RESPOSTA AO PEDIDO DE ESCLARECIMENTO 03

Processo n° 013/2025
Pregão Eletrônico n° 90007/2025

Trata-se de uma solicitação de esclarecimento em relação ao Edital do Pregão Eletrônico acima mencionado, realizada por uma empresa interessada em participar do certame.

1. DO PREGOEIRO

1.1. A Lei nº 14.133 de 1º de abril de 2021, estabelece em seu art. 164, o seguinte:

> **Art. 164. Qualquer pessoa é parte legítima para impugnar edital de licitação por irregularidade na aplicação desta Lei ou para solicitar esclarecimento sobre os seus termos, devendo protocolar o pedido até 3 (três) dias úteis antes da data de abertura do certame.**

1.2. Preliminarmente, cumpre esclarecer que o pedido de esclarecimento em questão não possui caráter de recurso, razão pela qual não se aplica efeito suspensivo nem a remessa à autoridade superior. Nessa fase processual, o Pregoeiro / Agente de Contratação detém plenos poderes para analisar quaisquer contestações relativas ao texto editalício, decidindo sobre cada caso conforme a legislação vigente.

2. DA ADMISSIBILIDADE E DA TEMPESTIVIDADE DO PEDIDO DE ESCLARECIMENTO.

2.1. A data de abertura da sessão pública do certame está agendada para ocorrer no dia **20/05/2025** às 10h, conforme Aviso de Licitação publicado no Diário Oficial da União n° 79, Seção 3, pág. 158 241 e 242 de 28/04/2025 e Aviso Publicado no jornal de grande circulação nacional Folha de São Paulo de 28/04/2025, pág. A22.

2.2. A solicitante encaminhou e-mail na data de 02/05/2025, conforme consta nos autos, desta forma, o pedido de esclarecimento da solicitante é admissível e tempestivo conforme legislação em vigor.

3. DA APRECIAÇÃO DOS ESCLARECIMENTOS

3.1. Conforme consta na Lei n° 14.133/2021, a resposta ao pedido de esclarecimento será divulgada prazo de até 3 (três) dias úteis, limitado ao último dia útil anterior à data da abertura do certame, vejamos:

> **Art. 164**
>
> **[...]**
> **Parágrafo único. A resposta à impugnação ou ao pedido de esclarecimento será divulgada em sítio eletrônico oficial no prazo de até 3 (três) dias úteis, limitado ao último dia útil anterior à data da abertura do certame.**

3.2. Considerando que os documentos que compõem o Edital foram elaborados pela área demandante e pela Equipe de Planejamento designada, este Pregoeiro/Agente de Contratação encaminhou o pedido de esclarecimento por e-mail, em anexo aos autos, para análise dos questionamentos.

Dessa forma, a área demandante e equipe de planejamento enviou a resposta por e-mail, datado de 08/05/2025.

4. DOS ESCLARECIMENTOS (extraído do e-mail encaminhado pela possível licitante)

PERGUNTA 01
"Solicitamos o perfil dos beneficiários titulares e dependentes por localidade."

RESPOSTA 01
Na presente data, o perfil dos beneficiários titulares e dependentes vinculados ao plano de saúde vigente abrange indivíduos com faixa etária entre 0 (zero) e 69 (sessenta e nove) anos. Ressaltamos que, para fins de proteção de dados pessoais, nos termos da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD), informações adicionais quanto à identificação dos beneficiários, sua distribuição por localidade ou dados sensíveis somente poderão ser fornecidas mediante justificativa legal adequada e observância dos princípios da finalidade, necessidade e segurança da informação.

PERGUNTA 02
"Qual é a operadora de plano de saúde atualmente contratada? Quais foram os últimos 03 (três) reajustes aplicados?"

