

AO ILMO. PREGOEIRO DA FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS EFETIVOS DE BAURU – FUNPREV

Pregão Eletrônico nº 90017/2024

Processo nº 1345/2024

Notre Dame Intermédica Saúde S.A. (NDIS), pessoa jurídica de direito privado regularmente constituída, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 44.649.812/0001-38, situada na Av. Paulista, nº 867, Bairro da Bela Vista, Cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, CEP: 01.311-100, com endereço eletrônico licitacao@hapvida.com.br, vem, por intermédio de seu representante, com fundamento no item 10.1 do instrumento convocatório em epígrafe e no art. 164 da Lei nº 14.133/2021, apresentar **IMPUGNAÇÃO AO EDITAL**, pelas razões de fato e de direito a seguir expostas.

I – TEMPESTIVIDADE

1. O item 10.1 do Edital do Pregão Eletrônico nº 90017/2024, na mesma linha do art. 164 da Lei nº 14.133/2021, estabelece que o instrumento convocatório poderá ser impugnado “*até 03 (três) dias úteis antes da data da abertura do certame*”. Logo, considerando que a sessão pública será aberta em 29/10/2024, o referido prazo terminará somente em 24/10/2024, a revelar a tempestividade da presente impugnação.

II – SÍNTESE FÁTICA

2. A impugnante tomou conhecimento da publicação do Edital do Pregão Eletrônico nº 90017/2024, por meio do qual foi tornada pública licitação a ser realizada pela Fundação de Previdência dos Servidores Públicos Municipais Efetivos de Bauru - Funprev, com o seguinte objeto:

“Contratação de empresa especializada em Prestação de Serviços de Assistência à Saúde com registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - aos servidores públicos municipais, ativos, inativos e pensionistas do quadro de pessoal efetivo da Fundação de Previdência dos Servidores Públicos Municipais Efetivos de Bauru – Funprev, bem, como aos seus beneficiários dependentes conforme legislação vigente - Lei Municipal nº 4.706 de 31 de julho de 2001- e alterações, sob a modalidade preço preestabelecido ‘per capita’, com cobertura/atendimento médico hospitalar sem triagem, regional e em caso de emergência em todo o território Nacional, com acomodação quarto coletivo - com no máximo 2 (dois) leitos por quarto - com banheiro privativo, na categoria de Rede Credenciada/Referenciada da CONTRATADA e/ou ressarcimento das despesas, quando necessário, ocorridas em atendimento de livre escolha, de acordo com a Lei nº 9.656 de três de junho de 1998 e demais legislações aplicáveis .”

3. A licitação será do tipo menor preço por item e a sessão pública está prevista para se iniciar às 8h do dia 29.10.2024. Ainda, poderão participar os interessados, desde que que atendam às exigências editalícias.

4. Ocorre que, ao analisar o instrumento convocatório e seus anexos, a NDIS observou algumas inconsistências, as quais podem trazer prejuízos para os potenciais licitantes e ao próprio interesse público. Desse modo, com o objetivo de garantir o ajuste da minuta de convocação e posterior republicação, oferece a presente impugnação.

III – RAZÕES DA IMPUGNAÇÃO

a) Ausência de previsão de reajuste técnico e reajuste pela VCMH

5. Logo de início, chamou a atenção da NDIS a previsão quanto ao reajuste contratual. Enquanto o item 9.2. da Minuta do Contrato (Anexo III do Edital) prevê que *“os preços serão reajustados de acordo com variação do IPCA/IBGE ou, na hipótese de sua extinção, outro equivalente adotado pelo Governo Federal”*, o item 8.13. do mesmo Anexo determina que *“findo o prazo de vigência (12 meses), havendo prorrogação, os preços serão reajustados pela variação do IPCA-IBGE do período, tomando-se por mês base para cálculo o da assinatura do contrato”*.

6. Apesar de a ANS não definir índices de reajuste para planos coletivos empresariais, é de suma importância a aplicação do princípio da manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, que é extraído do art. 37, XXI, da Constituição Federal, segundo o qual na contratação de obras, serviços, compras

e alienações haverá “cláusulas que estabeleçam obrigações de pagamento, **mantidas as condições efetivas da proposta**” (grifos nossos).

7. Especificamente para contratos coletivos de planos de saúde, a forma mais efetiva de manter o equilíbrio econômico-financeiro, aplicada corriqueiramente pelas principais operadoras do país, inclusive nos contratos celebrados com entidades públicas, consiste na incidência de reajuste que contemple:

- (i) o índice de Variação dos Custos Médico-Hospitalares (VCMH), isto é, a variação de custos com procedimentos, consultas, terapias e exames entre dois períodos consecutivos de 12 (doze) meses; e
- (ii) a sinistralidade efetivamente experimentada na carteira, quando a despesa anual com aquele grupo de beneficiários ultrapassa determinado percentual da receita do mesmo período, geralmente de 70%.

