

De: Andercledson Reis
Enviado em: quarta-feira, 30 de abril de 2025 16:01
Para: 'Leila de Oliveira Lopes'; 'juridico@unimedportovelho.coop.br'
Cc: Hermenson Pereira da Silva; Lucas Sousa Castro; Rudma Rosa Oliveira Costa
Assunto: RES: IMPUGNAÇÃO AO EDITAL DE PREGÃO ELETRÔNICO Nº 90005/2025
_TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL - UNIMED PORTO VELHO
Anexos: 12 Impugnação razões_.pdf; 12 Impugnação - Manifestação EPC.pdf

PREGÃO ELETRÔNICO SRP Nº 90005/2025
IMPUGNAÇÃO 1

1. Trata-se de IMPUGNAÇÃO interposta pela UNIMED PORTO VELHO SOCIEDADE COOPERATIVA MÉDICA LTDA, inscrita no CNPJ sob o n.º 05.657.234/0001-20, doravante denominada IMPUGNANTE, nesse ato representada pelo Sr. Saleh M. Abdul Razzak.

2. A íntegra da impugnação, da manifestação técnica e da resposta do Pregoeiro está disponível no Portal de Transparência do TRE-RO, no endereço:

<https://www.tre-ro.jus.br/transparencia-e-prestacao-de-contas/licitacoes/licitacoes/licitacoes-2025>.

3. Considerando a complexidade das questões apresentadas e considerando o direito de resposta do impugnante antes no início da abertura do certame, optou pela suspensão da sessão, até que a resposta seja apresentada ao Pregoeiro.

4. Tratando-se de quesitos acerca das exigências do objeto e da seleção do fornecedor, colheu-se manifestação da unidade técnica-demandante, Seção de Assistência Médica e Social deste Tribunal.

5. Assim, passa-se à análise:

5.1. QUESITO 1: Legislação aplicável no caso de Cooperativa de trabalho médico atuando na saúde suplementar.

5.1.1. QUESTIONAMENTO:

Conforme dispõe o art. 1º, inciso I, da lei nº 12.690/2012, não se aplica tal legislação às cooperativas de assistência à saúde organizadas na forma da legislação de saúde suplementar, o que afasta sua incidência nos contratos celebrados por operadoras de planos de saúde.

5.1.2. MANIFESTAÇÃO TÉCNICA:

Assiste razão ao impugnante.

A Lei nº 12.690, de 19 de julho de 2012, dispõe sobre a organização e o funcionamento das cooperativas de trabalho, sendo que o Parágrafo único do art. 1º estabelece expressamente que suas regras não se aplicam às cooperativas de assistência à saúde na forma da legislação de saúde suplementar. Na mesma linha, a Lei Complementar nº 130, de 17 de abril de 2009 regula exclusivamente as cooperativas de crédito, integrantes do Sistema Nacional de Crédito Cooperativo, não alcançando cooperativas médicas ou operadoras de saúde suplementar. Dessa forma, a EPC propõe a seguinte redação para o referido item do edital:

8.2.2.1. A constituição e o funcionamento da cooperativa devem observar as regras estabelecidas na legislação aplicável, em especial a Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971.

5.2. QUESITO 2: Da cobertura para internação psiquiátrica

5.2.1. QUESTIONAMENTO:

Nos termos do art. 22, inciso 11, da Resolução Normativa ANS nº 387/2015, é permitida a aplicação de fator moderador (coparticipação) para internações psiquiátricas após ultrapassados 30 dias (contínuas ou não), dentro do período de 12 meses de vigência do contrato, desde que tal previsão conste de forma expressa no instrumento contratual. Dessa forma, impugna-se o edital para que conste de forma expressa e transparente aos beneficiários a aplicação da coparticipação nos casos de internação psiquiátrica excedente, adotando-se, inclusive, a mesma redação já consolidada nos demais contratos firmados pela operadora.

5.2.2. MANIFESTAÇÃO TÉCNICA:

Assiste razão ao impugnante.

Na verdade, a questão levantada não está regulada pela RN ANS nº 387/2015 - já revogada, mas está atualmente disciplinada pela RN ANS nº 465, de 2021.

Por sua vez, nota-se que a matéria foi objeto do Tema Repetitivo nº 1032, no qual o STJ definiu a possibilidade da cláusula de coparticipação expressamente ajustada e informada ao consumidor, à razão máxima de 50% (cinquenta por cento) do valor das despesas, nos casos de internação superior a 30 (trinta) dias por ano, decorrente de transtornos psiquiátricos, preservada a manutenção do equilíbrio financeiro.

Dessa forma, a EPC propõe a seguinte redação para o referido item do edital:

1.5.3 (...)

1.5.3.1 Cobertura de atendimento psiquiátrico, de acordo com as seguintes diretrizes:

I - Nível Ambulatorial:

i. o atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

ii. a psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental;

iii. sessões de psicoterapia, conforme normas definidas pela ANS.

II - Nível Hospitalar: Fica garantido o custeio integral de 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica no período de um ano, contados a partir do primeiro dia de internamento, cabendo ao Contratante/Beneficiário o pagamento de coparticipação de 50% (cinquenta por cento) sobre o total da despesa a partir do 31º (trigésimo) dia de internação, observados os valores praticados pela contratada.

5.3. QUESITO 3: Da cobertura para despesas do acompanhante

5.3.1. QUESTIONAMENTO:

A redação atual do item IV do Termo de Referência não contempla integralmente o que determina a legislação vigente sobre a cobertura obrigatória das despesas com acompanhante, sendo, portanto, necessária a sua adequação às disposições da Resolução Normativa nº 465/2021 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Diante disso, requer-se a retificação do item IV do Termo de Referência, com a inclusão expressa da obrigatoriedade de cobertura das despesas de acompanhante, nos termos dos arts. 19 e 21 da RN nº 465/2021 da ANS.

5.3.2. MANIFESTAÇÃO TÉCNICA:

Assiste razão ao impugnante.

A matéria do acompanhante clínico está disciplinada pela RN ANS nº 465, de 2021.

Dessa forma, a EPC adotará a seguinte redação para o referido item do TR:

IV - A abrangência da cobertura de despesas de acompanhamento refere-se à alimentação e acomodação ao acompanhante nas seguintes hipóteses, salvo contraindicação justificada por escrito pelo profissional assistente:

I - crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;

II - pessoas idosas com 60 (sessenta) anos ou mais;

III - pessoas com deficiência;

IV - mulheres internadas no período pré-parto, parto e pós-parto imediato, entendido como o período que abrange dez dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

5.4. QUESITO 4: Da documentação exigida para o reembolso

5.4.1. QUESTIONAMENTO:

Conforme se verificou, o Termo de Referência, no item 5.4.1.4, possui a previsão de que o reembolso poderá ser instruído com "nota fiscal dos serviços prestados e/ou correspondente recibo de quitação". No entanto, tal redação deve ser impugnada, pois admite a possibilidade de reembolso com base em recibo de quitação, sem a exigência da correspondente nota fiscal, o que contraria a legislação fiscal vigente, fragiliza os mecanismos de controle e expõe a operadora e a própria Administração Pública a riscos relevantes de inconformidade contábil e fraudes.

5.4.2. MANIFESTAÇÃO TÉCNICA:

Assiste razão ao impugnante.

A emissão de nota fiscal na prestação de serviços por pessoas jurídicas tem previsão legal. Embora a redação questionada não seja impositiva, nada obsta sua revisão para a perfeita adequação às regras do art. 1º, §1º, alínea "b" e art. 2º da Lei nº 8.846, de 1994.

Dessa forma, a EPC adotará a seguinte redação para o referido item do TR:

5. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

(...)

Rotinas a serem cumpridas:

(...)

5.4.1.4 Nota fiscal dos serviços prestados.

5.5. QUESITO 5: Do fornecimento de OPME ligados ao ato cirúrgico

5.5.1. QUESTIONAMENTO:

Consta no Termo de Referência, item 5.4.2,9, e na minuta do contrato, cláusula 14.4.1, VIII a seguinte redação (...). A redação acima extrapola de forma indevida os limites legais da cobertura obrigatória definida para os planos privados de assistência à saúde, ao prever de forma ampla e genérica a obrigação de fornecimento de todos os materiais e aparelhos ortopédicos, independentemente de estarem vinculados ou não ao ato cirúrgico. Tal previsão contraria expressamente o disposto no art. 10, inciso VII, da Lei nº 9.656/1998, que exclui da cobertura obrigatória o fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico. A redação legal é clara e objetiva ao restringir a obrigatoriedade da cobertura apenas àqueles materiais necessários à realização de procedimento cirúrgico coberto.

5.5.2. MANIFESTAÇÃO TÉCNICA:

Assiste razão ao impugnante.

A Lei nº 9.656, de 1998, lista no seu art. 10 aqueles procedimentos que estão excluídos da cobertura dos planos de saúde. No referido rol está expressamente previsto o fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico. Nota-se que, em complemento à referida lei, a redação da RN ANS nº 465, de 2021, lista nos procedimentos cobertos pelos planos de saúde o fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios ligados ao ato cirúrgico.

Dessa forma, a EPC adotará a seguinte redação para o referido item do TR, a qual deverá ser reproduzida na minuta do contrato:

5. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

(,,,)

Rotinas a serem cumpridas:

5.4 A execução contratual observará as rotinas:

(...)

5.4.2.9 As órteses, próteses e demais materiais e paralhos ortopédicos, tais como pinos, parafusos, placas, platinas, marcapassos, serão de cobertura obrigatória exclusivamente quando ligados ao ato cirúrgico coberto pelo plano de saúde, nos termos da legislação vigente, da Resolução Normativa ANS nº 465, de 2021 e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

5.6. QUESITO 6: Da obrigatoriedade de cobertura no caso de indisponibilidade de rede

5.6.1. QUESTIONAMENTO:

Constam nos itens 5.13.28 a 5.13.30 do Termo de Referência e no item 1.4.2 da minuta contratual as seguintes redações (...). Tal exigência não encontra respaldo na regulamentação vigente da saúde suplementar, especialmente à luz da Resolução Normativa ANS nº 566/2022, que trata da garantia de atendimento aos beneficiários dos planos privados de assistência à saúde. Não há, portanto, qualquer amparo legal ou regulatório para a previsão de reembolso automático e incondicional com base na livre escolha do beneficiário, especialmente quando não demonstrada a falha na prestação do serviço ou ausência da rede referenciada, tampouco quando inexistente o contato prévio com a operadora para viabilização de alternativa de atendimento.

5.6.2. MANIFESTAÇÃO TÉCNICA:

Assiste parcial razão ao impugnante.

Os pontos questionados pelo impugnante dizem respeito a situações distintas. Assim, tem-se como necessário observar o tratamento conferido a cada uma delas pela RN ANS nº 566, de 2022 para a verificação de alguma contradição com essa norma.

O item 5.13.28 do TR trata do reembolso das despesas decorrentes de casos de urgência ou emergência, quando se demonstrar que o beneficiário não teve condições de usar os serviços próprios ou credenciados da CONTRATADA, limitadas aos valores atribuídos pela CONTRATADA aos seus serviços próprios ou contratados.

A matéria encontra a regulamentação no art. 4º, incisos I e II e §§ 1º, 2º e 3º, todos da RN ANS nº 566, de 2022.

Assim, embora a impugnante sugira uma redação que prevê prévia comunicação à operadora em todos os procedimentos derivados da não existência de prestador credenciado disponível na localidade de residência do beneficiário, nota-se que a referida norma da ANS não condiciona tal obrigação para as situações de urgência e emergência

Assim, a EPC adotará a seguinte redação para o referido item do TR, a qual deverá ser reproduzida na minuta do contrato para melhor adequação às regras da RN ANS nº 566, de 2022, nos seguintes termos:

5. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

(...)

5.13 Deveres e Responsabilidades da Contratada:

(...)

5.13.28 Reembolso em caso de indisponibilidade ou inexistência de cobertura: Na hipótese de indisponibilidade de atendimento nos prazos máximos previstos na RN ANS nº 566/2022 ou inexistência de atendimento no município demandado há necessidade de consulta prévia à Operadora do Plano de Saúde e será assegurado ao beneficiário reembolso das despesas efetuadas com os atendimentos previstos na cobertura contratual nos termos da supracitada RN.

5.13.29 Na hipótese de urgência ou emergência em município sem rede assistencial, será assegurado ao beneficiário o reembolso integral das despesas realizadas sem necessidade de autorização prévia, respeitando as Resoluções CONSU nº 8 e 13, ambas de 3 de novembro de 1998, ou os normativos que vierem a substituí-las.

5.13.30 O reembolso deverá ser efetuado, no máximo, até 30 (trinta) dias após a entrega da nota fiscal pelo usuário dos serviços diretamente à empresa contratada.

5.7. QUESITO 7: Dos novos procedimentos

5.7.1. QUESTIONAMENTO:

Consta no Termo de Referência cláusula que prevê a obrigatoriedade de a operadora absorver, automaticamente, quaisquer tratamentos e procedimentos que venham a ser demandados no curso do contrato, sem limitação expressa no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Impugnam-se, portanto, os itens que atribuem à operadora obrigação que nem a lei, nem os normativos da ANS lhe conferem e cuja imposição compromete a viabilidade econômica do negócio jurídico, ao exigir a assunção de responsabilidade por prestação futura, incerta e fora do controle da contratada.

5.7.2. MANIFESTAÇÃO TÉCNICA:

Assiste parcial razão ao impugnante.

A Lei nº 9.656, de 1998, na redação conferida pela Lei nº 14.454, de 2022, estabelece o rol taxativo das coberturas no âmbito da saúde suplementar, de acordo com o que estabelecida em norma editada pela ANS que admite atualizado a cada incorporação. Contudo, também previu hipótese nas quais, veja-se o art. 10, §§ 4º, 12 e 13, incisos I e II.

Por sua vez, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, está atualmente disciplinado pela RN nº 465, de 2021, norma que também define a natureza taxativa do rol, veja-se os arts. 1º e 2º.

Constatou-se que no mês de abril de 2024 a 2ª Seção do STJ confirmou a natureza taxativa do rol de procedimentos da ANS, embora com a possibilidade de mitigação em situações excepcionais de acordo com os critérios definidos pelo § 13º introduzido pela Lei nº 14.454, de 2022 (REsp 2.037.616/SP).

A matéria ainda não está pacificada. Isso porque na ADI 7265, o STF começou no dia 10/04/2025 a julgar a validade das mudanças na Lei dos Planos de Saúde que obrigam operadoras a cobrir tratamentos fora da lista da Agência Nacional de Saúde (ANS). O julgamento encontra-se suspenso (vide: <https://noticias.stf.jus.br/postsnoticias/stf-inicia-julgamento-sobre-lei-que-amplia-cobertura-de-planos-de-saude/>).

Em função do que exposto, forçoso reconhecer que as regras sobre as coberturas dos tratamentos de procedimentos, alteradas e inovadas pela Lei nº 14.454, de 2022, são plenamente eficazes, porque previstas em lei ordinária, podendo ser exigidas nos planos contratados após a sua vigência, em harmonia com a decisão do STJ citada.

Assim, embora a redação atacada do TR de fato estabeleça, de forma equivocada, o dever de a contratada absorver automaticamente os tratamentos e procedimentos novos que surgirem dentro do período de vigência contratual, sem mencionar os requisitos definidos pela redação do § 13 do art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998, também não poderá, como quer a impugnante, restringir a cobertura apenas e tão só ao rol de procedimentos da ANS, desconsiderado as situações que, mesmo não previstas no rol, admitem a cobertura, na forma do referido dispositivo legal.