RESPOSTA 02
Empresa atual que realiza a prestação dos serviços objeto da presente licitação: **SUL AMÉRICA SEGURADORA DE SAUDE S.A**

Para informação em relação aos 03(três) últimos reajustes aplicados informamos que encontra-se disponível para consulta pública no Portal da Transparência do Conselho Regional dos Representantes Comerciais no Estado de São Paulo – Core-SP, por meio do seguinte link: https://core-sp.implanta.net.br/portaltransparencia/#publico/LicitacoesContratos?param=14 e colocar o mês de referência início janeiro/2022 e o mês referência término maio/2025 com o nome da empresa prestadora dos serviços do objeto da presente licitação.

PERGUNTA 03
"Quais são os planos atualmente ofertados, seus respectivos valores e nomes comerciais?"

RESPOSTA 03
O objeto ora licitado, é disponibilizado apenas 01(um) tipo de seguro / plano de saúde, uniforme e com as mesmas condições para todos os colaboradores.
Plano 70651 – ESTILO III – Acomodação Apartamento – Cobertura Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia.
Os valores a serem cobrados a título de mensalidade do plano de saúde observarão a segmentação por faixa etária dos beneficiários, nos seguintes termos: de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos – **R$ 697,54 (seiscentos e noventa e sete reais e cinquenta e quatro centavos)**; de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos – **R$ 847,80 (oitocentos e quarenta e sete reais e oitenta centavos)**; de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos – **R$ 1.047,05 (mil e quarenta e sete reais e cinco centavos)**; de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos – **R$ 1.146,51 (mil cento e quarenta e seis reais e cinquenta e um centavos)**; de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos – **R$ 1.243,95 (mil duzentos e quarenta e três reais e noventa e cinco centavos)**; de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos – **R$ 1.436,73 (mil quatrocentos e trinta e seis reais e setenta e três centavos)**; de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos – **R$ 1.721,95 (mil setecentos e vinte e um reais e noventa e cinco centavos)**; de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos – **R$ 2.036,56 (dois mil e trinta e seis reais e cinquenta e seis centavos)**; de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos – **R$ 2.470,36 (dois mil quatrocentos e setenta reais e trinta e seis centavos)**; e acima de 59 (cinquenta e nove) anos – **R$ 4.184,80 (quatro mil cento e oitenta e quatro reais e oitenta centavos)**.

PERGUNTA 04
"Qual o valor das 03 (três) últimas faturas?"

RESPOSTA 04
O valor referente ao pagamento do último mês dos serviços objeto da presente licitação encontra-se disponível no endereço eletrônico: https://core-sp.implanta.net.br/portaltransparencia/#publico/OrcamentoFinancas?param=10 no qual deverá colocar o mês de referência início e o mês referência término com o nome da empresa prestadora dos serviços do objeto da presente licitação.

PERGUNTA 05
"Favor disponibilizar o relatório de custo x sinistralidade."

RESPOSTA 05
Conforme manifestação da atual prestadora dos serviços de assistência à saúde, em razão do quantitativo abaixo de 100 (cem) vidas vinculadas ao plano, não há obrigatoriedade regulatória de disponibilização dos percentuais de sinistralidade referentes aos últimos três anos ou ao último período apurado.

PERGUNTA 06
"Podemos entender que o edital não prevê a inclusão de beneficiários inativos?"

RESPOSTA 06
Esclarecemos que, no âmbito do Conselho Regional dos Representantes Comerciais no Estado de São Paulo – Core-SP, não há beneficiários inativos vinculados ao plano de saúde vigente. Dessa forma, entende-se que a previsão de inclusão de beneficiários inativos no edital não se aplica à realidade deste Conselho.

PERGUNTA 07
"Podemos entender que os planos deverão ser ofertados em valor 10 faixas, conforme ANS?"

RESPOSTA 07
Administração observa integralmente as diretrizes e normativas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Assim, a precificação dos planos deverá seguir o estabelecido na regulamentação vigente, inclusive quanto à segmentação por faixas etárias, atualmente dispostas em até 10 (dez) faixas, conforme determina a Resolução Normativa nº 63/2003 e demais atos normativos correlatos. Eventuais alterações ou atualizações nas diretrizes da ANS serão igualmente observadas, em estrita conformidade com a legislação aplicável.

