

“(…) apresentar **IMPUGNAÇÃO AO EDITAL**, pelas razões de fato e de direito a seguir expostas.

I – TEMPESTIVIDADE

1. O item 1.6 do Edital do Pregão Eletrônico nº 004/2025, estabelece que o instrumento convocatório poderá ser impugnado “até 5 (cinco) dias úteis anteriores à abertura da sessão”. Logo, considerando que a sessão pública será aberta em 04.08.2025, o referido prazo terminará em 28.07.2025, a revelar a tempestividade da presente impugnação.

II – SÍNTESE FÁTICA

2. A impugnante tomou conhecimento do Edital do Pregão Eletrônico nº 004/2025, por meio do qual foi tornada pública licitação a ser realizada pela Agência de Fomento do Estado do Rio de Janeiro S.A, com o seguinte objeto:

“O presente pregão eletrônico tem por objeto a contratação de serviços, em conformidade com as normas legais e regulamentares aplicáveis, de assistência médica, clínica e cirúrgica, hospitalar e ambulatorial, geral e especializada e atendimento de urgência, pronto-socorro, pronto-atendimento, obstétrica/maternidade, serviços de análise diagnóstica de atendimento laboratorial, métodos complementares de diagnósticos, radiodiagnóstico e tratamento, em âmbito nacional, com base no rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e consoante ao que estabelece a Lei Federal no 9.656/98 e suas alterações, aos beneficiários previstos no item 13 do Termo de Referência (Anexo I), por um período de 36 (trinta e seis) meses, de acordo com as características e especificações detalhadas e quantitativos constantes do Termo de Referência (Anexo I) e Proposta de Preços (Anexo II).”.

3. A licitação terá como critério de julgamento o menor preço global e a sessão pública está prevista para se iniciar às 14h10 do dia 04.08.2025. Ainda, poderão participar os interessados, desde 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) Possibilidade de participação de administradoras de planos de saúde no certame

5. Logo de início, chamou a atenção da NDIS o fato de que o objeto do presente pregão eletrônico possibilita a participação de administradoras de planos de saúde no certame.

6. Com isso, antes de mais nada, deve-se esclarecer que as administradoras são regidas pela Resolução Normativa nº 515/2022 da ANS e seu principal objetivo é intermediar a relação entre pessoas jurídicas contratantes e operadoras de planos privados de assistência à saúde.

7. De forma alguma, o papel da administradora de benefícios pode se confundir com o da operadora. Isso pode ser extraído do art. 3º da referida resolução, segundo o qual “a Administradora de Benefícios **não poderá atuar como representante, mandatária ou prestadora de serviço da Operadora de Plano de Assistência à Saúde nem executar quaisquer atividades típicas da operação de planos privados de assistência à saúde**”.

8. Em outras palavras, a administradora de benefícios é apenas uma terceira na relação entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde, mas jamais prestará diretamente o serviço, que é de competência unicamente dessa última.

9. Ainda, importante esclarecer que a Resolução Normativa nº 515/2022 da ANS, em seu art. 8º, dispõe que a administradora de benefícios não poderá ter rede própria para oferecer aos beneficiários da pessoa jurídica contratante.

10. Em que pese todos os dispositivos apresentados, o Edital ao possibilitar a participação de administradoras de benefícios acabou se omitindo sobre a necessidade de que seja exigida a carta de anuência da operadora que irá executar os serviços objetos dessa licitação.

11. Assim, como forma de evitar que sejam descumpridos os dispositivos da Resolução Normativa nº 515/2022 da ANS, faz-se necessária a comprovação, ainda na fase de habilitação, da existência de vínculo entre a licitante e a operadora que, de fato, prestará os serviços de assistência à saúde ao AGERIO.

12. Ademais, há a necessidade de que a administradora de benefícios apresente o registro do produto na ANS da operadora parceira. O registro em questão é “concedido pela ANS aos planos privados de assistência à saúde que atendam às exigências estabelecidas por disposição legal específica para serem comercializados ou disponibilizados pelas operadoras”.¹

¹ <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/registro-e-manutencao-de-produtos/registro-e-manutencao-de-operadoras-e-produtos/registro-de-produto-1>. Acesso em: 22.07.2025.

13. Ainda, se faz imprescindível que toda a documentação aqui discutida seja apresentada quando da apresentação dos documentos de habilitação técnica necessários para que seja preenchido o requisito de qualificação técnica da licitante.