Dessa forma, a EPC adotará a seguinte redação para o referido item do TR, a qual deverá ser reproduzida na minuta do contrato:

1.6.3 Todos os procedimentos novos que venham a ser incluídos no rol de procedimentos da ANS durante a vigência contratual deverão ser abrangidos pela cobertura da empresa a ser contratada. De acordo com o § 13 da Lei nº 9.656/1998.

1.6.3.1 No caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol de procedimentos da ANS a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que:

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou

II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.

1.6.3.2 Excluem-se ainda da cobertura do contrato:

5.8. QUESITO 8: Exigência de disponibilização de planos de saúde na modalidade individual/familiar

5.8.1. QUESTIONAMENTO:

Consta no item 1.6.5 do Termo de Referência - bem como em cláusula correspondente na minuta contratual - exigência de que a operadora participante do certame ofereça ou mantenha ativos planos na modalidade individual/familiar. Contudo, referida exigência não encontra respaldo na legislação vigente, tampouco nos normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A Lei nº 9.656/1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, não impõe às operadoras a obrigatoriedade de comercialização de qualquer modalidade específica de plano de saúde, sendo a definição da carteira de produtos uma decisão de natureza técnica, econômica e regulatória.

5.8.2. MANIFESTAÇÃO TÉCNICA:

Assiste parcial razão ao impugnante.

O tema da portabilidade de carências para beneficiários de planos de assistência à saúde está previsto na Resolução Normativa ANS nº 438, de 3 de dezembro de 2018. Embora a norma seja destinada a regular a portabilidade de planos familiares, essa possibilidade pode ocorrer em cenários específicos, como a perda do vínculo empregatício ou a rescisão do contrato do plano empresarial. Assim, alguns de seus princípios podem ser aplicados em situações de transição de um plano empresarial para um familiar.

Não se pode perder de vista que o Tribunal licitante integra a Administração Pública. Como tal, está adstrito aos princípios que regem o Estado Brasileiro, entre eles a dignidade da pessoa humana. Assim, embora o escopo da licitação seja de fato a contratação de um plano coletivo empresarial para seus servidores e dependentes, como registrado pelo impugnante, a perda da qualidade de beneficiário não retira da pessoa a sua condição de titular de direitos, na medida que previstos no ordenamento jurídico.

Nesse compasso, a EPC adotará a seguinte redação para o referido item do TR, a qual deverá ser reproduzida na minuta do contrato:

1.6 DAS ESPECIFICAÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS:

(...)

1.6.5 Desde que atendida as regras gerais sobre a portabilidade de carências disciplinadas pela Resolução Normativa ANS nº 438/2018, a contratada garantirá ao beneficiário que perder a qualidade de dependente do referido contrato a possibilidade de adesão a um plano na modalidade individual/familiar, caso disponível no momento da sua migração, com compatibilidade de cobertura do plano de origem, com o aproveitamento de carências já cumpridas, desde que assuma integralmente o valor praticado para a comercialização do produto ao qual faça a nova adesão.

(...)

5.9. QUESITO 9: Da remoção aeromédica

5.9.1. QUESTIONAMENTO:

A redação constante no Termo de Referência e na minuta contratual impõe à operadora contratada a obrigação de providenciar remoção aeromédica no prazo máximo de 12 (doze) horas, nos casos em que o procedimento for comprovadamente necessário, mediante apresentação de laudo circunstanciado emitido pelo médico assistente, quando não houver disponibilidade do serviço necessário ao tratamento do paciente no local de origem.

A rigor, não há, na legislação vigente ou nas normas regulatórias da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), qualquer dispositivo que imponha prazo específico, contado em horas, para o cumprimento da obrigação de remoção aeromédica. A Resolução Normativa nº 428/2017 da ANS, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, estabelece apenas que a cobertura deve ser garantida “quando caracterizada a necessidade do transporte Inter-hospitalar do paciente para realização de procedimento coberto pelo plano, com base em indicação médica devidamente justificada” – sem, contudo, estabelecer limite temporal fixo para sua execução.

5.9.2. MANIFESTAÇÃO TÉCNICA:

Assiste razão ao impugnante.

De fato, não existe uma norma da ANS que trate especificamente da remoção aeromédica, mas a agência reguladora se baseia nos princípios gerais da legislação (Lei nº 9.656, de 1998 - Lei dos Planos de Saúde e das

decisões judiciais que garantem o acesso a serviços de saúde em situações de urgência e emergência, bem como a cobertura de procedimentos indispensáveis para a preservação da vida e da saúde do beneficiário. Dessa forma, a EPC acolhe a redação sugerida pela impugnante para redação para do referido item do TR, a qual deverá ser reproduzida na minuta do contrato.

Deve ser destacado que, de acordo com a pesquisa realizada, a remoção aeromédica, ou transporte aeromédico, é o deslocamento de pacientes entre unidades de saúde ou de locais remotos por meio de aeronaves, como aviões ou helicópteros. Este serviço é crucial para o atendimento de pacientes que necessitam de cuidados médicos urgentes, especializados ou que se encontram em estado crítico, especialmente em áreas onde o transporte terrestre é difícil ou demorado. Essa remoção é exclusiva para os pacientes que tenham indicação para internação em UTI/CTI.

1.6 DAS ESPECIFICAÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS:

(...)

1.6.7 A operadora deverá providenciar a remoção aeromédica, quando caracterizada sua necessidade por meio de laudo circunstanciado emitido pelo médico assistente, após apresentação da documentação necessária, observadas as condições clínicas do paciente, a disponibilidade de vaga hospitalar na unidade de destino, bem como as condições logísticas e meteorológicas e as autorizações pertinentes ao tráfego aéreo, respeitado o tempo razoável necessário para garantir a segurança e eficácia do procedimento.

1.6.8 Excluir

1.6.9 Excluir

5.10. QUESITO 10: Exigências documentais específicas para cooperativas - itens 8.9.3.1 e 8.9.3.2 do Termo de Referência

5.10.1. QUESTIONAMENTO:

O Termo de Referência, em seus itens 8.9 3.1 e 8.9.3.3, estabelece as seguintes exigências complementares para cooperativas (...). Tais exigências, no entanto, excedem os limites da razoabilidade, da legalidade e da compatibilidade com o modelo jurídico das cooperativas, motivo pelo qual devem ser impugnadas e suprimidas do instrumento convocatório.

5.10.2. MANIFESTAÇÃO TÉCNICA:

Assiste razão ao impugnante.

Embora as referidas regras constem do modelo padronizado de termo de referência adotado pelo Tribunal licitante - que por sua vez seguiu a redação do modelo padronizado da AGU - as regras melhor se adequam cooperativas de trabalho reguladas Lei nº 12.690, de 2012, justamente na tentativa de evitar-se os contratos fraudulentos de trabalho assalariado travestidos em prestação de serviços cooperados.

Nota-se que, em relação aos dispositivos impugnados, o edital prevê somente a apresentação de relação atualizada de cooperados que atendem aos requisitos técnicos exigidos para a contratação. Tal encargo, segundo o próprio impugnante, poderá ser cumprido pela apresentação da relação dos cooperados com seus respectivos locais de atendimento extraída de forma oficial do Guia Médico da rede credenciada, o qual é atualizado periodicamente e reflete a rede assistencial efetivamente disponível para execução do contrato. Por fim, a comprovação do capital social proporcional ao número de cooperados necessários à prestação do serviço, listado no item 8.9.3.3 do TR, pode ser dispensado para o objeto demandado. Isso porque, o item 8.5 do edital, que trata da comprovação da habilitação econômica-financeira, traz exigências suficientes para a sustentabilidade econômica do contrato.

Dessa forma, como não se trata de matéria associada diretamente ao objeto licitado, mas de uma condição de participação e habilitação, a EPC sugere a exclusão dos itens 8.9.3.1, 8.9.3.2. e 8.9.3.3 do TR, salvo entendimento divergente do Pregoeiro.

5.10.4. ELEMENTOS CORRELATOS:

a) ainda sobre a participação de Cooperativa, dispõe o Termo de Referência (1351846):

8.9.3 Caso admitida a participação de cooperativas, será exigida a seguinte documentação complementar:

8.9.3.1 O registro previsto na Lei n. 5.764, de 1971, art. 107;

8.9.3.2 A comprovação de integração das respectivas quotas-partes por parte dos cooperados que executarão o contrato; e

8.9.3.3 Os seguintes documentos para a comprovação da regularidade jurídica da cooperativa: a) ata de fundação; b) estatuto social com a ata da assembleia que o aprovou; c) regimento dos fundos instituídos pelos cooperados, com a ata da assembleia; d) editais de convocação das três últimas assembleias gerais extraordinárias; e) três registros de presença dos cooperados que executarão o contrato em assembleias gerais ou nas reuniões seccionais; e f) ata da sessão que os cooperados autorizaram a cooperativa a contratar o objeto da licitação;

8.9.3.4 A última auditoria contábil-financeira da cooperativa, conforme dispõe o art. 112 da Lei n. 5.764, de 1971, ou uma declaração, sob as penas da lei, de que tal auditoria não foi exigida pelo órgão fiscalizador.

b) Na mesma linha de raciocínio, temos como necessária a retirada das exigências de:

b.1) comprovação de integração das respectivas quotas-partes por parte dos cooperados que executarão o contrato, uma vez que, nesse caso específico de operadoras de planos de saúde, não há necessidade de que necessariamente o cooperado execute o atendimento médico, visto que o atendimento pode ser realizado por rede credenciada ou mesmo por particular não credenciado, mediante reembolso. Logo, a exigência parece não se aplicar ao objeto em questão.

b.2) regimento dos fundos instituídos pelos cooperados, com a ata da assembleia; editais de convocação das três últimas assembleias gerais extraordinárias; três registros de presença dos cooperados que executarão o contrato em assembleias gerais ou nas reuniões seccionais; ata da sessão que os cooperados autorizaram a cooperativa a contratar o objeto da licitação. Trata-se de elementos desnecessários à licitação, podendo ser verificado durante a execução contratual, caso se torne necessário.

b.3) última auditoria contábil-financeira da cooperativa. Trata-se de exigência que será suprida pela qualificação econômica-financeira já exigida dentre os documentos de habilitação.

5.11. QUESITO 11: Exigência de garantia da contratação - Carta Fiança

5.11.1. QUESTIONAMENTO:

Consta no Termo de Referência, no item 4.5 e seguintes, a previsão de exigência de garantia contratual nos moldes do art. 96 e seguintes da Lei nº 14.133/2021, correspondente ao percentual de 5% do valor global do contrato, a ser prestada por meio de caução, fiança bancária ou seguro-garantia. Embora a legislação geral de licitações permita tal exigência, impugna-se a aplicação dessa regra a contratos de planos privados de assistência à saúde, especialmente quando celebrados com operadoras de saúde suplementar devidamente autorizadas e reguladas pela ANS, em razão da existência de garantias setoriais específicas e suficientes, já exigidas por norma infralegal própria.

5.11.2. MANIFESTAÇÃO TÉCNICA:

Não assiste razão ao impugnante.

A exigência de garantia à execução do contrato tem expressa previsão legal no art. 96 da Lei nº 14.133, de 2021, que a admite em quatro modalidades, podendo o contrato escolher entre elas - e não apenas pela fiança bancária, como indicado pelo impugnante.

Como visto pela redação expressa da norma, a exigência de garantia é uma faculdade conferida à Administração, que deve analisar a sua necessidade em face das características de cada contrato, sempre no intuito de garantir a sua fiel e regular execução. Dessa forma, A EPC considerou os incidentes ocorridos em contratos com o mesmo objeto, no qual a liquidação das obrigações pecuniárias impostas à contratada só foram efetivadas pela execução da garantia contratual da operadora do plano de saúde então contratada. Tal situação se deu muito embora essa mantivesse os ativos garantidores, conforme determinado pelas normas da ANS, em especial as disposições da RN nº 521, de 2022.

(...)

Dessa forma, tendo como norte que a garantia exigida nas contratações públicas deve ser proporcional às obrigações que se pretende caucionar durante a execução do contrato e que o dimensionamento do percentual de 5% sobre o valor global do contrato de mais de 38 milhões de Reais poderá produzir um ônus não considerado na estimativa do valor da contratação, esta EPC irá reduzir o percentual da garantia para 1% do valor global do contrato, patamar entendido como necessário e suficiente para a finalidade buscada com a exigência.

Dessa forma, a EPC adotará a seguinte redação para o referido item do TR, a qual deverá ser reproduzida na minuta do contrato:

4. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

(...)

Garantia da contratação:

4.5 Será exigida a garantia da contratação de que tratam os arts. 96 e seguintes da Lei nº 14.133, de 2021, no percentual de 1% do valor global estimado do contrato, conforme regras previstas no contrato.

(...)

5.12. QUESITO 12: Da manutenção do beneficiário exonerado no plano de saúde

5.12.1. QUESTIONAMENTO:

Consta do Termo de Referência, no item 1.8.5, a previsão de que (...). Todavia, a redação apresenta incompletude normativa ao limitar o direito à manutenção no plano à mera assunção do pagamento integral, omitindo outros requisitos legais e regulamentares essenciais à validade desse direito.

5.12.2. MANIFESTAÇÃO TÉCNICA:

Assiste razão ao impugnante.

A Lei nº 9.656, de 1998, ao prever o direito à manutenção da condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, àqueles que perderem o vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, previu, além do ônus do pagamento integral, outros critérios, tal como o período de manutenção do plano

A matéria encontra-se regulamentada pela Resolução Normativa ANS nº 488, de 29 de março de 2022, que dispõe especificamente sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998.

Nesse compasso, a EPC adotará a redação sugerida pela impugnante, com pequenos ajustes, para o referido item do TR, a qual deverá ser reproduzida na minuta do contrato:

1. DEFINIÇÃO DO OBJETO

(...)

1.8 DO PÚBLICO ALVO:

(...)

1.8.5. Nos termos do artigo 30 da Lei nº 9.656/98 e das normas regulamentares expedidas pela ANS, especialmente da RN ANS nº 488, de 2022, será assegurado ao beneficiário exonerado o direito à manutenção no plano, desde que atendidos os requisitos legais e regulatórios, inclusive quanto à contribuição durante a vigência do vínculo e demais condições previstas nos referidos normativos e neste contrato.

(...)

5.13. QUESITO 13: Da entrega de cartões físicos aos beneficiários

5.13.1. QUESTIONAMENTO:

O item 5.13.12 do Termo de Referência determina que a operadora contratada deverá (...). Contudo, a exigência de emissão e entrega de cartão físico a todos os beneficiários mostra-se anacrônica, onerosa e incompatível com a atual realidade tecnológica da saúde suplementar, motivo pelo qual se impugna a referida cláusula, requerendo sua adequação.

5.13.2. MANIFESTAÇÃO TÉCNICA:

Assiste razão ao impugnante.

A exigência da emissão de cartão físico aos beneficiários do plano de saúde, na forma do item 5.3.12 do TR, tem como justificativa o perfil dos usuários. Há um número considerável de pessoas que não se sentem confortáveis com a utilização de cartões ou outras mídias digitais.

Contudo, nota-se que a Resolução Normativa ANS nº 509, de 30 de março de 2022, que dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar e estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil, traz uma clara opção pela digitalização dos dados pelas operadoras de planos de saúde, embora não vede a emissão de cartões físicos aos usuários.

Dessa forma, embora ponderando as considerações do impugnante, mas atento às necessidades do público usuário do plano, a EPC adotará a seguinte redação para o referido item do TR:

5. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

(....)