PERGUNTA 08
"Por favor, informar se existem pacientes crônicos, em uso de medicação especial ou em tratamento de alto custo contendo a idade, gênero, CID, data do afastamento/tratamento, medicação utilizada entre outros."

RESPOSTA 08
Não há registros de beneficiários até a presente data nas seguintes condições: afastados, internados, aposentados, demitidos com manutenção do vínculo ao plano, gestantes, portadores de doenças crônicas ou em tratamento contínuo. Dessa forma, não se aplica, no momento, a identificação de códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID, tampouco há despesas vinculadas a tais situações.

PERGUNTA 09
"Por favor, divulgar relatório de maiores utilizadores nos últimos 12 meses com detalhamento dos sinistros relativos aos mesmos. Qual a situação atual? Estão ativos?"

RESPOSTA 09
Vide resposta à pergunta 05.

PERGUNTA 10
"Estão em tratamento? São crônicos? Foi pontual?"

RESPOSTA 10
Vide resposta à pergunta 05.

PERGUNTA 11
"Por favor, informar se existem pacientes em home care. Identificar a Cidade / UF, Relatório Médico com detalhamento das patologias, tratamento terapêutico e estado clínico Informação da existência de beneficiários internados? Se sim, em qual hospital, qual o CID e a data de internação?"

RESPOSTA 11
Até a presente data, não há beneficiários vinculados ao plano de saúde em regime de assistência domiciliar (home care). Dessa forma, não se aplicam, no momento, a indicação de códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID, tampouco a apuração de despesas médicas decorrentes dessa modalidade de atendimento.

PERGUNTA 12
"Existem casos de liminares nesta população? Em caso positivo, por favor, divulgar detalhamento desses casos."

RESPOSTA 12
Vide resposta à pergunta 11.

PERGUNTA 13
"Podemos entender que para assegurar o atendimento, em não havendo alguma especialidade em determinado município/localidade, a cobertura estará garantida considerando inclusive os municípios limítrofes e a região de Saúde, conforme preconiza a RN 566/22?"

RESPOSTA 13
Informamos que a Administração observa rigorosamente as normativas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial o disposto na Resolução Normativa nº 566/2022. Dessa forma, na hipótese de inexistência de determinada especialidade médica no município de residência do beneficiário, a cobertura assistencial deverá ser garantida, considerando, para tanto, os municípios limítrofes e a respectiva Região de Saúde, conforme os critérios e diretrizes estabelecidos pela mencionada norma regulatória.

PERGUNTA 14
"Podemos entender que as regra de reembolso será conforme disposto na RN 566/2022, considerando inclusive os municípios limítrofes e a região de Saúde?"

RESPOSTA 14
Vide resposta à pergunta 13.

PERGUNTA 15
"No que tange ao reembolso, podemos entender que será utilizada a Tabela da Operadora, no conforme dispõe a RN 557 da ANS?"

RESPOSTA 15
No que se refere ao reembolso de despesas assistenciais, será observada a regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, especialmente o disposto na Resolução Normativa nº 557/2022. Assim, a tabela de valores a ser adotada para fins de reembolso deverá ser aquela estabelecida pela operadora, desde que em conformidade com os parâmetros mínimos definidos pela ANS, nos termos da referida normativa.

PERGUNTA 16
"Em relação a rede de atendimento, em alguns locais a prestação dos serviços poderá ser oferecida por meio da rede credenciada de operadora parceira (rede indireta)? Entendemos que essa possibilidade é mais um referencial para garantia de atendimento."

RESPOSTA 16
Esclarecemos que a operadora a ser contratada deverá observar integralmente as normativas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, especialmente no que tange à garantia da cobertura assistencial e à formação de rede credenciada. A eventual utilização de rede indireta, por meio de operadora parceira, poderá ser admitida desde que respeitados os requisitos legais e regulatórios, incluindo a prévia comunicação e autorização junto à ANS, quando aplicável, e desde que não haja prejuízo ao atendimento integral, contínuo e dentro dos prazos máximos estabelecidos pelas normas vigentes. Tal possibilidade pode, de fato, ser compreendida como uma medida complementar para assegurar a continuidade e a efetividade do atendimento, devendo, contudo, estar em estrita conformidade com as disposições da regulação setorial.