8. Trata-se, portanto, de ajuste dos preços para compensar o aumento dos custos suportados pela operadora contratada e, assim, manter o valor real do serviço.

9. Certo é que, se os preços forem reajustados tendo o IPCA como referência, independente de qual seja a sinistralidade calculada, o contrato se tornará insustentável do ponto de vista econômico-financeiro. Afinal, esse é um índice genérico, que “aponta a variação do custo de vida médio de famílias com renda mensal de 1 e 40 salários-mínimos”¹ e, por isso, não tem o condão de representar com precisão os reais custos e investimentos necessários à prestação dos serviços de assistência à saúde em questão.

10. Além do mais, tal previsão de reajuste com base no IPCA possui o potencial de causar deturpações nas propostas a serem formuladas pelas licitantes e, em última análise, gerar distorção da competitividade. Quanto a isso, ensina Marçal Justen Filho:

“O reajuste de preços se configura, então, como uma solução destinada a assegurar não apenas os interesses dos licitantes, mas, também, da própria Administração. A ausência de reajuste acarretaria ou propostas destituídas de consistência ou a inclusão de custos

¹ <https://www.ibge.gov.br/explica/inflacao.php>

financeiros nas propostas - o que produziria ou a seleção de proposta inexequível ou a distorção da competição” (JUSTEN FILHO, Marçal. Comentários à Lei de Licitações e Contratos Administrativos. 14. Ed. São Paulo: Editora Dialética, 2010, p. 558).

11. Assim, diante da necessidade de se manter o equilíbrio econômico-financeiro inicialmente estabelecido entre a Funprev, de um lado, e a contratada, de outro, a ora impugnante confia em que os itens 8.13. e 9.2. da Minuta de Contrato serão alterados para que passem a prever **(i)** o reajuste anual do preço dos serviços com base no índice VCMH e **(ii)** o reajuste na hipótese de a sinistralidade atingir o índice de 70%.

b) Reembolso conforme a tabela da operadora

12. Ademais, outro ponto que chamou a atenção da NDIS foi o fato de que o item 3.3.2 do Termo de Referência (Anexo II do Edital) listou determinadas hipóteses nas quais *“os beneficiários poderão ser atendidos em estabelecimento médico a que tiverem acesso, solicitando, posteriormente, o reembolso integral na contratada”*.

13. Como se sabe, a RN nº 566/2022 da ANS, em seus arts. 4º, 5º e 6º, trata, detalhadamente, da garantia de atendimento nas hipóteses de indisponibilidade ou inexistência de prestador em município pertencente à área geográfica de abrangência do plano de saúde ou odontológico contratado e à área de atuação do produto.

14. Os referidos dispositivos preveem as obrigações das operadoras no que tange, por exemplo, ao transporte dos beneficiários para municípios limítrofes onde o atendimento é oferecido.

15. Portanto, ainda que não haja determinado prestador na localidade, os usuários dos planos não ficarão desamparados, de modo que permitir o reembolso desenfreado gerará, desnecessariamente, ônus excessivo à contratada, causando-se, assim, desequilíbrio contratual ou, no mínimo, maior onerosidade do vínculo contratual.

16. Desse modo, o item 3.3.2. do Termo de Referência representa violação ao art. 37, XXI, da Constituição, segundo o qual, na contratação de obras, serviços, compras e alienações, haverá “*cláusulas que estabeleçam obrigações de pagamento, mantidas as condições efetivas da proposta*” (grifos nossos).

17. A prática mais comum no mercado, adotada pelas principais operadoras, **é a de realizar o reembolso somente após esgotadas as hipóteses previstas na RN nº 566/2022 e tendo como referência suas próprias tabelas**, que são pensadas a partir de critérios objetivos e consideram quais seriam os preços justos a serem pagos pelos procedimentos em determinadas localidades.

18. Com isso, evita-se a devolução aos beneficiários de valores abusivos que eventualmente sejam cobrados pelos profissionais de saúde atuantes fora da rede credenciada e se reduzem as possibilidades de colapso no sistema, em observância ao princípio do equilíbrio econômico-financeiro.