5.13 Deveres e Responsabilidades da Contratada:

(...)

5.13.12 Entregar cartão físico de todos os beneficiários, inicialmente inscritos pelo contratante no prazo de 20 (vinte) dias úteis contados da assinatura do instrumento contratual e conceder acesso ao cartão virtual e aplicativo imediatamente após finalizada a inclusão dos beneficiários.

5.13.12.1 O cartão físico dos beneficiários poderá ser substituído pelo envio ao contratante, em idêntico prazo, dos dados digitais individuais de cada beneficiário para impressão física e fornecimento às pessoas que manifestarem interesse.

5.14. QUESITO 14: Do prazo de resposta as demandas da contratante

5.14.1. QUESTIONAMENTO:

O item 5.13.19 do Termo de Referência estabelece que (...). Contudo, a previsão de prazo fixo de 48 horas corridas, sem qualquer qualificação quanto à natureza da solicitação, é desproporcional e inexecutável, especialmente no contexto de contratos com elevado volume de beneficiários, complexidade técnica das informações demandadas e necessidade de interação entre múltiplas áreas da operadora para obtenção de dados consistentes e formalmente válidos.

5.14.2. MANIFESTAÇÃO TÉCNICA:

Assiste razão ao impugnante.

A previsão do prazo único de 48 horas para a contratada responder todas as demandas do contratante formalizadas por meio de ofícios, notificações ou consultas apresenta-se, de fato, desarrazoada. Na verdade, a definição de um prazo único, independentemente de qual seja, também não se mostra racional. Nota-se que o TR e a minuta do contrato já estabelecem diversos prazos diferenciados para o cumprimento das obrigações, de acordo com a suas especificidades.

Dessa forma, a EPC adotará a seguinte redação para o referido item do TR:

5. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

(....)

5.13 Deveres e Responsabilidades da Contratada:

(...)

5.13.19 Quando o prazo de resposta não estiver definido por lei, pelas normas regulamentares aplicáveis aos serviços objeto do contrato, ou previsto de forma expressa no próprio contrato, responder, no prazo razoável definido pela equipe de fiscalização ou pela equipe de gestão do contrato, às demandas da contratante formalizadas por meio de ofícios, notificações ou consultas, independentemente o meio de comunicação.

5.15. QUESITO 15: Reajuste no prazo de um ano - mudança de faixa etária

5.15.1. QUESTIONAMENTO:

O Termo de Referência estabelece em seu inciso I, do item 9.4.1 que (...). Diante do exposto, impugna-se a redação atual, requerendo a inclusão expressa de ressalva quanto à possibilidade de readequação de valores em razão da mudança de faixa etária do beneficiário, conforme disciplinado pela RN ANS nº 6312003 e nos termos do contrato coletivo empresarial a ser celebrado.

5.15.2. MANIFESTAÇÃO TÉCNICA:

Assiste razão ao impugnante.

Embora o item 9.3.3 do TR traga disposições sobre as variações de preços das faixas etárias e o item 6.12 da cláusula sexta da minuta do contrato, que trata do pagamento, explicita que o valor do contrato é calculado per capita por faixa etária, as disposições da cláusula nona da minuta do contrato, que diz respeito ao reajuste dos valores contratados, não fez menção à possibilidade de reclassificação dos valores por mudança de faixa etária dos beneficiários durante a execução do contrato, o que pode levar à questionamentos de que esse procedimento estaria vedado.

A matéria encontra-se atualmente disciplinada pela Resolução Normativa ANS nº 563, de 15 de dezembro de 2022 (que revogou expressamente a RN ANS nº 63, de 2023, citada pelo impugnante)

Dessa forma, a EPC adotará incluirá um novo item no TR para tratar da possibilidade de reclassificação dos valores por mudança de faixa etária dos beneficiários durante a execução do contrato, a qual deverá ser reproduzida na minuta do contrato:

9. ESTIMATIVA DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

(....)

9.4.3 Independentemente da ocorrência das formas de atualização dos valores do contrato previstas nos subitens 9.4.1 e 9.4.2 deste termo de referência, é garantida a reclassificação automática dos valores por mudança de faixa etária em estrita observância aos limites e demais regras definidas pela Resolução Normativa ANS nº 563, de 2022 ou outra norma da ANS que vier a alterá-la ou sucedê-la.

5.16. QUESITO 16: Índice de reajuste em prorrogações

5.16.1. QUESTIONAMENTO:

O Termo de Referência estabelece em seu inciso II, do item 9.4.1 que (...). Contudo, impugna-se a previsão da aplicação do IPCA como único índice de reajuste no caso de prorrogação do contrato, especialmente por se tratar de contrato com objeto relacionado a saúde suplementar. O IPCA é um índice de Inflação geral ao consumidor e não reflete a dinâmica de custos específicos do setor da saúde.

5.16.2. MANIFESTAÇÃO TÉCNICA:

Não assiste razão ao impugnante.

O reajuste contratual tem amparo em diversos dispositivos da Lei nº 14.133, de 2021, adiante transcritos: art. 6º, LVIII, 25, §§ 7º e 8º, 92, V, §§ 3º e 4º, I.

(...)

Contudo, como já registrados, o contrato prevê expressamente outras salvaguardas ao contratado para a manutenção da equação econômico-financeira do contrato. Além a Administração contratante deve considerar o fato de que os custos do processo não são cobertos exclusivamente com recursos públicos. Em face do orçamento escasso e do elevado preço praticado pelas operadoras de planos de saúde, a participação dos servidores no custeio das mensalidades dos planos têm aumentado significativamente nos últimos anos. Tal fato tem gerado, inclusive, pedidos de exclusão de dependentes do plano de saúde contratado por este Tribunal.

Isso porque os reajustes dos vencimentos dos servidores públicos não são automáticos ou possuem periodicidade predefinida. São esporádicos e nem de longe cobrem os índices oficiais de inflação, que como sabido, nos últimos anos têm se balizado pelo IPCA questionado. Dessa forma, a adoção de índice setorial para o reajuste anual automático dos valores do contrato, que certamente os elevará para patamares superiores à correção do IPCA, poderá inviabilizar a continuidade de diversos beneficiários no plano que se pretende contratar.

Por fim, conforme já registrado, ao contrário do que afirmado pelo impugnante, não é verdade que o edital preveja a aplicação exclusiva do IPCA para a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato. Não se pode perder de vista que, tratando-se de um contrato que busca a prestação de serviços de saúde, extremamente regrados pelas normas da ANS, há previsão expressa de outras salvaguardas para a manutenção da equação econômico-financeira do contrato.

É o caso da reclassificação automática dos valores por mudança de faixa etária, o reajuste por sinistralidade e a previsão da possibilidade de reequilíbrio econômico-financeiro, nas situações previstas em lei (art. 124, II, "d", da LLC)

6. COMPETÊNCIA LEGAL;

- a) o item 2.2.2 do edital confere ao Pregoeiro a competência para decidir sobre as impugnações;
- b) o item 11.11 do edital confere à Autoridade Competente a competência para revogação ou anulação do certame.

7. Assim, considerando a competência a mim atribuída pelo item 2.2.2 do edital:

- a) conheço da impugnação, tendo-a como tempestiva e legítima;
- b) acolho a manifestação técnica na Equipe de Planejamento da Contratação, posto que muito bem fundamentada;
- c) julgo PROCEDENTE a impugnação relativamente aos quesitos 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.9, 5.10, 5.12, 5.13, 5.14 e 5.15 acima;
- d) julgo PARCIALMENTE PROCEDENTE a impugnação relativamente aos quesitos 5.6, 5.7 e 5.8 acima;
- e) julgo IMPROCEDENTE a impugnação relativamente aos quesitos 5.11, e 5.16 acima;
- f) manifesto-me pela ANULAÇÃO do Pregão Eletrônico 90005/2024, dados os vícios de ilegalidade apontados pelo impugnante e acatados pela Equipe de Planejamento da Contratação;
- g) manifesto-me pela não exigências dos elementos apontados no item 5.10.4, "b", acima;
- h) manifesto-me pela publicação de um novo edital, com novo número de licitação, observadas as questões aqui enfrentadas.

8. A impugnação será respondida por e-mail ao impugnante e disponibilizada no sistema ComprasGov e na página do Portal de Transparência do TRE-RO, além de juntado aos autos do proc. administrativo respectivo.

Porto Velho, 30 de abril de 2025.

ANDERCLEDSON REIS

Pregoeiro

licitacao@tre-ro.jus.br

(69)3211-2082



TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE RONDÔNIA **SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO, ORÇAMENTO, FINANÇAS E CONTABILIDADE** **ASSESSORIA DE LICITAÇÕES E CONTRATAÇÕES**

MISSÃO: Garantir contratações planejadas, ágeis, sustentáveis, transparentes e com qualidade excelente.

VISÃO DE FUTURO: Ser referência no Judiciário em qualidade nas contratações.

VALORES: Acessibilidade, agilidade, eficiência, ética, imparcialidade, inovação, integridade, segurança jurídica, sustentabilidade, transparência e responsabilização.



De: Andercledson Reis

Enviada em: quarta-feira, 23 de abril de 2025 10:44

Para: 'Leila de Oliveira Lopes' <leilaoliveira@unimedportovelho.coop.br>

Cc: Hermenson Pereira da Silva <Hermenson.Silva@tre-ro.jus.br>; Lucas Sousa Castro <Lucas.Castro@tre-ro.jus.br>

Assunto: RES: IMPUGNAÇÃO AO EDITAL DE PREGÃO ELETRÔNICO Nº 90005/2025_TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL - UNIMED PORTO VELHO

À Sra. Leila de Oliveira Lopes
UNIMED PORTO VELHO

Em virtude da alta demanda serviços, a unidade técnica informou a este Pregoeiro que não será possível apresentar a resposta no prazo estipulado.

Assim sendo, o certame será suspenso e os prazos serão reabertos tão logo a resposta seja apresentada. A resposta também será divulgada no sistema e enviada por e-mail.

Atenciosamente.

ANDERCLEDSON REIS

Pregoeiro

licitacao@tre-ro.jus.br

(69)3211-2082



TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO, ORÇAMENTO, FINANÇAS E CONTABILIDADE
ASSESSORIA DE LICITAÇÕES E CONTRATAÇÕES

MISSÃO: Garantir contratações planejadas, ágeis, sustentáveis, transparentes e com qualidade excelente.

VISÃO DE FUTURO: Ser referência no Judiciário em qualidade nas contratações.

VALORES: Acessibilidade, agilidade, eficiência, ética, imparcialidade, inovação, integridade, segurança jurídica, sustentabilidade, transparência e responsabilização.



De: Andercledson Reis

Enviada em: terça-feira, 22 de abril de 2025 17:34

Para: 'Leila de Oliveira Lopes' <leilaoliveira@unimedportovelho.coop.br>

Assunto: RES: IMPUGNAÇÃO AO EDITAL DE PREGÃO ELETRÔNICO Nº 90005/2025_TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL - UNIMED PORTO VELHO

Boa tarde!

Impugnação recebida.

Atenciosamente.

ANDERCLEDSON REIS

Pregoeiro

licitacao@tre-ro.jus.br

(69)3211-2082



TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO, ORÇAMENTO, FINANÇAS E CONTABILIDADE
ASSESSORIA DE LICITAÇÕES E CONTRATAÇÕES

MISSÃO: Garantir contratações planejadas, ágeis, sustentáveis, transparentes e com qualidade excelente.

VISÃO DE FUTURO: Ser referência no Judiciário em qualidade nas contratações.

VALORES: Acessibilidade, agilidade, eficiência, ética, imparcialidade, inovação, integridade, segurança jurídica, sustentabilidade, transparência e responsabilização.

De: Leila de Oliveira Lopes <leilaoliveira@unimedportovelho.coop.br>

Enviada em: terça-feira, 22 de abril de 2025 16:41

Para: Licitação <licitacao@tre-ro.jus.br>

Cc: Jurídico <juridico@unimedportovelho.coop.br>; Lilian Carvalho <lilian@unimedportovelho.coop.br>; Andrei Celcius Tenório de Gusmão <andreigusmao@unimedportovelho.coop.br>; Saleh Razzak <saleh@unimedportovelho.coop.br>; Inteligência de Negócios <negocios@unimedportovelho.coop.br>

Assunto: RE: IMPUGNAÇÃO AO EDITAL DE PREGÃO ELETRÔNICO Nº 90005/2025_TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL - UNIMED PORTO VELHO

Boa tarde, prezados!

Gostaria de confirmar o recebimento do e-mail com nosso pedido de impugnação.

Obrigada e ficamos no aguardo da confirmação.

Atenciosamente,

Leila de Oliveira
Gerente
Área Inteligência de Negócios
Unimed Porto Velho
Tel. Call center/WhatsApp: (069) 3217-2000



De: Leila de Oliveira Lopes

Enviado: terça-feira, 22 de abril de 2025 10:02

Para: licitacao@tre-ro.jus.br <licitacao@tre-ro.jus.br>

Cc: Jurídico <juridico@unimedportovelho.coop.br>; Lilian Carvalho <lilian@unimedportovelho.coop.br>; Andrei Celcius Tenório de Gusmão <andreigusmao@unimedportovelho.coop.br>; Saleh Razzak <saleh@unimedportovelho.coop.br>; Inteligência de Negócios <negocios@unimedportovelho.coop.br>

Assunto: IMPUGNAÇÃO AO EDITAL DE PREGÃO ELETRÔNICO Nº 90005/2025 TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL - UNIMED PORTO VELHO

Bom dia, prezados!

A/C: Pregoeiro responsável pelo EDITAL DE PREGÃO ELETRÔNICO Nº 90005/2025 do Tribunal Regional Eleitoral de Rondônia

A Unimed Porto Velho, vem por meio deste, através do documento em anexo, realizar a manifestação acerca de itens contidos no Termo de Referência/Edital que, após análise técnica, considerou-se passível de impugnação por esta operadora de planos de saúde. Todos os itens impugnados e sua fundamentação, estão dispostos no anexo a este e-mail.

Desde já, agradecemos a atenção e ficamos no aguardo.

Cordialmente,

Leila de Oliveira
Gerente
Área Inteligência de Negócios
Unimed Porto Velho
Tel. Call center/WhatsApp: (069) 3217-2000





MANIFESTAÇÃO Nº 22/2025 - PRES/DG/SGP/COEDE/SAMES

ASSUNTO: **Impugnação ao edital de Pregão Eletrônico 90005/2025** - Contratação de pessoa jurídica operadora de Plano de Assistência à Saúde - Impugnante: UNIMED PORTO VELHO - Sociedade Cooperativa Médica.

01. A UNIMED PORTO VELHO - Sociedade Cooperativa Médica, inscrita no CNPJ sob nº 05.657.234/0001-20, apresentou, nesta data de 22/04/2025, **impugnação** (1349389) ao edital de Pregão Eletrônico 90005/2025, que tem como objeto a contratação de pessoa jurídica operadora de Plano de Assistência à Saúde. Assim o Pregoeiro deste Tribunal solicitou manifestação da Equipe de Planejamento da Contratação para todos pontos questionados (1349391). Apontou que devido ao exíguo prazo legal para resposta, a manifestação deveria ser apresentada **até o final do expediente do dia 23/04/2025**, tempo hábil para análise e decisão do Pregoeiro e formulação da proposta por parte do impugnante.