PERGUNTA 17
"Podemos entender que a cobertura dos planos será ROL ANS, conforme a RN 465 da ANS?"

RESPOSTA 17
A cobertura assistencial a ser oferecida pela operadora a ser contratada deverá obedecer integralmente às diretrizes e normativas estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Nesse sentido, confirmamos que a cobertura deverá observar, no **MÍNIMO**, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, conforme disposto na Resolução Normativa nº 465/2021 da ANS e suas atualizações, garantindo, assim, a prestação adequada e contínua dos serviços assistenciais aos beneficiários.

PERGUNTA 18
"Podemos entender que será firmado contrato coletivo empresarial com o órgão, sendo responsabilidade deste o cadastramento dos beneficiários no site/sistema de movimentação da operadora (inclusões e exclusões) respeitando os prazos de movimentação da operadora, operados e solicitados de forma a respeitar os prazos do cronograma abaixo:
Período de Movimentação: **1º dia ao 15º dia, Vigência da Movimentação: A partir do 1º dia do mês seguinte; e**

Período de Movimentação: **16º dia ao 30º dia, Vigência da Movimentação: A partir do 1º dia do 2º mês subsequente.**"

RESPOSTA 18
Será firmado **contrato coletivo empresarial** entre a operadora de plano de saúde e o órgão contratante, nos termos da legislação vigente e das normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. A responsabilidade pelo **cadastramento, movimentação e atualização dos dados dos beneficiários (titulares e dependentes)** no sistema da operadora, incluindo **inclusões e exclusões**, será atribuída exclusivamente **à Administração, por meio do seu Setor de Recursos Humanos**, o qual atuará conforme os prazos e critérios estabelecidos contratualmente.
No que se refere à vigência das movimentações, serão observados os seguintes prazos, conforme cronograma estipulado:
Movimentações realizadas entre o 1º e o 15º dia de cada mês terão vigência a partir do **1º dia do mês subsequente**;
Movimentações realizadas entre o 16º e o 30º (ou 31º) dia do mês terão vigência a partir do **1º dia do segundo mês subsequente**.

PERGUNTA 19
"Podemos entender que caso o órgão não realize a movimentação, poderá contemplar/irá indicar uma empresa para realizar a movimentação, sob sua orientação?"

RESPOSTA 19
Esclarecemos que **a movimentação cadastral dos beneficiários junto à operadora será de competência exclusiva do Setor de Recursos Humanos do órgão contratante**, o qual atuará como responsável pela inserção, exclusão e atualização das informações referentes aos titulares e seus dependentes no plano de saúde. Assim, **não haverá indicação de empresa terceira para execução dessa atividade**, cabendo ao referido setor promover as ações necessárias, em conformidade com os procedimentos internos e orientações estabelecidas no contrato, garantindo a regularidade da gestão dos beneficiários.

PERGUNTA 20
"Podemos entender que o manual guia médico de rede e a carteirinha do beneficiário poderão ser fornecidos eletronicamente e/ou via site ou aplicativo para acesso aos serviços contratados?"

RESPOSTA 20
Em conformidade com as normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, o manual ou guia médico de rede e a carteirinha do beneficiário poderão ser disponibilizados em formato digital, por meio de site ou aplicativo, visando à modernização, à celeridade e à ampliação do acesso aos serviços contratados. No entanto, ressalta-se que, sempre que solicitado pelo beneficiário, deverá ser garantida, também, a disponibilização dos referidos documentos em formato físico, assegurando o pleno direito de informação e acesso, nos termos da regulamentação vigente. Portanto, embora a via digital seja preferencial e recomendada, a via física deve ser obrigatoriamente disponibilizada quando requisitada, garantindo-se a observância do princípio da ampla acessibilidade.

PERGUNTA 21
"Podemos entender que a Contratante realizará o repasse dos valores das mensalidades em fatura única para a Contratada, por meio de crédito em conta corrente da operadora?"

