de 11 de junho de 2010; e dá outras providências;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.500, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

Considerando a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, que consolida as Normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde; e

Considerando o Parecer Técnico nº 556/2024-CGCER/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.001126/2024-16, que concluiu pelo não atendimento dos requisitos constantes nas legislações pertinentes, resolve:

Art. 1º Fica indeferida a Concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), pela prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), em conformidade com o art. 9º da Lei Complementar 187/2021, da Solution Gestão Pública, CNPJ nº 17.795.008/0001-94, com sede em Barretos (SP).

Art. 2º A instituição requerente fica notificada para, caso queira, apresentar recurso administrativo no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data da presente publicação, conforme legislação pertinente.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ADRIANO MASSUDA

Além disso, não há comprovação de que tal decisão esteja submetida a recurso administrativo. A própria consulta pública não registra histórico de recurso interposto contra o indeferimento.

Consta apenas novo protocolo de pedido de concessão sob nº 71000.078511/2025-41, datado de 07/08/2025 — o que evidencia que se trata de nova tentativa de obtenção da certificação, e não de renovação deferida ou certificação vigente.

ENTIDADE								
CNPJ	NOME EMPRESARIAL		TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME FANTASIA)					
17.795.008/0001-94	SOLUTION GESTAO PUBLICA							
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL								
8660700 - ATIVIDADES DE APOIO A GESTAO DE SAUDE								
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA SECUNDÁRIA								
NENHUM REGISTRO ENCONTRADO.								
NATUREZA JURÍDICA								
ASSOCIACAO PRIVADA								
CEP	ESTADO	MUNICÍPIO	TIPO					
16670-047	SP	PRESIDENTE ALVES	RUA					
LOGRADOURO			COMPLEMENTO					
ANTONIO MOURA TORRES Nº 280			NENHUM REGISTRO ENCONTRADO.					
DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL		ATIVA						
15/03/2013		SIM						
CONTATOS								
NENHUM REGISTRO ENCONTRADO.								
DADOS DO CNAS								
NENHUM REGISTRO ENCONTRADO.								
DADOS DE CEBAS								
NÚMERO DO PROCESSO	ASSUNTO/SUB-ASSUNTO	NÚMERO DA PORTARIA	TIPO DE DECISÃO	DATA DO D.O.U	DATA DE INÍCIO DA VIGÊNCIA	DATA FINAL DA VIGÊNCIA	LINK DO D.O.U	LINK DA RETIFICAÇÃO
25000.001126/2024-16	REQUERIMENTO => CONCESSÃO	2390	INDEFERIDO	31/12/2024			CLIQUE AQUI	
FILIAL(S) DA ENTIDADE (0 - ZERO)								
NENHUM REGISTRO ENCONTRADO.								
PROTOKOLO(S) VINCULADO(S) A ESTA ENTIDADE								
NÚMERO DO PROTOCOLO	DATA	MENOR DATA DE PROTOCOLO		ASSUNTO				
25000.001126/2024-16	DATA PROTOCOLO: 04/01/2024 DATA PROT. ORIGEM: DATA CORREIO: DATA DE CADASTRO: 04/01/2024	04/01/2024		REQUERIMENTO => CONCESSÃO				
71000.078511/2025-41	DATA PROTOCOLO: 07/08/2025 DATA PROT. ORIGEM: 28/06/2024 DATA CORREIO: DATA DE CADASTRO: 07/08/2025	26/06/2024		REQUERIMENTO => CONCESSÃO				

Em síntese, de acordo com as informações constantes na base pública oficial, a referida entidade não possui certificação CEBAS concedida.

Outrossim, não se aplica ao caso a invocação do artigo 37, §§ 1º e 2º, da Lei Complementar nº 187/2021. Referidos dispositivos asseguram a manutenção de efeitos quando o pedido de renovação é protocolado tempestivamente, isto é, no prazo de até 365 dias antes do término da última certificação válida. Contudo, a recorrente não comprova ter observado tal requisito temporal. Não há nos autos demonstração de que eventual protocolo tenha sido realizado dentro do prazo legal em relação a certificação anterior regularmente concedida.

Mais grave ainda, a entidade sequer comprova a existência de certificação válida anterior. A consulta pública demonstra indeferimento da renovação e inexistência de certificação vigente, bem como ausência de registro de recurso administrativo contra a decisão. Nessas circunstâncias, não há como aplicar a regra de preservação prevista no art. 37 da LC 187/2021, pois inexistente certificação válida a ser preservada, restando evidente que o simples protocolo não supre a exigência editalícia de comprovação da certificação CEBAS efetivamente concedida.

Dessa forma, é juridicamente correta a decisão que deixou de atribuir pontuação ao simples protocolo de pedido de concessão, pois o Edital exigiu objetivamente a apresentação da Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social – CEBAS, e não mera comprovação de requerimento administrativo.

A pontuação somente poderia ser atribuída mediante apresentação de certificação válida e

vigente, sob pena de violação aos princípios da legalidade, da isonomia e da vinculação ao instrumento convocatório.

6. DOS PEDIDOS

Diante de todo o exposto nas presentes contrarrazões, requer a ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE CARIDADE SANTA RITA:

- a) o conhecimento do recurso administrativo interposto pela Recorrente, por preenchidos os requisitos formais de admissibilidade, para, no mérito, ser-lhe NEGADO PROVIMENTO em sua integralidade, mantendo-se incólume o julgamento realizado;
- b) o reconhecimento da plena regularidade do procedimento administrativo, especialmente quanto:
 - à condução da instrução processual e à expedição da Diligência nº 02, nos termos do art. 64 da Lei nº 14.133/2021;
 - à composição, designação e atuação da Comissão de Seleção;
 - à habilitação técnica da Recorrida;
 - à análise e pontuação do Plano de Trabalho;
 - à avaliação da proposta financeira apresentada;
- c) o reconhecimento da inexistência de qualquer vício de legalidade, nulidade procedimental, quebra de isonomia, ausência de motivação ou afronta ao instrumento convocatório, afastando-se integralmente as alegações recursais;
- d) a manutenção integral das pontuações atribuídas à Recorrida, da sua habilitação e da classificação final do certame, tal como formalizadas;
- e) o reconhecimento de que as alegações recursais se limitam a inconformismo com o resultado do julgamento, desacompanhadas de prova de ilegalidade ou de prejuízo concreto, em consonância com a jurisprudência do Tribunal de Contas da União;
- f) por conseguinte, seja confirmado o resultado final do Chamamento Público nº 008/2025, com a preservação de todos os atos administrativos regularmente praticados, por ser medida de legalidade, segurança jurídica, eficiência administrativa e supremacia do interesse público.

Triunfo - RS, 19 de fevereiro de 2026.