14. Por essas razões, a NDIS confia que será incluída no Edital a previsão da obrigação de que as administradoras de plano de saúde apresentem, conjuntamente aos documentos de habilitação técnica, a carta de anuência da operadora que irá executar os serviços e o registro do produto da operadora na ANS.

b) Forma de reajuste

15. Por sua vez, os itens 15.7, 15.8 e 15.9 do Edital preveem o reajuste contratual com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA – Região Brasil), com a possibilidade de reajuste técnico do preço por vida, quando na utilização do plano, o sinistro superar 75% do valor do prêmio no período de 12 meses.

16. Nesse sentido, é de suma importância a aplicação do princípio da manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, previsto no art. 37, XXI², 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**”.

17. Especificamente para contratos coletivos de planos de saúde, a forma mais efetiva de manter o equilíbrio econômico-financeiro, aplicada corriqueiramente por todas as principais operadoras do País, inclusive nos contratos firmados com entidades públicas, consiste na incidência de reajuste que contemple:

(i) o índice de Variação de Custo Médico-Hospitalar (VCMH), isto é, a variação dos preços dos serviços, insumos, frequência de utilização de consultas, exames e outros procedimentos 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%.

² Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte: (...) XXI - ressalvados os casos especificados na legislação, as obras, serviços, compras e alienações serão contratados mediante processo de licitação pública que assegure igualdade de condições a todos os concorrentes, com cláusulas que estabeleçam obrigações de pagamento, mantidas as condições efetivas da proposta, nos termos da lei, o qual somente permitirá as exigências de qualificação técnica e econômica indispensáveis à garantia do cumprimento das obrigações.

18. 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.

19. A falta de previsão desses critérios ou a estipulação de outros que não foram pensados especificamente para os contratos coletivos empresariais pode ocasionar deturpações nas propostas a serem formuladas pelas licitantes e, em última análise, também ferir o princípio 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 financeiros nas propostas - o que produziria ou a seleção de proposta inexecutável 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).

20. Assim, tendo em vista a necessidade de se manter o equilíbrio econômico-financeiro inicialmente estabelecido entre a Administração e a contratada, a ora impugnante confia que os itens 15.7, 15.8 e 15.9 do Edital 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%.

c) Forma de reembolso

21. Seguindo adiante, o item 5.2.1.1 do Termo de Referência (Anexo I) dispõe que “O reembolso deverá ter o valor mínimo de R\$90,00 (noventa reais) OU o valor padrão do produto ofertado pela CONTRATADA, prevalecendo o valor superior”.

22. Ocorre que a prática mais comum no mercado, adotada pelas principais operadoras, é a de tabelamento do valor do teto de reembolso. 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.

23. Fato é que as referidas tabelas são pensadas a partir de critérios objetivos e consideram quais seriam os preços justos a serem pagos pelos procedimentos em determinadas localidades.

24. Admitir o reembolso integral em qualquer hipótese gera ônus excessivo à contratada e, por isso mesmo, possui o potencial de refletir negativamente nas propostas a serem apresentadas pelas licitantes, além de afastar muitas outras que possuem total capacidade de entregar o objeto licitado com a devida qualidade.

25. A propósito, a jurisprudência do e. STJ entende que o reembolso integral é excepcional e serve como uma indenização por danos materiais em caso de inexecução contratual. Logo, se

não for esse o cenário e o beneficiário incidir em uma das hipóteses previstas pela RN nº 566/2022 da ANS, devem prevalecer os valores da tabela da contratada:

“PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM COMPENSAÇÃO POR DANOS MORAIS. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE. INTERNAÇÃO DOMICILIAR SUBSTITUTIVA DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR. COBERTURA OBRIGATORIA. REEMBOLSO INTEGRAL. EXCEPCIONALIDADE. CABIMENTO. REEXAME DE FATOS E PROVAS. INADMISSIBILIDADE. PREQUESTIONAMENTO. AUSÊNCIA. SÚMULA 282/STF. DANOS MORAIS. REVISÃO DE VALOR. SÚMULA 7/STJ. 1. Ação de obrigação de fazer cumulada com compensação por danos morais, ajuizada em razão de negativa de custeio de internação domiciliar “home care”. (...) 3. **O reembolso das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário com tratamento/atendimento de saúde fora da rede credenciada pode ser admitido somente em hipóteses excepcionais, tais como a inexistência ou insuficiência de estabelecimento ou profissional credenciado no local e urgência ou emergência do procedimento, e, nessas circunstâncias, poderá ser limitado aos preços e às tabelas efetivamente contratados com o plano de saúde.** 4. **Distinquem-se, da hipótese tratada na orientação jurisprudencial sobre o reembolso nos limites do contrato, as situações em que se caracteriza a inexecução do contrato pela operadora, causadora de danos materiais ao beneficiário, a ensejar o direito ao reembolso integral das despesas realizadas por este. Precedentes.** 5. O reexame de fatos e provas em recurso especial é inadmissível. 6. A ausência de decisão acerca dos dispositivos legais indicados como violados impede o conhecimento do recurso especial. 7. A revisão da compensação por danos morais só é viável em recurso especial quando o valor fixado for exorbitante ou ínfimo. Salvo essas hipóteses, incide a Súmula 7/STJ, impedindo o conhecimento do recurso. 8. Agravo interno não provido. (AgInt no AREsp n. 2.454.372/RN, rel. Min. Nancy Andrighi, Terceira Turma, j. em 26.2.2024, DJe de 28.2.2024 – grifos nossos)”.

26. Por esses motivos, a NDIS confia em que o item 5.2.1.1 do Termo de Referência (Anexo I) será alterado para que passe a prever o reembolso com base na tabela da licitante a ser contratada.

d) Indevida previsão de serviços além dos constantes do Rol da ANS

27. Necessário destacar também as exigências estabelecidas pelo item 10.9 do Termo de Referência (Anexo I) para o rol de procedimentos que deverão ser cobertos pela operadora contratada.

28. Sobre o ponto, vale destacar que a Agência Nacional de Saúde Suplementar, na sua função de autarquia especial responsável pela regulação e fiscalização do mercado de planos privados no Brasil, define a lista de cobertura mínima obrigatória que as operadoras devem fornecer aos seus beneficiários, em atenção ao determinado pela Lei nº 9.656/1998.

29. *Tal lista é denominada de Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (sendo popularmente conhecida como Rol obrigatório da ANS) e pode ser facilmente consultada no sítio eletrônico da Agência³.*

30. *Nesse contexto, a ora impugnante verificou que o item 10.9 do Termo de Referência estabelece uma lista de serviços destinados à reabilitação global a serem cobertos obrigatoriamente pela contratada, apesar de nem todos estarem previstos no Rol da ANS.*

31. *No caso em questão, há previsão, nos termos do item 10.9, de cobertura de Reeducação Postural Global (RPG) – procedimento que não está previsto no Rol obrigatório da ANS⁴.*

32. *Como se sabe, os planos de saúde não estão obrigados a garantir cobertura dos procedimentos que não constam no Rol da ANS, razão pela qual a ora impugnante entende que imposições nesse sentido ocasionam onerosidade injustificada ao contrato e têm o potencial de afastar a melhor proposta, ferindo o art. 31⁵ da Lei nº 13.303/2016, bem como o já citado art. 37, XXI, da Constituição Federal.*

33. *Com efeito, a previsão de que a contratada deve cobrir procedimentos não previstos no Rol obrigatório da ANS acarreta um grande investimento financeiro – e sem qualquer justificativa técnica, diga-se de passagem.*

34. *Por fim, a exigência causaria alta imprevisibilidade e desequilíbrio atuarial – exatamente o que se pretende evitar com a previsão do Rol da ANS – podendo inclusive impedir as operadoras/licitantes de formularem adequadamente suas propostas, o que também afetaria a competitividade.*

35. *Dessa maneira, considerando a contrariedade aos princípios da legalidade e da competitividade, a ora impugnante confia em que o item 10.9 do Termo de Referência (Anexo I) será alterado, para que passe a prever a cobertura apenas de procedimentos que estão incluídos no Rol da ANS.*

e) Home care que exige grande investimento financeiro

36. *Nessa mesma linha, ao tratar da abrangência da forma de atendimento, o item 10.10 do Termo de Referência (Anexo I) dispõe que “A CONTRATADA deverá atender ao programa de internação domiciliar, prestação de serviços que substituí a internação hospitalar, desde que o médico responsável pela internação, junto com o médico responsável da Operadora do Plano de*

³ <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/o-que-o-seu-plano-de-saude-deve-cobrir-1>

⁴ <https://www.ans.gov.br/ROL-web/pages/procedimento.xhtml>

⁵ Art. 31. As licitações realizadas e os contratos celebrados por empresas públicas e sociedades de economia mista destinam-se a assegurar a seleção da proposta mais vantajosa, inclusive no que se refere ao ciclo de vida do objeto, e a evitar operações em que se caracterize sobrepreço ou superfaturamento, devendo observar os princípios da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da eficiência, da probidade administrativa, da economicidade, do desenvolvimento nacional sustentável, da vinculação ao instrumento convocatório, da obtenção de competitividade e do julgamento objetivo.

saúde e a família do beneficiário julgue indicado esse atendimento para o caso, com acompanhamento médico, enfermagem e fisioterapia, além do fornecimento de equipamentos essenciais ao tratamento.”.