RESPOSTA 21
A forma de custeio dos serviços objeto da presente licitação será **INTEGRAL**, cabendo à Administração Pública a responsabilidade pelo pagamento total das faturas correspondentes à execução contratual.

PERGUNTA 22
"Podemos entender que órgão pagará 100% da mensalidade do beneficiário titular? Caso haja entendimento diverso, gentileza esclarecer."

RESPOSTA 22
Vide resposta à pergunta 21.

PERGUNTA 23
"Podemos entender que órgão pagará 100% da mensalidade para dependentes? Caso haja entendimento diverso, gentileza esclarecer."

RESPOSTA 23
Vide resposta à pergunta 21.

PERGUNTA 24
"Podemos entender que os beneficiários dependentes são: o cônjuge; o companheiro ou a companheira; filho (a), enteado (a), até 21 anos, ou de qualquer idade se incapaz? Caso haja entendimento diverso, gentileza esclarecer."

RESPOSTA 24
De acordo com a legislação vigente e comumente observada nos contratos de assistência à saúde suplementar, os beneficiários dependentes podem ser assim compreendidos: o cônjuge; o companheiro ou a companheira, desde que comprovada a união estável, na forma da Lei nº 9.656/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde; os filhos e enteados, com cobertura garantida até 21 (vinte e um) anos de idade, ou até 24 (vinte e quatro) anos, se comprovadamente universitários ou cursando escola técnica de segundo grau, conforme previsão contratual e/ou normas específicas; os filhos e enteados, de qualquer idade, se forem considerados civilmente incapazes, nos termos do Código Civil (Lei nº 10.406/2002), especialmente nos artigos 3º e 4º. A definição de dependentes poderá, ainda, observar os critérios estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em conformidade com a Resolução Normativa nº 195/2009, que trata das regras de inclusão de dependentes nos contratos coletivos, respeitadas as condições contratuais pactuadas.

PERGUNTA 25
"Quanto ao reajuste, o IPCA não reflete a real necessidade de correção dos planos de saúde. Dessa forma, podemos entender que o reajuste financeiro será com base no VCMH – Variação de Custos Médicos e Hospitalares da operadora?"

RESPOSTA 25
O reajuste financeiro dos planos de saúde, no âmbito deste contrato, observará metodologia que considera a realidade econômica do setor, respeitando os princípios da razoabilidade, da previsibilidade e da sustentabilidade do plano. Dessa forma, informa-se que **o reajuste será calculado com base no índice IPCA Saúde**, indicador oficial que reflete a variação dos preços de serviços médicos e hospitalares no país, **combinado com o índice de sinistralidade verificado no período de 12 (doze) meses anteriores à data-base do reajuste**. Tal critério visa garantir maior equilíbrio atuarial ao contrato, refletindo tanto a variação inflacionária específica do setor quanto a utilização efetiva dos serviços pelos beneficiários, conforme práticas atualmente adotadas no mercado de saúde suplementar. A aplicação desse modelo está em consonância com as diretrizes da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, especialmente nos casos de contratos coletivos com mais de 30 (trinta) vidas, em que o reajuste deve ser pactuado entre as partes com base em critérios técnico-atuariais transparentes e justificados, nos termos da Resolução Normativa nº 565/2022, conforme consta no Termo de Referência subitem 8.39 ao 8.45.1. anexo ao Edital do Pregão Eletrônico n° 90007/2025.

PERGUNTA 26
"Podemos entender que a adesão é voluntária?"

RESPOSTA 26
A modalidade de contratação do plano será por adesão facultativa, não caracterizando migração automática ou compulsória de 100% dos beneficiários. A confirmação de adesão ao novo plano/seguro saúde será realizada junto aos colaboradores que atualmente utilizam o plano vigente, mediante comunicação formal conduzida pela contratante. Após a assinatura do contrato com a operadora vencedora, será ofertada a possibilidade de adesão à nova cobertura, de forma facultativa, tanto para os colaboradores já cobertos quanto para aqueles que ainda não possuem assistência. Estes poderão optar livremente pela contratação ou não do serviço.