02. Em função justamente do prazo reduzido, os membros do EPC rapidamente se reuniram para uma primeira análise do conteúdo da impugnação. Constatou-se que alguns pontos questionados do TR e do edital deverão ser realmente alterados para adequação à legislação e regulamentação dos planos de saúde coletivos. Assim, de plano, a Chefia da SAMES, solicitou a suspensão do certame para elaboração fundamentada da resposta, adequação dos documentos, nova aprovação e republicação do certame (1349743).

03. Dessa forma, passa-se à análise de cada um dos pontos questionados:

Item 1.1 Legislação aplicável no caso de Cooperativa de trabalho médico atuando na saúde suplementar:

Texto impugnado do edital:

8.2.2.1. A constituição e o funcionamento da cooperativa devem observar as regras estabelecidas na legislação aplicável, em especial a Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, a Lei nº 12.690, de 19 de julho de 2012, e a Lei Complementar nº 130, de 17 de abril de 2009.

Assiste razão ao impugnante.

A Lei nº 12.690, de 19 de julho de 2012, dispõe sobre a organização e o funcionamento das **cooperativas de trabalho**, sendo que o Parágrafo único do art. 1º estabelece expressamente que suas regras **não** se aplicam às cooperativas de assistência à saúde na forma da legislação de saúde suplementar.

Na mesma linha, a Lei Complementar nº 130, de 17 de abril de 2009 regula **exclusivamente as cooperativas de crédito**, integrantes do Sistema Nacional de Crédito Cooperativo, não alcançando cooperativas médicas ou operadoras de saúde suplementar.

Dessa forma, a EPC propõe a seguinte redação para o referido item do edital:

8.2.2.1. A constituição e o funcionamento da cooperativa devem observar as regras estabelecidas na legislação aplicável, em especial a Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971.

Item 1.2 Da cobertura para internação psiquiátrica:

Texto impugnado do TR, Anexo III do edital:

1.5 DOS SERVIÇOS A SEREM REALIZADOS:

(...)

1.5.3 Os beneficiários terão direito a serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos constantes do rol de procedimentos ANS, plano ambulatorial e hospitalar com cobertura obstétrica, considerando-se que as cirurgias, inclusive para correção da visão, e as internações psiquiátricas e para recuperação de dependência, atenderão as características e limites estabelecidos pelo Rol de Procedimentos e Eventos da ANS.

O impugnante destaca que a cláusula que trata da **cobertura para internação psiquiátrica, não faz menção** à possibilidade expressamente prevista pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) quanto à **aplicação de coparticipação nos casos que excedam o limite legal de cobertura integral**. Cita que, de acordo com o art. 22, inciso II, da Resolução Normativa ANS nº 387/2015, **seria permitida a aplicação de fator moderador (coparticipação) para internações psiquiátricas após ultrapassados 30 dias (contínuos ou não), dentro do período de 12 meses de vigência do contrato, desde que tal previsão conste de forma expressa no instrumento contratual**.

Assim, requer a retificação do edital, do termo de referência e da minuta contratual para constar de forma expressa e transparente aos beneficiários a aplicação da **coparticipação nos casos de internação psiquiátrica excedente**, adotando-se, inclusive, a mesma redação já consolidada nos demais contratos por ela firmados, para que se adeque ao disposto na RN ANS nº 387/2015, ao entendimento do STJ (Tema nº 1032) e à

prática consolidada da operadora, garantindo segurança jurídica e a continuidade da regulação assistencial vigente.

Assiste razão ao impugnante.

Na verdade, a questão levantada não está regulada pela RN ANS nº 387/2015 - já revogada, mas está atualmente disciplinada pela **RN ANS nº 465, de 2021**, veja-se:

(...)

Art. 19. O Plano Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso X deste artigo e, devendo garantir cobertura para:

I - internação hospitalar, em todas as suas modalidades, em número ilimitado de dias;

II - quando houver previsão contratual de mecanismos financeiros de regulação para internação hospitalar, o referido aplica-se a todas as especialidades médicas, contudo, a coparticipação, nas hipóteses de internações psiquiátricas, somente poderá ser exigida considerando os seguintes termos, que deverão ser previstos em contrato:

a) somente haverá fator moderador quando ultrapassados trinta dias de internação contínuos ou não, a cada ano de contrato; e

b) a coparticipação poderá ser crescente ou não, estando limitada ao máximo de cinquenta por cento do valor contratado entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e o respectivo prestador de serviços de saúde.

III - atendimento em hospital-dia para o tratamento de transtornos mentais, de acordo com o disposto nos Anexos desta Resolução Normativa

Por sua vez, nota-se que a matéria foi objeto do **Tema Repetitivo nº 1032**, no qual o **STJ** definiu a possibilidade da cláusula de coparticipação expressamente ajustada e informada ao consumidor, à razão máxima de 50% (cinquenta por cento) do valor das despesas, nos casos de internação superior a 30 (trinta) dias por ano, decorrente de transtornos psiquiátricos, preservada a manutenção do equilíbrio financeiro, veja-se:

RECURSO ESPECIAL REPRESENTATIVO DE CONTROVÉRSIA - ARTIGO 1036 E SEQUENTES DO CPC/2015 - AÇÃO COMINATÓRIA DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C DECLARATÓRIA DE NULIDADE CONTRATUAL - PROCEDÊNCIA DA DEMANDA, NA ORIGEM, ANTE A ENTÃO REPUTADA ABUSIVIDADE NA LIMITAÇÃO DE COBERTURA APÓS O TRIGÉSIMO DIA DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA - INSURGÊNCIA DA OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE VOLTADA À DECLARAÇÃO DE LEGALIDADE DA CLÁUSULA CONTRATUAL DE PLANO DE SAÚDE QUE ESTABELECE O PAGAMENTO PARCIAL PELO CONTRATANTE, A TÍTULO DE COPARTICIPAÇÃO, NA HIPÓTESE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUPERIOR A 30 DIAS DECORRENTE DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS.

1. Para fins dos arts. 1036 e seguintes do CPC/2015:

1.1 Nos contratos de plano de saúde não é abusiva a cláusula de coparticipação expressamente ajustada e informada ao consumidor, à razão máxima de 50% (cinquenta por cento) do valor das despesas, nos casos de internação superior a 30 (trinta) dias por ano, decorrente de transtornos psiquiátricos, preservada a manutenção do equilíbrio financeiro.

2. Caso concreto:

2.1 Inviável conhecer da tese de negativa de prestação jurisdicional, pois a simples menção de preceito legal, de modo genérico, sem explicitar a forma como ocorreu sua efetiva contrariedade pelo Tribunal de origem, manifesta deficiência na fundamentação do recurso especial a atrair a incidência da Súmula 284 do STF.

2.2 Inexistindo limitação de cobertura, mas apenas previsão de coparticipação decorrente de internação psiquiátrica por período superior a 30 dias anuais, deve ser afastada a abusividade da cláusula contratual com a consequente improcedência do pedido veiculado na inicial.

3. Recurso especial conhecido em parte e, na extensão, provido. (sem destaques no original)

Como visto, tratando-se de internações psiquiátricas, o fator moderador, ou coparticipação, "pode" ser estabelecido nos contratos de planos de saúde. Por sua vez, a impugnante afirma que a omissão dessa possibilidade no termo de referência **"cria risco de insegurança jurídica, elevação injustificada de custos e descaracterização dos critérios regulatórios e atuariais atualmente praticados, os quais já foram validados em contratos anteriores celebrados com entes da Administração Pública."**

Embora a impugnante não tenha comprovado que a regra do edital, se mantida, levaria à (...) **descaracterização dos critérios (...) atuariais atualmente praticados, os quais já foram validados em contratos anteriores celebrados com entes da Administração Pública.**" havendo previsão normativa para a coparticipação e seus limites, **é razoável presumir** que as operadoras de plano de saúde trabalhem com dados atuariais de seus custos que considerem tais elementos. De outro lado, a sinistralidade de 75% prevista para o contrato não considerou internações psiquiátricas ilimitadas. Assim, alteração da regra se faz necessária.

Contudo, deve-se enfatizar que, na verdade, não foram previstas internações psiquiátricas ilimitadas, haja vista que a redação do 1.5 do TR é expressa ao afirmar que essas, assim como as demais, atenderão as características e limites estabelecidos pelo Rol de Procedimentos e Eventos da ANS. Todavia, a regra expressa evitará equívocos que podem gerar eventuais questionamentos.

Dessa forma, a EPC adotará a seguinte redação para o referido item do TR:

Redação sugerida pela UNIMED.

1.5.3 (...)

1.5.3.1 No Tratamento de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, estão incluídos:

i. O atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de

danos morais e patrimoniais importantes;

ii. A psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, **com duração máxima de 12 (doze) semanas**, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas.

iii. O tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

Dessa forma, a EPC propõe a seguinte redação para o referido item do edital:

1.5.3 (....)

1.5.3.1 Cobertura de atendimento psiquiátrico, de acordo com as seguintes diretrizes:

I - Nível Ambulatorial:

i. o atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

ii. a psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental;

iii. sessões de psicoterapia, conforme normas definidas pela ANS.

II - Nível Hospitalar: Fica garantido o custeio integral de 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica no período de um ano, contados a partir do primeiro dia de internamento, cabendo ao Contratante/Beneficiário o pagamento de coparticipação de 50% (cinquenta por cento) sobre o total da despesa a partir do 31º (trigésimo) dia de internação, observados os valores praticados pela contratada.

Item 1.3 Da cobertura de despesas do acompanhante:

Texto impugnado do TR, Anexo III do edital:

1.6 DAS ESPECIFICAÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS:

1.6.1 A Contratada deverá oferecer, observados os limites impostos pelo rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS:

(...)

III - Cobertura de internações hospitalares em quarto individual com banheiro privativo e com direito a um acompanhante, com fornecimento de alimentação pela unidade hospitalar, sendo vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, inclusive quanto a procedimentos obstétricos;

IV - A abrangência da cobertura de despesas de acompanhamento refere-se ao fornecimento de alimentação ao acompanhante, pela contratada, para usuários na faixa etária de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos e acima de 60 (sessenta) anos, independente da gravidade do caso. E nos casos de maior gravidade, independente da faixa etária, onde a presença de um acompanhante seja imprescindível, desde que tal necessidade seja devidamente comprovada pelo médico assistente;

(...)

O impugnante argumenta que a redação do item IV do TR não contempla integralmente o que determina a legislação vigente sobre a cobertura obrigatória das despesas com acompanhante, sendo, portanto, necessária a sua adequação às disposições da Resolução Normativa ANS nº 465 de 2021. Destaca que, nos termos dos arts. 19 e 21 dessa norma, a operadora de plano privado de assistência à saúde é obrigada a garantir a cobertura integral das despesas com alimentação e acomodação do acompanhante nas seguintes hipóteses, salvo contraindicação justificada por escrito pelo profissional assistente:

I - crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;

II - pessoas idosas com 60 (sessenta) anos ou mais;

III - pessoas com deficiência;

IV - mulheres internadas no período pré-parto, parto e pós-parto imediato.

Registra que a ausência desses dispositivos no edital pode gerar incerteza jurídica quanto ao escopo da cobertura exigida, além de representar descumprimento direto da regulamentação da ANS, que possui força vinculante nos contratos celebrados entre o poder público e operadoras de planos de saúde, motivo pelo qual requer que a regra seja ajustada, garantindo que o contrato observe a regulamentação setorial vigente e evite potenciais litígios ou glosas administrativas decorrentes da omissão da obrigação legal.

Assiste razão ao impugnante.

A matéria do acompanhante clínico está assim disciplinada pela RN ANS nº 465, de 2021:

(...)

Art. 19. O Plano Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso X deste artigo e, devendo garantir cobertura para:

(...)

VII - despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contraindicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:

- a) crianças e adolescentes menores de 18 anos;**
- b) idosos a partir dos 60 anos de idade; e**
- c) pessoas com deficiência;**
- (...)

Art. 21. O Plano Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida no art. 19, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, devendo garantir cobertura para:

I - despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

- a) pré-parto;**
- b) parto; e**
- c) pós-parto imediato, entendido como o período que abrange dez dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico;**
- (...)

Nesses termos, forçoso reconhecer que a regra do edital estabelecendo a obrigação da operadora de saúde garante "*(...) nos casos de maior gravidade, independente da faixa etária, onde a presença de um acompanhante seja imprescindível, desde que tal necessidade seja devidamente comprovada pelo médico assistente;*" não encontra respaldo no referido regulamento da ANS. De igual forma, a sinistralidade de 75% prevista para o contrato também não considerou os possíveis efeitos dessa despesa na execução do contrato. Assim, tem-se que a alteração da regra se impõe.

Dessa forma, a EPC adotará a seguinte redação para o referido item do TR:

IV - A abrangência da cobertura de despesas de acompanhamento refere-se à alimentação e acomodação ao acompanhante nas seguintes hipóteses, salvo contraindicação justificada por escrito pelo profissional assistente:

- I - crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;
- II - pessoas idosas com 60 (sessenta) anos ou mais;
- III - pessoas com deficiência;

IV - mulheres internadas no período pré-parto, parto e pós-parto imediato, entendido como o período que abrange dez dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

Item 1.4 Da documentação exigida para o reembolso:

Texto impugnado do TR, Anexo III do edital:

5. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

(....)

Rotinas a serem cumpridas:

5.4 A execução contratual observará as rotinas:

5.4.1 Reembolso:

5.4.1.1 Os reembolsos serão realizados no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega da documentação comprobatória do atendimento, assim considerada:

5.4.1.2 Relatório do médico assistente;

5.4.1.3 Conta hospitalar, com descrição dos procedimentos (exames, diárias, taxas, materiais e medicamentos) e honorários médicos; e

5.4.1.4 Nota fiscal dos serviços prestados e/ou correspondente recibo de quitação.

O impugnante argumenta que a redação do item 5.4.1.4 do TR, possui a previsão de que o reembolso **poderá** ser instruído com "nota fiscal dos serviços prestados e/ou correspondente recibo de quitação". Lembra que a Lei nº 8.846, de 21 de janeiro de 1994, que trata da emissão obrigatória de documentos fiscais na prestação de serviços, estabelece em seu art. 1º, §1º, alínea "b" e art. 2º, que a nota fiscal é documento obrigatório sempre que o destinatário final for pessoa jurídica, como é o caso dos reembolsos realizados pelas operadoras de saúde.

Assiste razão ao impugnante.

A emissão de nota fiscal na prestação de serviços por pessoas jurídicas tem previsão legal. Embora a redação questionada não seja impositiva, nada obsta sua revisão para a perfeita adequação às regras do art. 1º, §1º, alínea "b" e art. 2º da Lei nº 8.846, de 1994.

Dessa forma, a EPC adotará a seguinte redação para o referido item do TR:

5. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

(....)

Rotinas a serem cumpridas:

(...)

5.4.1.4 Nota fiscal dos serviços prestados.

Item 1.5 Do fornecimento de OPME ligados ao ato cirúrgico:

5. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

(,,)

Rotinas a serem cumpridas:

5.4 A execução contratual observará as rotinas:

(...)

5.4.2.9 As órteses, próteses e outros materiais ortopédicos, incluindo todos materiais e aparelhos ortopédicos ou inerentes ao ato cirúrgico (pinos, parafusos, placas, platinas, marcapassos etc.) deverão ser fornecidos pela contratada aos beneficiários sem ônus adicional ao contratante.

Texto impugnado da **minuta do contrato**, Anexo VII do edital:

CLÁUSULA PRIMEIRA DO OBJETO

(Artigo 92, I e II, da Lei 14.133/2021)

(...)

1.4. DAS ESPECIFICAÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS:

1.4.1. A Contratada deverá oferecer, observados os limites impostos pelo rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS:

(...)