37. No entanto, as operadoras não estão obrigadas a oferecer qualquer tipo de atenção domiciliar aos beneficiários dos planos de saúde, uma vez que, conforme exposto acima, esses serviços não se encontram abrangidos pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, criado a partir da Lei nº 9.656/1998. Isso foi, inclusive, ratificado pela ANS no Parecer Técnico nº 05/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021⁶.

38. Além disso, não se pode desconsiderar o grande investimento financeiro exigido para a manutenção do serviço de home care, com risco, até mesmo, de se afetar a comutatividade do negócio jurídico.

39. Em virtude disso, a NDIS confia que o item 10.10 do Termo de Referência (Anexo I) será integralmente afastado, para suprimir a exigência de cobertura do serviço de home care.

f) Direito de permanência dos dependentes do titular falecido

40. Outro ponto que chamou a atenção da ora impugnante diz respeito ao item 15.8, do Termo de Referência (Anexo I), que assim dispõe:

“15.8 A CONTRATADA deverá apresentar cobertura de Seguro Remissão para os dependentes de empregados falecidos na ativa, pelo período de 12 (doze) meses contados a partir do falecimento do empregado, sem cobrança de mensalidade ao dependente ou à AgeRio”.

41. Embora a NDIS não se oponha à previsão de permanência dos dependentes do titular falecido no plano de saúde pelo prazo de 12 (doze) meses, a redação da observação acima padece de inconsistências.

42. Isso porque o art. 30, §3º, da Lei nº 9.656/1998 é claro quanto à necessidade de os dependentes do falecido assumirem o pagamento integral das parcelas para que mantenham a qualidade de beneficiários do plano de saúde. Veja-se:

“Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua

⁶ “Em resumo, as operadoras não estão obrigadas a oferecer qualquer tipo de Atenção Domiciliar como parte da cobertura obrigatória a ser garantida pelos planos novos e pelos planos antigos adaptados. Contudo, caso o oferecimento de Atenção Domiciliar conste no contrato de plano de saúde ou em aditivo contratual celebrado entre as partes, tal serviço deve ser obrigatoriamente oferecido de acordo com as regras descritas no instrumento contratual pactuado, devendo, ainda, observar rigorosamente os comandos da Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA – RDC nº 11/2006”.

condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, **desde que assuma o seu pagamento integral.**

(...)

§ 3o Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, **nos termos do disposto neste artigo** (grifos nossos)”.
disposto neste artigo (grifos nossos)”.

43. Ainda, vale mencionar que, quando a operadora é comunicada do falecimento de um titular, há a verificação e atualização cadastral dos beneficiários para confirmar-se se estão mantidas as condições de elegibilidade dos dependentes.

44. Assim, aqueles que não estiverem preenchendo os requisitos estabelecidos em lei são excluídos, sem direito de continuarem no contrato, mesmo mediante o pagamento das mensalidades.

45. Em vista disso, a NDIS confia em que o item 15.8, do Termo de Referência (Anexo I) será alterado para que a manutenção dos dependentes do titular falecido no plano de saúde seja condicionada ao pagamento integral das parcelas, nos termos do art. 30 da Lei nº 9.656/1998 e à manutenção das condições de elegibilidade dos dependentes.

g) Exigências de Qualificação técnica que não se justificam

46. Por fim, ao tratar da qualificação técnica das licitantes, o item 19.1.1.2, alínea “c”, do Termo de Referência (Anexo I) estabelece como exigência para aferir tal qualificação que o atestado de capacidade técnica deverá conter o grau de satisfação do cliente.

47. Com a devida vênia, a impugnante entende que tal informação não é adequada ou apropriada para comprovar a capacidade das pessoas jurídicas participantes do certame de entregar, com qualidade, os serviços abrangidos pela contratação pretendida.