PERGUNTA 27
"Os planos a serem apresentados deverão contemplar coparticipação? Em caso afirmativo, podemos entender que a operadora poderá praticar seu modelo de coparticipação?"

RESPOSTA 27
Esclarecemos que **não será admitida a modalidade de coparticipação** nos planos de saúde a serem apresentados no âmbito do presente processo. A decisão pela vedação da coparticipação tem como fundamento a necessidade de garantir previsibilidade de custos aos beneficiários, assegurar a ampla e irrestrita utilização dos serviços de saúde contratados e preservar o princípio da integralidade da assistência, especialmente no contexto de contratação institucional. Portanto, **os planos deverão ser apresentados sem qualquer cobrança adicional a título de coparticipação ou franquia**, independentemente do modelo praticado pela operadora.

PERGUNTA 28
"Na hipótese de custeio pelo beneficiário titular, considerando que a responsabilidade pelo repasse em fatura única à operadora será do órgão, podemos entender que caso o beneficiário titular não possua margem consignável, sendo-lhe ofertado outros meios de pagamento, e este não adimplir com o pagamento, a operadora poderá suspender a prestação dos serviços, caso o atraso seja superior a 30 (trinta) dias, e promover exclusão do plano quando o atraso ultrapassar 60 (sessenta) dias?"

RESPOSTA 28
Nos termos do modelo de contratação adotado por este órgão, não será permitida qualquer cobrança adicional direta ao beneficiário titular ou seus dependentes, independentemente da existência ou não de margem consignável. O custeio, quando de responsabilidade do beneficiário titular, deverá ocorrer exclusivamente por meio de desconto em folha, sendo vedada a imposição de obrigações acessórias ou meios de pagamento alternativos diretamente ao beneficiário. Dessa forma, eventual inadimplemento decorrente da ausência de margem consignável ou de qualquer outra situação não poderá resultar em **suspensão da prestação dos serviços assistenciais nem em exclusão do plano de saúde por parte da operadora**, sob pena de afronta aos princípios da continuidade do atendimento, da boa-fé contratual e da vedação à prática abusiva, conforme previsto no Código de Defesa do Consumidor e na regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, especialmente a Resolução Normativa nº 563/2022. A operadora deverá, portanto, tratar eventuais inadimplências diretamente com o órgão contratante, que será o responsável exclusivo pelo repasse das mensalidades em fatura única.

PERGUNTA 29
"Podemos entender que os usuários terão isenção de carências ao ingressarem no primeiro grupo de vidas do plano até 30 dias da assinatura do contrato, bem como os que aderirem em até 30 dias do fato gerador: contratação, casamento, nascimento e adoção definitiva?"

RESPOSTA 29
A resposta à presente indagação está contemplada no subitem 6.9 do Estudo Técnico Preliminar, que integra o Anexo do Edital do Pregão Eletrônico nº 90007/2025.

PERGUNTA 30
"Podemos entender que será aplicado o reajuste técnico caso a sinistralidade do contrato ultrapasse o ponto de equilíbrio - breakeven – de 70%?"

RESPOSTA 30
A resposta à presente indagação está contemplada no subitem 8.45. e 8.45.1. do Termo de Referência, que integra o Anexo do Edital do Pregão Eletrônico nº 90007/2025.

5. Diante do exposto e considerando que a dúvida foi sanada, o conteúdo deste expediente será publicado no Portal do Core-SP e no Comprasnet, e os trâmites relativos ao procedimento licitatório serão prosseguidos.

São Paulo/SP, data conforme assinatura eletrônica[1].

SAMUEL DOS SANTOS:30973484845

Assinado de forma digital por SAMUEL DOS SANTOS:30973484845
Dados: 2025.05.08 18:03:17 -03'00'

Samuel dos Santos
Pregoeiro / Agente da Contratação

[1]Todas as assinaturas eletrônicas seguem o horário oficial de Brasília e fundamentam-se no §3º do Art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.