19. Em vista disso, a NDIS confia em que o item 3.3.2. do Termo de Referência será alterado para prever que o reembolso ocorrerá nas hipóteses de inexistência de prestadores na área de abrangência dos planos contratados, observadas as disposições da RN nº 566/2022 e a tabela de reembolso da contratada.

c) Exigência de relação de médicos

20. Seguindo adiante, é necessário apontar a exigência prevista no item 7.19 do Edital, pela qual deve a licitante apresentar “*relação com no mínimo 2 (dois) médicos para cada especialidade (especialidades determinadas em legislação ou normatização específica da ANS) no município de Bauru, com a apresentação dos nomes / especialidades no procedimento licitatório, não sendo permitido que o mesmo médico esteja inscrito em mais de duas especialidades*”.

21. Com a devida vênia, deve-se destacar que tal exigência é desproporcional à demanda esperada, especialmente no que se refere ao número de beneficiários que serão atendidos, **estimado em apenas 100 (cem)**, e configura imposição que pode limitar a competitividade entre os participantes do certame.

22. Ademais, a restrição que impede um mesmo médico de estar inscrito em mais de duas especialidades, **além de não ter qualquer justificativa técnica**, pode excluir profissionais altamente qualificados que atuam em diversas áreas, o que, em última análise, pode comprometer a qualidade do atendimento.

23. Portanto, tal limitação não só não atende ao interesse público, pois pode resultar em uma rede de serviços menos robusta, como também não garante a qualidade do serviço a ser prestado, que não está necessariamente ligada ao número de médicos por especialidade.

24. Assim, com o devido acatamento, a exigência do item 7.19 do Edital carece de fundamentação e contraria o disposto no art. 37, XXI, da Constituição Federal, segundo o qual somente são permitidas no processo de licitação pública exigências de qualificação técnica e econômica indispensáveis à garantia do cumprimento das obrigações.

25. Desse modo, considerando a contrariedade aos princípios da proporcionalidade, competitividade e supremacia do interesse público, a NDIS confia em que o item 7.19 do Edital será integralmente afastado, para que a rede de médicos exigida esteja adequada ao número estimado de vidas que serão atendidas.

d) Plano com abrangência excessiva

26. Outro ponto de relevo diz respeito ao fato de que, embora a atuação da Funprev se restrinja ao Município de Bauru, o plano oferecido pela operadora contratada deverá, necessariamente, ter abrangência mínima regional, consoante se verifica dos itens 3.2 e 3.7.1 do Termo de Referência (Anexo II).

27. Com a devida vênia, a NDIS entende que essa exigência também fere o já mencionado princípio da competitividade.

28. Definitivamente, o plano de abrangência geográfica municipal, nos termos do art. 1º, § 1º, I², da Resolução Normativa nº 566/2022 da ANS, seria mais que suficiente para atender os funcionários da

² Art. 1º Esta Resolução Normativa dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde. § 1º Para fins do disposto nesta Resolução, considera-se: I - área geográfica

Funprev, bem como evitaria maiores ônus ao erário com o encarecimento desnecessário do serviço ofertado.

29. Isso porque os beneficiários usufruiriam de atendimento regular no Município de Bauru, mas também teriam garantido o atendimento fora da área de abrangência do plano especificamente em casos de urgência e emergência, em virtude da obrigação imposta às operadoras pelo art. 35-C da Lei nº 9.656/1998:

“Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:

I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

III - de planejamento familiar.

Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35”.

30. Nesse cenário, não somente há contrariedade ao princípio da competitividade, como também ao da razoabilidade, supremacia do interesse público e equilíbrio econômico-financeiro.

31. Com a devida vênia, há de se reconhecer, inclusive, que essa exigência é incompatível e desproporcional ao número de beneficiários que serão atendidos, que, como visto, é estimado em apenas 100 (cem).

32. Diante disso, os itens 3.2 e 3.7.1 do Termo de Referência merecem ser alterados para que o plano a ser oferecido pela contratada tenha a abrangência reduzida à área de atuação da contratante – ou seja, ao Município de Bauru – e seja proporcional ao número de beneficiários.

e) Necessária restrição da exigência da UTI Móvel

de abrangência: área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário, podendo ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

33. Além disso, outra questão que chamou a atenção da NDIS diz respeito à exigência, estabelecida pelo item 3.5.7 do Termo de Referência (Anexo II), de a contratada ter de proporcionar remoção *“em ambulância devidamente equipada, inclusive para o atendimento de urgência e emergência, motivada por evento coberto pelo Contrato e efetuada por via terrestre, para unidade hospitalar mais próxima em condições de prestar a continuidade do atendimento”*.

34. Cumpre mencionar que a garantia de UTI Móvel não é de responsabilidade das operadoras de planos de saúde, mas sim do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, conforme estabelecido pela Portaria MS/GM nº 1.864/2003.