48. Nesse sentido, é muito comum que, em editais de licitação para contratação de operadoras de planos de saúde em todo o País, sejam exigidos atestados de capacidade técnica de acordo com o art. 67, I e II⁷, da Lei nº 14.133/2021.

⁷ Art. 67. A documentação relativa à qualificação técnico-profissional e técnico-operacional será restrita a:

I - apresentação de profissional, devidamente registrado no conselho profissional competente, quando for o caso, detentor de atestado de responsabilidade técnica por execução de obra ou serviço de características semelhantes, para fins de contratação;

II - certidões ou atestados, regularmente emitidos pelo conselho profissional competente, quando for o caso, que demonstrem capacidade operacional na execução de serviços similares de complexidade tecnológica e operacional equivalente ou superior, bem como documentos comprobatórios emitidos na forma do § 3º do art. 88 desta Lei;

49. *A partir desses documentos, emitidos nos termos da referida disposição legal e por órgãos públicos ou empresas, é possível comprovar que a licitante já executou anteriormente e de forma satisfatória serviços compatíveis com aqueles a serem contratados pela Administração.*

50. *Com efeito, a principal finalidade do atestado de capacidade técnica é garantir que a Administração contratará uma operadora confiável, com o conhecimento e experiência esperados pelo interesse público, conforme determina o art. 5º da Lei nº 14.133/2021.*

51. *Por fim, é necessário destacar que, no caso em questão, a exigência imposta – grau de satisfação do cliente – nada mais é do que uma percepção pessoal. De modo que, não contribui efetivamente para assegurar a qualificação técnica das licitantes, já podem apresentar outros atestados que asseguram a boa prestação dos serviços com mais veracidade.*

52. *Em vista disso, a NDIS confia em que o item 19.1.1.2, do Termo de Referência (Anexo I) será alterado, para se excluir a exigência prevista em sua alínea “c” – grau de satisfação do cliente – e incluir a exigência de apresentação de 1 (um) ou mais atestados de capacidade técnica fornecido(s) por pessoa jurídica de direito público ou de direito privado que comprove(m) a aptidão da licitante para entregar os serviços abrangidos pela contratação pretendida.*

IV – PEDIDOS

53. *Diante de todo o exposto, a NDIS requer que a presente impugnação seja integralmente acolhida, para se:*

(i) incluir no Edital a obrigação, aplicável exclusivamente às administradoras de plano de saúde, de que apresentem, conjuntamente aos documentos de habilitação técnica, a carta de anuência da operadora que irá executar os serviços e o registro do produto da operadora na ANS;

(ii) alterar os itens 15.7, 15.8 e 15.9 do Edital, para que passem a prever expressamente (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%;

(iii) alterar o item 5.2.1.1 do Termo de Referência (Anexo I), para que passe a prever o reembolso com base na tabela da operadora a ser contratada;

(iv) alterar o item 10.9 do Termo de Referência (Anexo I), para que passe a prever a cobertura apenas de procedimentos que estão incluídos no Rol da ANS;

⁸ Art. 5º Na aplicação desta Lei, serão observados os princípios da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade, da eficiência, do interesse público, da probidade administrativa, da igualdade, do planejamento, da transparência, da eficácia, da segregação de funções, da motivação, da vinculação ao edital, do julgamento objetivo, da segurança jurídica, da razoabilidade, da competitividade, da proporcionalidade, da celeridade, da economicidade e do desenvolvimento nacional sustentável, assim como as disposições do Decreto-Lei nº 4.657, de 4 de setembro de 1942 (Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro).

(v) afastar o item 10.10 do Termo de Referência (Anexo I) para suprimir a exigência de cobertura do serviço de home care;

(vi) alterar o item 15.8, do Termo de Referência (Anexo I) a fim de que a manutenção dos dependentes do titular falecido no plano de saúde seja condicionada ao pagamento integral das parcelas, nos termos do art. 30 da Lei nº 9.656/1998 e à manutenção das condições de elegibilidade dos dependentes; e

(vii) alterar o item 19.1.1.2, do Termo de Referência (Anexo I), para se excluir a exigência prevista em sua alínea “c” – grau de satisfação do cliente – e incluir a exigência de apresentação de 1 (um) ou mais atestados de capacidade técnica fornecido(s) por pessoa jurídica de direito público ou de direito privado que comprove(m) a aptidão da licitante para entregar os serviços abrangidos pela contratação pretendida.”