VIII - Cobertura de todos os exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, com fornecimento de medicamentos, próteses e órteses, contrastes anestésicos, oxigênio, transfusão, sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

O impugnante argumenta que a redação dos dispositivos retrotranscritos *"(...) extrapola de forma indevida os limites legais da cobertura obrigatória definida para os planos privados de assistência à saúde, ao prever de forma ampla e genérica a obrigação de fornecimento de todos os materiais e aparelhos ortopédicos, independentemente de estarem vinculados ou não ao ato cirúrgico."*

Cita que a regra contraria expressamente o disposto no art. 10, inciso VII, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que exclui da cobertura obrigatória o fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico. A redação legal é clara e objetiva ao restringir a obrigatoriedade de cobertura apenas àqueles materiais necessários à realização de procedimento cirúrgico coberto.

Argumenta que essa interpretação é reforçada pela Resolução Normativa ANS nº 465, de 2021, que em seu art. 19, inciso VI, confirma a limitação da cobertura às OPMes *"ligadas ao ato cirúrgico e cujo uso esteja contemplado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde"*, afastando a possibilidade de generalização do fornecimento para além do que é legal e regulamentariamente exigido. Posição reforçada pelo Parecer Técnico nº 24/GCITS/GGRAS/DIPRO/2024, de caráter orientativo da própria ANS.

Destaca que a utilização da partícula "OU" no trecho *"...materiais e aparelhos ortopédicos OU inerentes ao ato cirúrgico..."* cria insegurança jurídica, permitindo a interpretação de que seria de responsabilidade da operadora o fornecimento de quaisquer órteses ou próteses, mesmo quando dissociadas de intervenção cirúrgica, o que **implicaria ônus desproporcional**, imprevisibilidade contratual e risco de desequilíbrio econômico-financeiro, comprometendo a viabilidade da prestação dos serviços.

Esclarece ainda que, nos termos do art. 7º, parágrafo único, da RN nº 424, de 2017, a operadora tem o direito de instaurar junta médica ou odontológica quando o profissional assistente não indicar três opções de marcas de OPMes, ou quando houver discordância técnica quanto à indicação, o que evidencia a necessidade de respeitar os limites legais e procedimentais na definição das obrigações contratuais.

Assim, requer a revisão da redação contida no TR e na minuta do contrato, com a exclusão da partícula "OU" e a reformulação do texto para alinhamento com a legislação e normativas vigentes, de modo a deixar expressa a limitação da cobertura de OPMes aos casos vinculados diretamente a atos cirúrgicos cobertos. Por fim, alega que a manutenção da redação atual compromete a legalidade do edital e torna inviável a execução adequada e sustentável do contrato e propõe uma redação alternativa.

Assiste razão ao impugnante.

A Lei nº 9.656, de 1998, lista no seu art. 10 aqueles procedimentos que estão excluídos da cobertura dos planos de saúde. No referido rol está expressamente previsto o fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios **não ligados ao ato cirúrgico**, veja-se:

*Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, **exceto**: [\(Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001\)](#)*

(...)

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: [\(Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001\)](#)

(sem destaques no original)

Nota-se que, em complemento à referida lei, a redação da RN ANS nº 465, de 2021, lista nos **procedimentos cobertos** pelos planos de saúde o fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios **ligados ao ato cirúrgico, veja-se:**

(...)

Art. 19. *O Plano Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso X deste artigo e, devendo garantir cobertura para:*

(...)

VI - órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados nos Anexos desta Resolução Normativa;

(...)

Quanto ao alegado pelo impugnante, que a operadora teria direito de instaurar junta médica ou odontológica quando o profissional assistente não indicar três opções de marcas de OPMs, ou quando houver discordância técnica quanto à indicação, nota-se que essa faculdade, de fato, consta do Parágrafo único do art. 7º da RN nº 424, de 26 de junho de 2017, que dispõe sobre critérios para a realização de junta médica ou odontológica formada para dirimir divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto pelas operadoras de planos de assistência à saúde. Veja-se:

Art. 7º No tocante à cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde, deverão ser observadas as seguintes disposições:

I - cabe ao profissional assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matériaprima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde; e

II - o profissional assistente deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer, pelo menos, 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas.

Parágrafo único. *A operadora deverá instaurar junta médica ou odontológica quando o profissional assistente não indicar as 3 (três) marcas ou a operadora discordar das marcas indicadas.* (sem destaques no original)

Nesses termos, forçoso reconhecer que a regra do edital, prevista no TR e na minuta do contrato que são seus anexos, excederam as situações de cobertura das órteses, próteses e outros materiais ortopédicos, em desacordo com as referidas normas que regem esse procedimento. De igual forma, a sinistralidade de 75% prevista para o contrato também não considerou os possíveis efeitos dessa despesa na execução do contrato. Assim, tem-se que a alteração da regra se impõe.

Dessa forma, a EPC adotará a seguinte redação para o referido item do TR, a qual deverá ser reproduzida na minuta do contrato:

5. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

(,,)

Rotinas a serem cumpridas:

5.4 A execução contratual observará as rotinas:

(...)

5.4.2.9 As órteses, próteses e demais materiais e parafusos ortopédicos, **tais como pinos, parafusos, placas, platinas, marcapassos**, serão de cobertura obrigatória exclusivamente quando ligados ao ato cirúrgico coberto pelo plano de saúde, nos termos da legislação vigente, da Resolução Normativa ANS nº 465, de 2021 e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

Item 1.6 Da obrigatoriedade de cobertura no caso de indisponibilidade de rede:

Texto impugnado do TR, Anexo III do edital:

5. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

(....)

5.13 Deveres e Responsabilidades da Contratada:

5.13.28 Reembolsar despesas decorrentes de casos de urgência ou emergência, quando se demonstrar que o beneficiário não teve condições de usar os serviços próprios ou credenciados da CONTRATADA, limitadas aos valores atribuídos pela CONTRATADA aos seus serviços próprios ou contratados;

5.13.29 Reembolsar o beneficiário nos casos em que não dispuser, por meio próprio ou por meio credenciado, da especialidade de tratamento na localidade em que se encontre o usuário. Nesse caso, o usuário terá direito a reembolso da despesa decorrente, limitado aos valores atribuídos pela contratada aos seus serviços próprios ou contratados;

5.13.30 Nas localidades onde não haja médico conveniado, a contratada deverá reconhecer e pagar o procedimento definido pelo médico, bem como o serviço prestado por profissional ou estabelecimento hospitalar, da confiança do paciente, bem como o tratamento médico recomendado, sem restrições, desde que constante do rol de procedimentos da ANS, mediante laudo técnico fornecido pelo profissional;

Texto impugnado da **minuta do contrato**, Anexo VII do edital:

CLÁUSULA PRIMEIRA DO OBJETO

(Artigo 92, I e II, da Lei 14.133/2021)

(...)

1.4. DAS ESPECIFICAÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS:

(...)

1.4.2. Na realização do atendimento deverá ser observado:

(...)

V - Nas localidades onde não haja médico conveniado, a contratada deverá reconhecer e pagar o procedimento definido pelo médico não conveniado e da confiança do paciente, bem como o tipo de tratamento médico recomendado, sem restrições, desde que constante do rol de procedimentos da ANS, e mediante laudo técnico fornecido pelo mesmo; e

13.1.28. Nas localidades onde não haja médico conveniado, a contratada deverá reconhecer e pagar o procedimento definido pelo médico, bem como o serviço prestado por profissional ou estabelecimento hospitalar, da confiança do paciente, bem como o tratamento médico recomendado, sem restrições, desde que constante do rol de procedimentos da ANS, mediante laudo técnico fornecido pelo profissional;

O impugnante argumenta que a exigência retratada não encontra respaldo na regulamentação vigente da saúde suplementar, especialmente à luz da Resolução Normativa ANS nº 566, de 29 de dezembro de 2022, que trata da garantia de atendimento aos beneficiários dos planos privados de assistência à saúde. Segundo afirma, de acordo com essa norma, a operadora está obrigada a assegurar, **dentro dos prazos máximos estabelecidos pela ANS**, o atendimento por meio de prestadores devidamente contratados ou referenciados, sendo-lhe facultada a adoção de mecanismos de redirecionamento assistencial ou autorização de atendimento fora da rede, **desde que o beneficiário realize contato prévio para comunicação da indisponibilidade da rede.**

Nessa linha, afirma que não há amparo legal ou regulatório para a previsão de **reembolso automático e incondicional com base na livre escolha do beneficiário**, especialmente quando não demonstrada a falha na prestação do serviço ou ausência da rede referenciada, tampouco quando inexistente o contato prévio com a operadora para viabilização de alternativa de atendimento.

Sustenta que a redação atual do edital e do contrato, ao estabelecer a obrigatoriedade de pagamento de procedimentos definidos por médicos não credenciados e escolhidos livremente pelo paciente, ultrapassa os limites normativos da cobertura assistencial, violando os princípios da legalidade, do equilíbrio contratual e da economicidade na contratação pública.

Assiste parcial razão ao impugnante.

Os pontos questionados pelo impugnante dizem respeito à **situações distintas**. Assim, tem-se como necessário observar o tratamento conferido a cada uma delas pela **RN ANS nº 566, de 2022** para a verificação de alguma contradição com essa norma.

O item 5.13.28 do TR trata do reembolso das despesas decorrentes de **casos de urgência ou emergência, quando se demonstrar que o beneficiário não teve condições de usar os serviços próprios ou credenciados da CONTRATADA, limitadas aos valores atribuídos pela CONTRATADA aos seus serviços próprios ou contratados.**

A matéria encontra a seguinte regulamentação na RN ANS nº 566, de 2022, veja-se:

Subseção I

Da Indisponibilidade de Prestador Integrante da Rede Assistencial no Município

Art. 4º Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o atendimento em:

I - prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município; ou

II - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este.

§ 1º No caso de atendimento por prestador não integrante da rede assistencial, o pagamento do serviço ou procedimento será realizado pela operadora ao prestador do serviço ou do procedimento, mediante acordo entre as partes.

§ 2º Na indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial no mesmo município ou nos municípios limítrofes a este, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º.

§ 3º O disposto no caput e nos §§ 1º e 2º se aplica ao serviço de urgência e emergência, sem necessidade de autorização prévia, respeitando as Resoluções CONSU nº 8 e 13, ambas de 3 de novembro de 1998, ou os normativos que vierem a substituí-las. (sem destaques no original)

Assim, embora a impugnante sugira uma redação que prevê prévia comunicação à operadora em todos os procedimentos derivados da não existência de prestador credenciado disponível na localidade de residência do beneficiário, nota-se que a referida norma da ANS não condiciona tal obrigação para as situações de urgência e emergência

Assim, a EPC adotará a seguinte redação para o referido item do TR, a qual deverá ser reproduzida na minuta do contrato para melhor adequação às regras da RN ANS nº 566, de 2022, nos seguintes termos:

(....)

5.13 Deveres e Responsabilidades da Contratada:

(...)

5.13.28 Reembolso em caso de indisponibilidade ou inexistência de cobertura: Na hipótese de indisponibilidade de atendimento nos prazos máximos previstos na RN ANS nº 566/2022 ou inexistência de atendimento no município demandado **há necessidade de consulta prévia à Operadora** do Plano de Saúde e será assegurado ao beneficiário reembolso das despesas efetuadas com os atendimentos previstos na cobertura contratual nos termos da supracitada RN.

5.13.29 Na hipótese de **urgência ou emergência** em município sem rede assistencial, será assegurado ao beneficiário o **reembolso integral das despesas realizadas sem necessidade de autorização prévia, respeitando as Resoluções CONSU nº 8 e 13, ambas de 3 de novembro de 1998, ou os normativos que vierem a substituí-las.**

5.13.30 O reembolso deverá ser efetuado, no máximo, até 30 (trinta) dias após a entrega da nota fiscal pelo usuário dos serviços diretamente à empresa contratada.

Item 1.7 Dos novos procedimentos:

Texto impugnado do TR, Anexo III do edital:

1.6 DAS ESPECIFICAÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS:

(...)

1.6.3 A contratada deverá absorver automaticamente os tratamentos e procedimentos novos que surgirem dentro do período de vigência contratual, bastando para isso, o reconhecimento da legitimidade e o implemento dos mesmos pelos Órgãos de Saúde, excluindo-se assim, os de caráter experimental. Excluem-se do contrato, ainda, os seguintes serviços:

(...)

Em síntese, o impugnante argumenta que, na forma do art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998, a cobertura obrigatória dos planos de saúde está restrita aos procedimentos definidos em regulamento próprio da ANS, sendo vedada a imposição contratual de obrigações que extrapolem os limites do Rol, salvo expressa previsão contratual lastreada em cálculo atuarial compatível, que garanta o equilíbrio econômico-financeiro da operação.

Esclarece que o **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, está atualmente disciplinado pela RN nº 465, de 2021**, sendo de **natureza taxativa com eficácia vinculante**, conforme reconhecido expressamente pela Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022, somente ampliado mediante processo técnico da própria ANS, precedido de avaliação de impacto econômico, viabilidade assistencial e embasamento científico.

Nesses termos, sustenta que a previsão de incorporação automática e obrigatória de procedimentos não previstos no Rol da ANS viola os princípios da previsibilidade contratual, segurança jurídica e equilíbrio econômico-financeiro, ao impor à operadora uma obrigação desproporcional, incerta e de altíssimo risco para a sustentabilidade do contrato, uma vez que não é possível antever o volume, a natureza ou o custo dos procedimentos que venham a ser futuramente demandados.

Assiste parcial razão ao impugnante.

A Lei nº 9.656, de 1998, na redação conferida pela Lei nº 14.454, de 2022, estabelece o **rol taxativo** das coberturas no âmbito da saúde suplementar, de acordo com o que estabelecida em norma editada pela ANS que admite atualizado a cada incorporação. Contudo, também previu hipótese nas quais, veja-se:

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto: [\(Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001\)](#)

(...)

*§ 4º A amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, **será estabelecida em norma editada pela ANS, que publicará rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado a cada incorporação.*** [\(Redação dada pela Lei nº 14.454, de 2022\)](#) (sem destaques no original)

*§ 12. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela ANS a cada nova incorporação, **constitui a referência básica para os planos privados de assistência à saúde** contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados a esta Lei e fixa as diretrizes de atenção à saúde.* [\(Incluído dada pela Lei nº 14.454, de 2022\)](#)

*§ 13. **Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que:*** [\(Incluído dada pela Lei nº 14.454, de 2022\)](#)

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou [\(Incluído dada pela Lei nº 14.454, de 2022\)](#)

II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais. [\(Incluído dada pela Lei nº 14.454, de 2022\)](#) (sem destaques no original)

Por sua vez, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, está atualmente disciplinado pela **RN nº 465, de 2021**, norma que também define a natureza taxativa do rol, veja-se:

(...)