35. O SAMU foi alçado a responsável por atender emergências que necessitem de remoção em virtude da complexidade e dos altos valores para manutenção do serviço, os quais onerariam sobremaneira as prestadoras privadas e inviabilizariam o fornecimento para todos os beneficiários.

36. Nesse sentido, vale destacar que a Resolução Normativa nº 347/2014 da ANS, ao dispor sobre a cobertura de remoção de beneficiários de planos privados de assistência à saúde, estabelece como obrigação das operadoras efetuar o transporte intra-hospitalar de pacientes que possuam planos tão somente naquelas hipóteses listadas em seu art. 2º³.

³ Art. 2º A remoção de beneficiários que possuam planos privados de assistência à saúde com segmentação hospitalar, que já tenham cumprido o período de carência, é obrigatória, a partir da ciência da operadora de planos privados de assistência à saúde, quando ocorrer:

I - de hospital ou serviço de pronto-atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde - SUS, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário;

II - de hospital ou serviço de pronto-atendimento privado não cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário;

III - de hospital ou serviço de pronto-atendimento cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, apenas quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem;

IV - de hospital ou serviço de pronto-atendimento público ou privado não cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora, localizado fora da área de atuação do produto contratado pelo beneficiário, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário apto a realizar o devido atendimento, apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do produto do beneficiário e na indisponibilidade ou inexistência de prestador conforme previsto nos arts. 4º, 5º e 6º, da Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011; e

37. Já o art. 3º da RN nº 347/2014 deixa claro que as operadoras não são obrigadas a transportar pacientes em toda e qualquer circunstância. Veja-se:

“Art. 3º A remoção de beneficiários que possuam planos privados de assistência à saúde com segmentação hospitalar, que já tenham cumprido o período de carência **não será obrigatória nas seguintes hipóteses:**

I - de local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto-atendimento, ressalvadas hipóteses de indisponibilidade e inexistência de prestadores previstos nos arts. 4º, 5º e 6º, da RN nº 259, de 2011; ou

II - de hospital ou serviço de pronto-atendimento cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano privado de assistência à saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital privado não cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora”.

38. Assim, a fim de reduzir a margem de discricionariedade na interpretação do item 3.5.7 do Termo de Referência e, conseqüentemente, evitar onerosidade excessiva à contratada, faz-se necessária a alteração do texto do dispositivo, de modo a constar que o atendimento móvel deverá ser fornecido tão somente nas hipóteses do art. 2º da RN nº 347/2014, observando-se as restrições do art. 3º do mesmo diploma.

f) Forma de comprovação da qualificação econômico-financeira

39. Por fim, em relação à comprovação da qualificação econômico-financeira, o item 3.13.2 do Termo de Referência (Anexo II do Edital) consigna que, *“para apuração da boa saúde financeira da empresa, será utilizado como critério de qualificação econômico-financeira os índices, fórmulas e resultados previstos na Instrução Normativa nº 3/2018 do MPOG, art. 22”*

40. De forma alguma, a ora impugnante discorda da necessidade de se filtrarem as licitantes, a fim de que participem do certame apenas aquelas com real capacidade de entregar o objeto licitado. A única discordância, com a devida vênia, é em relação à restrição das formas de comprovação da boa

V - de hospital ou serviço de pronto-atendimento cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, nos casos em que houver previsão contratual para atendimento em estabelecimento de saúde específico.

situação econômico-financeira.

41. Com efeito, deveria ser aceita outra forma de comprovação da adequada situação financeira da licitante, em substituição aos índices, fórmulas e resultados indicados no item 3.13.2, tal como **a comprovação de patrimônio líquido mínimo**, que seja igual ou superior a **10% (dez por cento) do valor da proposta apresentada pela licitante.**

42. Certamente, a aceitação de forma de comprovação alternativa à prevista no item 3.13.2, como o patrimônio líquido mínimo, tornaria o procedimento licitatório menos burocrático e atrairia um maior número de participantes, em cumprimento aos princípios da eficiência e da competitividade, previstos no art. 5º da Lei de Licitações.

43. Em vista disso, torna-se necessário que o item 3.13.2 do Termo de Referência seja alterado para prever que, em substituição aos índices, fórmulas e resultados indicados no item 3.13.2, possa ser aceita a apresentação de patrimônio líquido mínimo, que seja igual ou superior a 10% (dez por cento) do valor da proposta apresentada pela licitante, para fins de comprovação da capacidade econômica.