Art. 2º Para fins de cobertura, considera-se taxativo o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde disposto nesta Resolução Normativa e seus anexos, podendo as operadoras de planos de assistência à saúde oferecer cobertura maior do que a obrigatória, por sua iniciativa ou mediante expressa previsão no instrumento contratual referente ao plano privado de assistência à saúde. (sem destaques no original)

Constatou-se que no mês de abril de 2024 a **2ª Seção do STJ** confirmou a natureza taxativa do rol de procedimentos da ANS, embora com a possibilidade de mitigação em situações excepcionais de acordo com os critérios definidos pelo § 13º introduzido pela Lei nº 14.454, de 2022, veja-se:

REsp 2.037.616/SP:

1. *Tratam os autos da interpretação do alcance das normas definidoras do plano referência de assistência à saúde, também conhecido como Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, elaborado periodicamente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sobretudo com relação às Diretrizes de Utilização (DUT).*

2. *Quando do julgamento dos EREsps nºs 1.886.929/SP e 1.889.704/SP, a Segunda Seção desta Corte Superior uniformizou o entendimento de ser o Rol da ANS, em regra, taxativo, podendo ser mitigado quando atendidos determinados critérios.*

3. *A Lei nº 14.454/2022 promoveu alteração na Lei nº 9.656/1998 (art. 10, § 13) para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar.*

4. *Com a edição da Lei nº 14.454/2022, o Rol da ANS passou por sensíveis modificações em seu formato, suplantando a eventual oposição rol taxativo/rol exemplificativo.*

5. *A superveniência do novo diploma legal (Lei nº 14.454/2022) foi capaz de fornecer nova solução legislativa, antes inexistente, provocando alteração substancial do complexo normativo. Ainda que se quisesse cogitar, erroneamente, que a modificação legislativa havida foi no sentido de trazer uma "interpretação autêntica", ressalta-se que o sentido colimado não vigora desde a data do ato interpretado, mas apenas opera efeitos ex nunc, já que a nova regra modificadora ostenta caráter inovador.*

6. *Em âmbito cível, conforme o Princípio da Irretroatividade, a lei nova não alcança fatos passados, ou seja, aqueles anteriores à sua vigência. Seus efeitos somente podem atingir fatos presentes e futuros, salvo previsão expressa em outro sentido e observados o ato jurídico perfeito, a coisa julgada e o direito adquirido.*

7. *Embora a lei nova não possa, em regra, retroagir, é possível a sua aplicação imediata, ainda mais em contratos de trato sucessivo. Assim, nos tratamentos de caráter continuado, deverão ser observadas, a partir da sua vigência, as inovações trazidas pela Lei nº 14.454/2022, diante da aplicabilidade imediata da lei nova. Aplicação também do Enunciado nº 109 das Jornadas de Direito da Saúde, ocorridas sob a coordenação do Conselho Nacional de Justiça (CNJ).*

8. *Mantém-se a jurisprudência da Segunda Seção do STJ, que uniformizou a interpretação da legislação da época, devendo incidir aos casos regidos pelas normas que vigoravam quando da ocorrência dos fatos, podendo a nova lei incidir, a partir de sua vigência, aos fatos daí sucedidos. (....)* (sem destaques no original)

A matéria ainda não está pacificada. Isso porque na **ADI 7265**, o **STF** começou no dia 10/04/2025 a julgar a validade das mudanças na Lei dos Planos de Saúde que obrigam operadoras a cobrir tratamentos fora da lista da Agência Nacional de Saúde (ANS). O julgamento encontra-se suspenso (vide: <https://noticias.stf.jus.br/postsnoticias/stf-inicia-julgamento-sobre-lei-que-amplia-cobertura-de-planos-de-saude/>).

Em função do que exposto, forçoso reconhecer que as regras sobre as coberturas dos tratamentos de procedimentos, alteradas e inovadas pela Lei nº 14.454, de 2022, são plenamente eficazes, porque previstas em lei ordinária, podendo ser exigidas nos planos contratados após a sua vigência, em harmonia com a decisão do STJ citada.

Assim, embora a redação atacada do TR de fato estabeleça, de forma equivocada, o dever de a contratada absorver automaticamente os tratamentos e procedimentos novos que surgirem dentro do período de vigência contratual, **sem mencionar os requisitos definidos pela redação do § 13 do art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998**, também não poderá, como quer a impugnante, restringir a cobertura apenas e tão só ao rol de procedimentos da ANS, desconsiderado as situações que, mesmo não previstas no rol, admitem a cobertura, na forma do referido dispositivo legal.

Dessa forma, a EPC adotará a seguinte redação para o referido item do TR, a qual deverá ser reproduzida na minuta do contrato:

1.6.3 Todos os procedimentos novos que venham a ser incluídos no rol de procedimentos da ANS durante a vigência contratual deverão ser abrangidos pela cobertura da empresa a ser contratada. De acordo com o § 13 da Lei nº 9.656/1998.

1.6.3.1 No caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol de procedimentos da ANS a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que:

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou

II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.

1.6.3.2 Excluem-se ainda da cobertura do contrato:

....

Item 1.8 Exigência de disponibilização de planos de saúde na modalidade individual/familiar:

Texto impugnado do TR, Anexo III do edital:

1.6 DAS ESPECIFICAÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS:

(...)

1.6.5 A contratada deverá garantir, ao beneficiário que perder a qualidade de dependente do referido contrato, cobertura assistencial a ser mantida com a possibilidade de adesão a um plano na modalidade individual/familiar que esteja disponível no momento da sua migração, com cobertura assistencial ambulatorial mais hospitalar com obstetrícia, com o aproveitamento de carências já cumpridas, desde que assuma integralmente o valor praticado para a comercialização do produto ao qual faça a nova adesão.

(...)

Em síntese, o impugnante argumenta que a exigência não encontra respaldo na legislação vigente, tampouco nos normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Registra que a Lei nº 9.656, de 1998, não impõe às operadoras a obrigatoriedade de comercialização de qualquer modalidade específica de plano de saúde, sendo a definição da carteira de produtos uma decisão de natureza técnica, econômica e regulatória.

Na mesma linha, a RN ANS nº 557, de 14 de dezembro de 2022, que consolida as normas sobre registro de produtos, classificação dos planos e formas de contratação, dispõe que os planos privados podem ser oferecidos nas modalidades individual/familiar, coletivo empresarial ou coletivo por adesão, sem, contudo, estabelecer obrigação legal de que todas essas modalidades estejam ativamente disponíveis em cada operadora. A normatização tem caráter descritivo quanto às formas possíveis de contratação, e não impositivo quanto à sua oferta compulsória.

Sustenta também que tal exigência não se mostra indispensável à consecução do objeto da licitação, que tem como foco a contratação de plano coletivo empresarial. A imposição de manutenção de outro modelo contratual — alheio ao escopo do contrato pretendido — gera ônus excessivo, desnecessário e incompatível com os parâmetros de razoabilidade exigidos nas contratações públicas.

Assim, requer a exclusão do item 1.6.5 do TR e da cláusula correspondente da minuta contratual, por se tratar de condição sem fundamento legal e que restringe a ampla participação no certame, comprometendo a segurança jurídica do procedimento.

Assiste parcial razão ao impugnante.

O tema da portabilidade de carências para beneficiários de planos de assistência à saúde está previsto na **Resolução Normativa ANS nº 438, de 3 de dezembro de 2018**. Embora a norma seja destinada a regular a portabilidade de planos familiares, essa possibilidade pode ocorrer em cenários específicos, como a perda do vínculo empregatício ou a rescisão do contrato do plano empresarial. Assim, alguns de seus princípios podem ser aplicados em situações de transição de um plano empresarial para um familiar.

Não se pode perder de vista que o Tribunal licitante integra a Administração Pública. Como tal, está adstrito aos princípios que regem o Estado Brasileiro, entre eles a dignidade da pessoa humana. Assim, embora o escopo da licitação seja de fato a contratação de um plano coletivo empresarial para seus servidores e dependentes, como registrado pelo impugnante, a perda da qualidade de beneficiário não retira da pessoa a sua condição de titular de direitos, na medida que previstos no ordenamento jurídico.

Nesse compasso, a EPC adotará a seguinte redação para o referido item do TR, a qual deverá ser reproduzida na minuta do contrato:

1.6 DAS ESPECIFICAÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS:

(...)

1.6.5 Desde que atendida as regras gerais sobre a portabilidade de carências disciplinadas pela Resolução Normativa ANS nº 438/2018, a contratada garantirá ao beneficiário que perder a qualidade de dependente do referido contrato a possibilidade de adesão a um plano na modalidade individual/familiar, **caso disponível no momento da sua migração**, com compatibilidade de cobertura do plano de origem, com o aproveitamento de carências já cumpridas, desde que assuma integralmente o valor praticado para a comercialização do produto ao qual faça a nova adesão.

(...)

Item 1.9 Da remoção aeromédica:

Texto impugnado do TR, Anexo III do edital:

1.6 DAS ESPECIFICAÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS:

(...)

1.6.7 O atendimento pela Unidade de Terapia Intensiva, UTI no ar, deverá ser prestado quando necessário, em todas as localidades que permitam o serviço aeromédico e que se fizerem necessárias, dentro do território nacional.

1.6.8 Cabe à contratada oferecer comprovação de disponibilidade dos serviços de prestação de serviços de UTI no ar.

1.6.9 Solicitado o serviço de Unidade de Terapia Intensiva - U.T.I. no ar, a Contratada terá o prazo máximo de 12 (doze) horas para disponibilizar a aeronave, contado a partir do momento em que for efetuada a solicitação. Tempo este que poderá sofrer alterações, considerando-se as condições climáticas ou outros contratempos existentes nas regiões que venham a

impedir ou dificultar o pouso ou a decolagem da aeronave. No caso do serviço de Unidade de Terapia Intensiva – U.T.I. terrestre, a Contratada prestará o serviço imediatamente após constatada a necessidade do transporte do paciente.

Em síntese, o impugnante sustenta que a exigência, além de carecer de respaldo normativo, revela-se desproporcional e inexecutável, especialmente diante da complexidade logística e dos múltiplos fatores externos que condicionam a efetiva realização de uma remoção aeromédica. Alega que a fixação de um prazo objetivo e rígido, dissociado da realidade operacional, compromete a segurança da prestação e viola os princípios da razoabilidade, da viabilidade técnica e do equilíbrio contratual.

Aponta que, a rigor, não há na legislação vigente ou nas normas regulatórias da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), qualquer dispositivo que imponha prazo específico, contado em horas, para o cumprimento da obrigação de remoção aeromédica. A RN ANS 428, de 2017 - na verdade já revogada pela RN ANE 465, de 2021 - que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, estabelece apenas que a cobertura deve ser garantida *“quando caracterizada a necessidade do transporte inter-hospitalar do paciente para realização de procedimento coberto pelo plano, com base em indicação médica devidamente justificada”* – sem, contudo, estabelecer limite temporal fixo para sua execução.

Lista um rol de variáveis que extrapolam a esfera de controle da operadora na efetivação da remoção aeromédica. Assim, afirma que a estipulação de um prazo objetivo de 12 (doze) horas cria um ônus desproporcional à contratada e gera risco contratual indevido, especialmente porque a ausência de cumprimento – ainda que motivada por fatores alheios à sua atuação – poderá ser interpretada como inadimplemento contratual, com consequências severas. Sugere uma nova redação para esse procedimento.

Assiste razão ao impugnante.

De fato, **não existe uma norma da ANS que trate especificamente da remoção aeromédica**, mas a agência reguladora se baseia nos princípios gerais da legislação (Lei nº 9.656, de 1998 - Lei dos Planos de Saúde e das decisões judiciais que garantem o acesso a serviços de saúde em situações de urgência e emergência, bem como a cobertura de procedimentos indispensáveis para a preservação da vida e da saúde do beneficiário.

Em geral, a ANS entende que a remoção aeromédica deve ser coberta pelo plano de saúde quando:

I - há uma necessidade clínica comprovada: ou seja, quando o paciente não pode ser removido por meios terrestres devido à gravidade do seu estado de saúde e à urgência da transferência para um local com recursos adequados;

II - o recurso existente no local de origem é insuficiente para atender às necessidades do paciente.

III - a remoção para outro local é essencial para garantir o tratamento adequado e a vida do paciente.

De concreto, a impugnante **não se contrapõe à exigência, mas ao prazo máximo de 12 horas para disponibilizar a aeronave, contado a partir do momento em que for efetuada a solicitação.**

Aduz que se trata de um prazo objetivo, embora o TR tenha previsto que ele possa sofrer alterações, considerando as condições climáticas ou outros contratemplos existentes nas regiões que venham a impedir ou dificultar o pouso ou a decolagem da aeronave. Contudo, **as demais variáveis listadas pelo impugnante**, a saber: **a)** apresentação de documentação completa e laudo circunstanciado do médico assistente; **b)** a identificação de instituição hospitalar de destino com disponibilidade de leitos e recursos adequados ao quadro clínico do paciente; **c)** autorização dos órgãos competentes para o tráfego aéreo, devem ser ponderadas.

Dessa forma, a EPC acolhe a redação sugerida pela impugnante para redação para do referido item do TR, a qual deverá ser reproduzida na minuta do contrato.

Deve ser destacado que, de acordo com a pesquisa realizada, a **remoção aeromédica**, ou transporte aeromédico, é o deslocamento de pacientes entre unidades de saúde ou de locais remotos por meio de aeronaves, como aviões ou helicópteros. Este serviço é crucial para o atendimento de pacientes que necessitam de cuidados médicos urgentes, especializados ou que se encontram em estado crítico, especialmente em áreas onde o transporte terrestre é difícil ou demorado. Essa remoção é exclusiva para os pacientes que tenham indicação para internação em UTI/CTI.

1.6 DAS ESPECIFICAÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS:

(...)

1.6.7 A operadora deverá providenciar a **remoção aeromédica**, quando caracterizada sua necessidade por meio de laudo circunstanciado emitido pelo médico assistente, após apresentação da documentação necessária, observadas as condições clínicas do paciente, a disponibilidade de vaga hospitalar na unidade de destino, bem como as condições logísticas e meteorológicas e as autorizações pertinentes ao tráfego aéreo, respeitado o tempo razoável necessário para garantir a segurança e eficácia do procedimento.

1.6.8 Excluir

1.6.9 Excluir

Item 1.10 Exigências documentais específicas para cooperativas – itens 8.9.3.1 e 8.9.3.2 do Termo de Referência:

Texto impugnado do edital:

8.9.3.1 A relação dos cooperados que atendem aos requisitos técnicos exigidos para a contratação e que executarão o contrato, com as respectivas atas de inscrição e a comprovação de que estão domiciliados na localidade da sede da cooperativa, respeitado o disposto nos [arts. 4º, inciso XI, 21, inciso I e 42, §§2º a 6º da Lei n. 5.764, de 1971](#);

8.9.3.2 A declaração de regularidade de situação do contribuinte individual – DRSCI, para cada um dos cooperados indicados;

8.9.3.3 A comprovação do capital social proporcional ao número de cooperados necessários à prestação do serviço.

Em síntese, o impugnante sustenta que as exigências, excedem os limites da razoabilidade, da legalidade e da compatibilidade com o modelo jurídico das cooperativas, motivo pelo qual devem ser impugnadas e suprimidas do instrumento convocatório. **Contudo, seus argumentos são voltados apenas aos itens 8.9.3.1 e 8.9.3.2.**

Assiste razão ao impugnante.

Embora as referidas regras constem do modelo padronizado de termo de referência adotado pelo Tribunal licitante - que por sua vez seguiu a redação do modelo padronizado da AGU - as regras melhor se adequam cooperativas de trabalho reguladas Lei nº 12.690, de 2012, justamente na tentativa de evitar-se os contratos fraudulentos de trabalho assalariado travestidos em prestação de serviços cooperados.

De fato:

I - a relação dos cooperados com seus respectivos locais de atendimento pode ser extraída de forma oficial do Guia Médico da rede credenciada, o qual é atualizado periodicamente e reflete a rede assistencial efetivamente disponível para execução do contrato, garantindo segurança jurídica e efetividade assistencial.

II - a cooperativa, como pessoa jurídica autônoma, é a responsável legal e contratual pela prestação do serviço perante o poder público contratante. Assim, pode ser dispensada a exigência de que seus cooperados individualmente apresentem DRSCI.

Na verdade, as regras sobre a participação de cooperativas estão definidas no item 8.22. do edital e se resumem às seguintes exigências:

8.2.2. Tratando-se de profissionais organizados sob a forma de cooperativa, deverá, ainda, ser apresentado:

a) ata de fundação;

b) estatuto social;

c) comprovação do registro competente, incluindo o registro previsto no art. 107 da Lei 5.764/71;

d) relação atualizada de cooperados que atendem aos requisitos técnicos exigidos para a contratação;

8.2.2.1. A constituição e o funcionamento da cooperativa devem observar as regras estabelecidas na legislação aplicável, em especial a Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, a Lei nº 12.690, de 19 de julho de 2012, e a Lei Complementar nº 130, de 17 de abril de 2009.

8.2.2.2. A cooperativa deve apresentar demonstrativo de atuação em regime cooperado, com repartição de receitas e despesas entre os cooperados.

8.2.2.3. Qualquer cooperado, com igual qualificação, deve ser capaz de executar o objeto contratado, vedado à Administração indicar nominalmente pessoas, salvo os profissionais indicados com responsáveis técnicos.

8.2.2.4. O objeto social da cooperativa deve ser compatível com o objeto desta licitação, em se tratando de cooperativas enquadradas na Lei nº 12.690, de 19 de julho de 2012.

Nota-se que, em relação aos dispositivos impugnados, o edital prevê somente a apresentação de **relação atualizada de cooperados que atendem aos requisitos técnicos exigidos para a contratação.**

Tal encargo, segundo o próprio impugnante, poderá ser cumprido pela apresentação da relação dos cooperados com seus respectivos locais de atendimento extraída de forma oficial do Guia Médico da rede credenciada, o qual é atualizado periodicamente e reflete a rede assistencial efetivamente disponível para execução do contrato.

Por fim, a comprovação do **capital social proporcional** ao número de cooperados necessários à prestação do serviço, listado no **item 8.9.3.3 do TR**, pode ser dispensado para o objeto demandado. Isso porque, o **item 8.5 do edital**, que trata da comprovação da habilitação econômica-financeira, traz exigências suficientes para a sustentabilidade econômica do contrato. Veja-se:

8.5. Os documentos a serem apresentados para comprovação da **HABILITAÇÃO ECONÔMICA-FINANCEIRA** são os seguintes:

(...)

b) balanço patrimonial, demonstração do resultado do exercício e demais demonstrações contábeis relativas aos 2 (dois) últimos exercícios sociais, comprovando índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC) superiores a 1 (um).

b.1) caso a empresa licitante apresente resultado inferior ou igual a 1 (um) em qualquer dos índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC), será exigido para fins de habilitação, capital mínimo ou patrimônio líquido mínimo de 10% (dez por cento) do valor total estimado da contratação.

b.2) as empresas criadas no exercício financeiro da licitação deverão atender a todas as exigências da habilitação e poderão substituir os demonstrativos contábeis pelo balanço de abertura.

b.3) o balanço patrimonial, demonstração de resultado de exercício e demais demonstrações contábeis limitar-se-ão ao último exercício no caso de a pessoa jurídica ter sido constituída há menos de 2 (dois) anos.

b.4) o atendimento dos índices econômicos previstos neste item deverá ser atestado mediante declaração assinada por profissional habilitado da área contábil, apresentada pelo fornecedor.

Dessa forma, como não se trata de matéria associada diretamente ao objeto licitado, mas de uma condição de participação e habilitação, a **EPC sugere a exclusão dos itens 8.9.3.1, 8.9.3.2. e 8.9.3.3 do TR**, salvo entendimento divergente do Pregoeiro.

Item 1.11 Exigência de garantia da contratação – Carta de fiança:

Texto impugnado do TR, Anexo III do edital:

4. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

(...)

Garantia da contratação:

4.5 Será exigida a garantia da contratação de que tratam os [arts. 96 e seguintes da Lei nº 14.133, de 2021](#), no percentual de 5% do valor contratual, conforme regras previstas no contrato.

4.5.1 A garantia nas modalidades caução e fiança bancária deverá ser prestada em até 10 (dez) dias úteis após a assinatura do contrato.

4.5.2 No caso de seguro-garantia sua apresentação deverá ocorrer, no máximo, até a data de assinatura do contrato.

4.6 O contrato oferece maior detalhamento das regras que serão aplicadas em relação à garantia da contratação.

4.7 O Contratado deverá realizar a transição contratual com transferência de conhecimento, tecnologia e técnicas empregadas, sem perda de informações, podendo exigir, inclusive, a capacitação dos técnicos do contratante ou da nova empresa que continuará a execução dos serviços.

Em suma, o impugnante argumenta que embora a legislação geral de licitações permita tal exigência, está impugnando a aplicação dessa regra aos contratos de planos privados de assistência à saúde, especialmente quando celebrados com operadoras de saúde suplementar devidamente autorizadas e reguladas pela ANS, em razão da existência de garantias setoriais específicas e suficientes, já exigidas por norma infralegal própria.

Registra que as operadoras de planos de saúde são obrigadas a manter **ativos garantidores**, conforme determinado pelas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em especial as disposições da RN nº 518, de 2022, que disciplina o regime de capital regulatório e ativos vinculados. Esses ativos têm por finalidade garantir a continuidade do atendimento assistencial aos beneficiários, mesmo em caso de dificuldades financeiras da operadora, funcionando como verdadeira garantia regulatória e institucional do contrato celebrado com o poder público.

Esclarece que tais ativos garantidores:

I - compõem a estrutura mínima de solvência exigida pela ANS, sendo fiscalizados de forma contínua;

II - são constituídos por ativos de alta liquidez e baixo risco, como títulos públicos federais, fundos de investimento regulados, aplicações financeiras conservadoras, entre outros, conforme previsão da RN nº 518, de 2022;

III - servem para lastrear provisões técnicas, como Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar e Provisão de Riscos Incurridos mas não Avisados – IBNR;

IV - têm natureza cogente e vinculante, com controle direto por parte da agência reguladora, que inclusive pode intervir no caso de descumprimento.

Aduz que a exigência de garantia contratual no percentual de 5% do valor do contrato, cumulativamente à manutenção dos ativos garantidores exigidos pela ANS, **configura duplicidade de obrigações**, aumentando indevidamente o custo da contratação pública, uma vez que tais valores serão necessariamente refletidos nos cálculos atuariais e, conseqüentemente, no valor global proposto na licitação. Segundo defende, a regra:

I - aumenta o custo da contratação sem ganho assistencial real;

II - viola os princípios da economicidade e da eficiência, ao impor um ônus duplicado ao licitante;

III - desconsidera a regulação técnica própria do setor da saúde suplementar, que já prevê instrumentos específicos e eficazes para garantir a execução dos contratos.

Por fim, destaca que o modelo regulatório da ANS, que já impõe a manutenção de provisões técnicas e reservas financeiras obrigatórias, cujo descumprimento pode implicar suspensão de comercialização, intervenção regulatória e até a liquidação extrajudicial da operadora, são mecanismos que mais eficazes e rígidos que a mera execução de garantia contratual nos moldes da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021.

Não assiste razão ao impugnante.

A exigência de garantia à execução do contrato tem expressa previsão legal no art. 96 da Lei nº 14.133, de 2021, que a admite em quatro modalidades, podendo o contrato escolher entre elas - e não apenas pela fiança bancária, como indicado pelo impugnante. Veja-se:

Art. 96. A critério da autoridade competente, em cada caso, **poderá ser exigida**, mediante previsão no edital, prestação de garantia nas contratações de obras, serviços e fornecimentos.

§ 1º Caberá ao contratado optar por uma das seguintes modalidades de garantia:

I - caução em dinheiro ou em títulos da dívida pública emitidos sob a forma escritural, mediante registro em sistema centralizado de liquidação e de custódia autorizado pelo Banco Central do Brasil, e avaliados por seus valores econômicos, conforme definido pelo Ministério da Economia;

II - seguro-garantia;

III - fiança bancária emitida por banco ou instituição financeira devidamente autorizada a operar no País pelo Banco Central do Brasil.

IV - título de capitalização custeado por pagamento único, com resgate pelo valor total. [\(Incluído pela Lei nº 14.770, de 2023\)](#) (sem destaques no original)

Como visto pela redação expressa da norma, a exigência de garantia é uma faculdade conferida à Administração, que deve analisar a sua necessidade em face das características de cada contrato, sempre no intuito de garantir a sua fiel e regular execução. Dessa forma, A EPC considerou os incidentes ocorridos em contratos com o mesmo objeto, no qual a liquidação das obrigações pecuniárias impostas à contratada só foram efetivadas pela execução da garantia contratual da operadora do plano de saúde então contratada. Tal situação se deu muito embora essa mantivesse os **ativos garantidores**, conforme determinado pelas normas da ANS, em especial as disposições da RN nº 521, de 2022.

Por outro lado o impugnante alega a desnecessidade de garantia contratual em virtude da já existente exigência de ativos garantidores pela ANS às operadoras de planos de saúde. Tal argumento não deve prosperar. Embora ambas as figuras busquem assegurar a solvabilidade e a capacidade de atendimento das obrigações pelas operadoras, elas possuem naturezas jurídicas, finalidades e abrangências distintas, justificando plenamente a exigência da garantia contratual no âmbito do presente processo licitatório. Veja-se

Ativos garantidores da ANS: a exigência de ativos garantidores pela ANS (Resolução Normativa nº 521, de 29 de abril de 2022 e suas alterações) visa primordialmente a proteção do conjunto de beneficiários do mercado de saúde suplementar como um todo. Esses ativos constituem uma reserva financeira regulatória, calculada com base nos riscos inerentes à operação da carteira de beneficiários da operadora, com o objetivo de assegurar a continuidade dos serviços em caso de instabilidade financeira da operadora. Trata-se de uma medida de supervisão macroprudencial, de caráter geral e abstrato, voltada para a manutenção da saúde financeira do setor. Veja-se:

RN ANS 521, de 2022:

Art. 1º Esta Resolução Normativa dispõe sobre a aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e limites de alocação e de concentração na aplicação dos ativos garantidores das operadoras, **que visam lastrear as provisões técnicas, no âmbito do sistema de saúde suplementar.** (sem destaques no original)

(...)

Garantia contratual exigida pelo edital: a garantia contratual exigida possui uma natureza específica e direcionada ao cumprimento das obrigações contratuais assumidas pela operadora vencedora do certame e seus respectivos beneficiários. Tanto é assim que a minuta do futuro contrato lista textualmente os eventos que poderão ser cobertos pela garantia contratual, os quais, repita-se, não se confundem com aqueles caucionados pelos ativos garantidores da ANS, veja-se:

CLÁUSULA DÉCIMA DA GARANTIA DE EXECUÇÃO (Artigos 92, XII, e 96 e segs., da Lei 14.133/2021)

10.1. A presente contratação conta com garantia de execução, nos moldes do artigo 96 da Lei n. 14.133, de 2021, conforme condições a seguir:

10.1.1. A Contratada deverá prestar garantia contratual no montante de 5% do valor global da contratação e em uma das modalidades previstas no artigo 96 da Lei 14.133/2021.

10.1.2. A garantia contratual tem por finalidade assegurar o cumprimento de todas as obrigações contratuais assumidas, inclusive a quitação de: I - prejuízos e indenizações advindos do não cumprimento do objeto do contrato e do não adimplemento das demais obrigações nele previstas ou decorrentes de ilícitos contratuais ou relação aos danos causados a terceiros pela Contratada durante a execução do contrato; II - multas moratórias e punitivas aplicadas pelo Contratante ao Contratado; e III - obrigações trabalhistas e previdenciárias de qualquer natureza e para com o FGTS, não adimplidas pelo contratado, quando couber.

(...)

Em resumo, os ativos garantidores da ANS protegem o universo de beneficiários da operadora, englobando todos os seus contratos, sejam eles individuais, familiares ou coletivos, e abrangendo diferentes órgãos públicos e empresas privadas. Já a garantia contratual exigida na licitação é específica para o contrato a ser firmado pelo Tribunal.

A exigência de garantia contratual em licitações não se configura como uma duplicação desnecessária das exigências da ANS, mas sim como uma **medida complementar e autônoma**, justificada pela especificidade da relação contratual estabelecida entre a administração pública e a operadora vencedora. A administração pública, na qualidade de contratante e gestora dos interesses de seus servidores, possui a prerrogativa de estabelecer mecanismos adicionais de segurança para garantir a adequada execução dos serviços contratados, em consonância com o princípio da eficiência e da economicidade.

Deve-se registrar ainda que a dispensa injustificada de garantia gera responsabilidade ao gestor por eventuais danos ao Erário, os quais poderiam ser evitados pela apresentação da caução legal. Nesse sentido, cita-se o seguinte precedente do TCU:

Acórdão 859/2006-TCU-Plenário

[Sumário] 2. O agente público que deixa de exigir do contratado a prestação das garantias contratuais, conforme previsto no art. 56 da Lei nº 8.666/93, responde pelos prejuízos decorrentes de sua omissão, bem como às penas previstas nos arts. 57 e 58 da Lei nº 8.443/92. 3. A negligência de fiscal da Administração na fiscalização de obra ou acompanhamento de contrato atrai para si a responsabilidade por eventuais danos que poderiam ter sido evitados, bem como às penas previstas nos arts. 57 e 58 da Lei nº 8.443/92.

Há contudo algumas considerações acerca do valor da garantia exigida.

De acordo com o **item 4.5 do TR** a garantia de 5% incidirá sobre o valor contratual, que de acordo com o **item 10.1.1 da cláusula décima da minuta do contrato**, foi definida como **5% do valor global da contratação**. Ocorre que, a modelagem da contratação formatada nos Estudos Técnicos Preliminares - ETP (1320068) definiu a maior vantagem econômica à Administração na vigência inicial do contrato pelo prazo de 5 anos,

regra que, devidamente justificada, encontra-se em harmonia com o art. 106 da LLC. Em função do referido prazo de vigência, o **valor global do contrato foi estimado em R\$ 38.864.556,60** (trinta e oito milhões, oitocentos e sessenta e quatro mil quinhentos e cinquenta e seis reais e sessenta centavos).

Assim, de acordo com a regra do edital, a garantia contratual de 5% deverá ser aplicada sobre tal valor estimado, o que resulta no valor estimado de **R\$ 1.943.227,83** (um milhão, novecentos e quarenta e três mil duzentos e vinte e sete reais e oitenta e três centavos) para a caução exigida. A EPC, quando da definição do percentual da garantia não se ateve a esse aspecto que levaria à majoração da garantia.

Não se pode perder de vista que, embora o contrato tenha previsão de vigência por 5 anos direto, a execução de seu objeto não se dá de forma imediata e instantânea. Ela se prolonga no tempo. Embora seja bastante razoável a exigência de garantia que caucione obrigações anuais da contratada em função das obrigações assumidas, a mesma operação para um lapso de 5 anos parece efetivamente desarrazoada. Até porque há expressa previsão de atualizações anuais do valor inicial do contrato, sendo que, nessas situações, o valor da garantia deverá ser atualizado, na forma prevista na **cláusula décima da minuta do contrato**, veja-se:

(...)

10.1.11. No caso de alteração do valor do contrato, ou prorrogação de sua vigência, a garantia deverá ser ajustada à nova situação ou renovada, seguindo os mesmos parâmetros utilizados quando da contratação.