IV – PEDIDOS

44. Diante de todo o exposto, a NDIS confia em que a presente impugnação será acolhida, para:

- (i) alterar os itens 8.13. e 9.2. da Minuta de Contrato (Anexo III do Edital), para que passem a prever (i) o reajuste anual do preço dos serviços com base no índice VCMH e (ii) o reajuste na hipótese de a sinistralidade atingir o índice de 70%;
- (ii) alterar o item 3.3.2. do Termo de Referência (Anexo II do Edital), de modo a prever que o reembolso ocorrerá nas hipóteses de inexistência de prestadores na área de abrangência dos planos contratados, observadas as disposições da RN nº 566/2022 e a tabela de reembolso da contratada;
- (iii) afastar o item 7.19 do Edital, para que a rede de médicos exigida esteja adequada ao número estimado de vidas que serão atendidas;

- (iv) alterar os itens 3.2 e 3.7.1 do Termo de Referência (Anexo II do Edital), para que o plano a ser oferecido pela contratada tenha a abrangência reduzida à área de atuação da contratante – de modo que seja definida como municipal, para o Município de Bauru – e seja proporcional ao número de beneficiários;
- (v) alterar o item 3.5.7 do Termo de Referência (Anexo II do Edital), de modo a constar que o atendimento móvel deverá ser fornecido tão somente nas hipóteses do art. 2º da RN nº 347/2014, observando-se as restrições do art. 3º do mesmo diploma; e
- (vi) alterar o item 3.13.2 do Termo de Referência (Anexo II do Edital), para que seja previsto que, em substituição aos índices, fórmulas e resultados indicados no referido item, poderá ser aceita a apresentação de patrimônio líquido mínimo, que seja igual ou superior a 10% (dez por cento) do valor da proposta apresentada pela licitante, para fins de comprovação da sua capacidade econômica.

São Paulo/SP, 23 de outubro de 2024.

Documento assinado digitalmente
 ELISA RAFAELLA PEREIRA LOPES
Data: 23/10/2024 12:29:52-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Notre Dame Intermédica Saúde S.A.

CNPJ nº. 44.649.812/0001-38

Elisa Rafaella Pereira Lopes

CPF nº. 026.909.413-09

Consultora Jurídica



ATA Nº 61/2024 – COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO – PROCESSO Nº 1345/2024

DATA: 23/10/2024		HORÁRIO (Início – Término): 23/10/2024 14:00h às 17:00h.
LOCAL: Sala da Presidência		
PARTICIPANTES	FUNÇÃO	ASSINATURA
Adão Francisco Lofrano Junior	Agente de Contratação	
Fernando de Brito Miranda	Membro	
Sergio B. Ribeiro de Barros	Membro	
Michel Rodrigo Camargo	Membro	
Radir Rondon	Membro	Ausente
TÓPICOS		
PROCESSO Nº 1345/2024 – Contratação de empresa para serviço de Assistência à saúde aos servidores ativos, inativos e pensionistas da Funprev		
<p>1.) Esta comissão recebeu a solicitação de resposta a questionamento por e-mail no dia 22/10/2024, cf. Fls. 199/201.</p> <p>2.) Esta comissão recebeu a solicitação de impugnação por e-mail no dia 23/10/2024, cf. Fls. 267/273, e considerando o prazo editalício de 3 dias úteis, optamos por responder prioritariamente a impugnação.</p> <p>3.) Referente aos pedidos:</p> <ul style="list-style-type: none">I. Pedido indeferido, a Funprev adota o IPCA como critério de reajuste em todos os seus contratos, assim como os demais órgãos do município.II. Pedido indeferido, conforme previsto na RN 566/2022.III. Pedido indeferido, a exigência visa manter padrão dos serviços já prestados e exigidos no contrato anteriormente licitado.IV. Pedido indeferido, nenhum licitante é obrigado a manter rede de atendimento fora do município de Bauru, salvo casos de urgência e emergência, vide item 7.19 do Edital, Anexo II – Termo de Referência, itens 3.16.1 e 3.3.1 do Termo de Referência, Anexo III – Contrato, itens 4.1, 7.19 e 7.20.V. Pedido indeferido, a exigência visa manter padrão dos serviços já prestados e exigidos no contrato anteriormente licitado.VI. Pedido indeferido, a Funprev adota o cálculo para aferir o índice de qualificação econômica e financeira em todos os seus editais, para fins de comprovação de capacidade econômica. <p>4.) Encerramos os trabalhos referentes ao pedido de impugnação e fica agendada uma nova reunião dia 24/10/2024, visando responder as questões referentes ao item 1.</p>		
 (Fernando de Brito Miranda, membro), dou fé e lavro a presente ATA, que vai assinada por todos e rubricada por mim.		