10.1.12. Se o valor da garantia for utilizado total ou parcialmente em pagamento de qualquer obrigação, o Contratado obriga-se a fazer a respectiva reposição no prazo máximo estabelecido na notificação.

(...)

Dessa forma, tendo como norte que a garantia exigida nas contratações públicas deve ser proporcional às obrigações que se pretende caucionar durante a execução do contrato e que o dimensionamento do percentual de **5% sobre o valor global do contrato de mais de 38 milhões de Reais** poderá produzir um ônus não considerado na estimativa do valor da contratação, esta EPC irá reduzir o percentual da garantia para **1% do valor global do contrato, patamar entendido como necessário e suficiente para a finalidade buscada com a exigência.**

Dessa forma, a EPC adotará a seguinte redação para o referido item do TR, a qual deverá ser reproduzida na minuta do contrato:

4. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

(...)

Garantia da contratação:

4.5 Será exigida a garantia da contratação de que tratam os [arts. 96 e seguintes da Lei nº 14.133, de 2021](#), no percentual de **1% do valor global estimado do contrato**, conforme regras previstas no contrato.

(...)

Item 1.12 Da manutenção do beneficiário exonerado no plano de saúde:

Texto impugnado do TR, Anexo III do edital:

1. DEFINIÇÃO DO OBJETO

(...)

1.8 DO PÚBLICO ALVO:

(...)

1.8.5. Ao beneficiário coberto pelo Plano de Assistência à Saúde, de que trata este Termo de Referência, em decorrência do vínculo empregatício, no caso de exoneração, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, desde que assuma o seu pagamento integral, conforme dispõe o “caput” do artigo 30 da Lei n. 9.656/98.

(...)

Em síntese, o impugnante argumenta que a redação apresenta incompletude normativa, ao limitar o direito à manutenção no plano à **mera assunção do pagamento integral, omitindo outros requisitos legais e regulamentares essenciais à validade desse direito.** Segundo registra, a permanência do ex-empregado como beneficiário do plano de saúde depende do cumprimento integral das condições previstas no artigo 30 da Lei nº 9.656, de 1998, assim como das normas regulamentares expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, que disciplinam a matéria em caráter complementar e vinculante, inclusive quanto à comprovação de contribuição durante a vigência do vínculo, manifestação formal de interesse, prazo para exercício do direito e demais critérios operacionais e contratuais. Sugere e apresenta uma nova redação para a regra.

Assiste razão ao impugnante.

A Lei nº 9.656, de 1998, ao prever o direito à manutenção da condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, àqueles que perderem o vínculo empregatício, **no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa**, previu, além do ônus do pagamento integral, outros critérios, tal como o período de manutenção do plano, veja-se:

nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

*§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o **caput** será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)*

§ 2º A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

§ 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.

§ 4º O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

*§ 5º A condição prevista no **caput** deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)*

§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

*§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no **caput** é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)*

§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art. 30. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º e 4º do art. 30.

A matéria encontra-se regulamentada pela **Resolução Normativa ANS nº 488, de 29 de março de 2022**, que dispõe especificamente sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, veja-se:

Art. 1º Esta Resolução regulamenta o direito de manutenção da condição de beneficiário para ex- empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados que contribuíram para os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

(...)

Subseção I

o Ex-Empregado Demitido ou Exonerado sem Justa Causa

Art. 4º É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa que contribuiu para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º da Lei nº 9.656, de 1998, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, em decorrência de vínculo empregatício, o direito de manter sua 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.

Parágrafo único. O período de manutenção a que se refere o caput será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído para os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º da Lei nº 9.656, de 1998, ou seus sucessores, com um mínimo assegurado de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses na forma prevista no artigo 6º desta Resolução.

Subseção II

Do Ex-Empregado Aposentado

Art. 5º É assegurado ao ex-empregado aposentado que contribuiu para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º da Lei nº 9.656, de 1998, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, o direito de manter sua 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.

Parágrafo único. É assegurado ao ex-empregado aposentado que contribuiu para planos privados de assistência à saúde, no mesmo plano privado de assistência à saúde ou seu sucessor por período inferior ao estabelecido no caput, o direito de manutenção como beneficiário, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o seu pagamento integral.

(...)

Por sua vez, o reajuste por faixa etária foi analisado e julgado regular pelo TCU, como pode ser constatado pelas passagens do acórdão adiante reproduzido:

Acórdão TCU 679/2018 - Plenário

(...)

Os percentuais de reajuste por faixa etária deverão ser fixados por cada operadora, observadas as faixas etárias e as condições estabelecidas na Resolução Normativa (RN) 63/2003. Da mesma forma, os reajustes dos planos exclusivamente odontológicos também são definidos pelas operadoras, conforme as disposições da RN 172/2008.

(...)

O reajuste por mudança de faixa etária está regulamentado pela Resolução Normativa ANS 63/2003, sendo que, anteriormente, essa modalidade de reajuste era regulamentada pela Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU 6/1998, a qual previa sete faixas, sendo a última 70 anos ou mais. A partir da vigência do

Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 2003), surge nova realidade no que tange aos reajustes por mudança de faixa etária para os consumidores com mais de 60 anos. O Estatuto, em seu art. 15, § 3º, veda a discriminação da pessoa idosa nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

(....)

A propósito do tema, recentemente a 2ª Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) decidiu que as mensalidades de plano de saúde individual ou familiar podem ser reajustadas de acordo com a faixa etária do beneficiário, desde que o aumento obedeça a três regras: tenha previsão contratual, siga normas de órgãos governamentais reguladores e não seja feito aleatoriamente, com aplicação de 'percentuais desarrazoados' (REsp 1.568.244, Processo 2015/0297278-0, Relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, julgado em 14/12/2016, Dje de 19/12/2016).

Dessa forma, nota-se que o texto impugnando efetivamente mencionou o direito à manutenção da condição de beneficiário do plano às pessoas desligadas sem justa causa do vínculo estatutário tão só com a exigência de asunção do pagamento integral, na forma prevista no caput do art. 30 da Lei nº 9.656, de 1998, sem registrar, todavia, as demais condições listadas pela própria norma e pela reerida RN ANS nº 488, de 2022.

Nesse compasso, a EPC adotará a redação sugerida pela impugnante, com pequenos ajustes, para o referido item do TR, a qual deverá ser reproduzida na minuta do contrato:

1. DEFINIÇÃO DO OBJETO

(...)

1.8 DO PÚBLICO ALVO:

(...)

1.8.5. Nos termos do artigo 30 da Lei nº 9.656/98 e das normas regulamentares expedidas pela ANS, especialmente da RN ANS nº 488, de 2022, será assegurado ao beneficiário exonerado o direito à manutenção no plano, desde que atendidos os requisitos legais e regulatórios, inclusive quanto à contribuição durante a vigência do vínculo e demais condições previstas nos referidos normativos e neste contrato.

(...)

Item 1.13 Da entrega de cartões físicos aos beneficiários:

Texto impugnado do TR, Anexo III do edital:

5. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

(....)

5.13 Deveres e Responsabilidades da Contratada:

(...)

5.13.12 Entregar cartão físico de todos os beneficiários, inicialmente inscritos pelo contratante no prazo de 20 (vinte) dias úteis contados da assinatura do instrumento contratual e conceder acesso ao cartão virtual e aplicativo imediatamente após finalizada a inclusão dos beneficiários.

O impugnante argumenta que a exigência de emissão e **entrega de cartão físico a todos os beneficiários mostra-se anacrônica**, onerosa e incompatível com a atual realidade tecnológica da saúde suplementar. Sustenta que as operadoras vêm adotando, com respaldo da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), **cartões digitais integrados a aplicativos móveis, que permitem ao beneficiário acesso instantâneo e seguro aos seus dados, cobertura contratada, rede credenciada e canais de atendimento, dispensando a emissão de cartões físicos.**

Esclarece que, em relação a ela própria, a solução tecnológica já prevê a emissão exclusivamente digital dos cartões de identificação dos beneficiários, com acesso imediato via aplicativo móvel e integração com funcionalidades de atendimento assistencial. acrescenta que está em fase de implantação da tecnologia de biometria facial como ferramenta antifraude e de segurança assistencial, o que representa uma inovação importante no controle de acessos e na validação de identidades no momento da utilização dos serviços, tornando ainda mais segura e eficiente a substituição do cartão físico pelo digital.

Por fim, alega que a manutenção da exigência de entrega de cartão físico, além de desnecessária, gera aumento de custo logístico e operacional, sem qualquer vantagem assistencial efetiva, contrariando os princípios da eficiência, sustentabilidade e modernização tecnológica na contratação pública, previstos no art. 11 da Lei nº 14.133, de 2021.

Assiste razão ao impugnante.

A exigência da emissão de cartão físico aos beneficiários do plano de saúde, na forma do item 5.3.12 do TR, tem como justificativa o perfil dos usuários. Há um número considerável de pessoas que não se sentem confortáveis com a utilização de cartões ou outras mídias digitais.

Contudo, nota-se que a **Resolução Normativa ANS nº 509, de 30 de março de 2022**, que dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar e estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil, traz uma clara opção pela digitalização dos dados pelas operadoras de planos de saúde, embora não vede a emissão de cartões físicos aos usuários.

Dessa forma, embora ponderando as considerações do impugnante, mas atento às necessidades do público usuário do plano, a EPC adotará a seguinte redação para o referido item do TR:

5. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

(....)

5.13 Deveres e Responsabilidades da Contratada:

(...)

5.13.12 Entregar cartão físico de todos os beneficiários, inicialmente inscritos pelo contratante no prazo de 20 (vinte) dias úteis contados da assinatura do instrumento contratual e conceder acesso ao cartão virtual e aplicativo imediatamente após finalizada a inclusão dos beneficiários.

5.13.12.1 O cartão físico dos beneficiários **poderá** ser substituído pelo envio ao contratante, em idêntico prazo, dos dados digitais individuais de cada beneficiário para impressão física e fornecimento às pessoas que manifestarem interesse.

Item 1.14 Do prazo de resposta às demandas da contratante:

Texto impugnado do TR, Anexo III do edital:

5. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

(....)

5.13 Deveres e Responsabilidades da Contratada:

(...)

5.13.19 Responder no prazo de 48 horas às demandas da Contratante formalizadas por meio de ofícios, notificações ou consultas, independentemente o meio de comunicação.

O impugnante argumenta que a previsão de **prazo fixo de 48 horas corridas**, sem qualquer qualificação quanto à natureza da solicitação, é desproporcional e inexecutável, especialmente no contexto de contratos com elevado volume de beneficiários, complexidade técnica das informações demandadas e necessidade de interação entre múltiplas áreas da operadora para obtenção de dados consistentes e formalmente válidos.

Sustenta que, dependendo do tipo de demanda - como relatórios sobre sinistralidade, indicadores de desempenho, detalhamento de rede assistencial ou reembolsos - a resposta adequada exige levantamento documental, validação técnica, eventual extração de dados do sistema e até manifestação jurídica, **o que não pode ser feito com qualidade e segurança dentro do prazo estipulado**. Por fim, alega que a fixação de prazo exíguo para tais respostas compromete a fidedignidade das informações prestadas e pode prejudicar a própria eficiência na execução contratual. Tal **exigência, além de operacionalmente inviável, colide com os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade**, previstos no art. 5º da Lei nº 14.133, de 2021, que trata dos princípios que devem ser observados nas contratações públicas.

Assiste razão ao impugnante.

A previsão do prazo único de 48 horas para a contratada responder todas as demandas do contratante formalizadas por meio de ofícios, notificações ou consultas apresenta-se, de fato, desarrazoada. Na verdade, a definição de um prazo único, independentemente de qual seja, também não se mostra racional. Nota-se que o TR e a minuta do contrato já estabelecem diversos prazos diferenciados para o cumprimento das obrigações, de acordo com a suas especificidades.

Dessa forma, a EPC adotará a seguinte redação para o referido item do TR:

5. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

(....)

5.13 Deveres e Responsabilidades da Contratada:

(...)

5.13.19 Quando o prazo de resposta não estiver definido por lei, pelas normas regulamentares aplicáveis aos serviços objeto do contrato, ou previsto de forma expressa no próprio contrato, **responder, no prazo razoável definido pela equipe de fiscalização ou pela equipe de gestão do contrato**, às demandas da contratante formalizadas por meio de ofícios, notificações ou consultas, independentemente o meio de comunicação.

Item 1.15 Reajuste no prazo de um ano – mudança de faixa etária:

Texto impugnado do TR, Anexo III do edital:

9. ESTIMATIVA DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

(....)

9.4 Critérios de reajuste dos preços do contrato:

9.4.1 Do reajuste contratual ordinário:

I - Os preços inicialmente contratados são fixos e irreajustáveis no prazo de um ano contado da data-base do orçamento estimado na ICVEC, em conformidade com o § 7º do art. 25 da Lei 14.133/2021.

(...)

II - Na ocorrência excepcional de prorrogação contratual, independentemente de pedido do contratado, os preços iniciais poderão ser reajustados, mediante a aplicação, pelo Contratante, da variação acumulada do Índice Nacional de Preços ao

O impugnante argumenta que embora a redação do item esteja formalmente alinhada à norma geral de licitações, deve ser ressalvada à aplicação dessa regra nos contratos de planos privados de assistência à saúde no que diz respeito às **hipóteses de readequação de valores decorrentes de mudança de faixa etária do beneficiário**, conforme expressamente autorizado pela Resolução Normativa ANS nº 63, de 2023. Segundo afirma, de acordo com a referida norma, seria plenamente admitida a variação de preço por mudança de faixa etária, desde que observadas as condições previamente pactuadas no contrato coletivo empresarial e respeitados os limites e proporções definidos na própria norma.

Sustenta que a readequação **não configura reajuste contratual no sentido da Lei nº 14.133, de 2021**, mas sim **reclassificação atuarial automática decorrente da evolução etária do beneficiário**, conforme previsto em contrato e validado pelas regras da saúde suplementar. Trata-se, portanto, de mecanismo técnico de precificação individualizada, diretamente vinculado ao perfil de risco do usuário e necessário para o equilíbrio atuarial do plano.

Afirma que a omissão dessa possibilidade no TR, ao declarar os preços como "irreajustáveis", pode induzir à interpretação equivocada de que estão vedadas reclassificações por faixa etária, o que seria incompatível com a regulação setorial vigente, além de potencialmente comprometer a sustentabilidade financeira da carteira de beneficiários vinculados ao contrato.

Assiste razão ao impugnante.

Embora o **item 9.3.3 do TR** traga disposições sobre as variações de preços das faixas etárias e o **item 6.12 da cláusula sexta da minuta do contrato**, que trata do pagamento, explicita que o valor do contrato é calculado *per capita* por faixa etária, **as disposições da cláusula nona da minuta do contrato**, que diz respeito ao reajuste dos valores contratados, **não fez menção à possibilidade de reclassificação dos valores por mudança de faixa etária** dos beneficiários durante a execução do contrato, o que pode levar à questionamentos de que esse procedimento estaria vedado.

A matéria encontra-se atualmente disciplinada pela **Resolução Normativa ANS nº 563, de 15 de dezembro de 2022** (que revogou expressamente a RN ANS nº 63, de 2023, citada pelo impugnante). Veja-se:

Art. 1º A variação de preço por faixa etária estabelecida nos contratos de planos privados de assistência à saúde firmados a partir de 1º de janeiro de 2004, deverá observar o disposto nesta Resolução.

(...)

Art. 2º Deverão ser adotadas 10 (dez) faixas etárias, observando-se a seguinte tabela:

(...)

Art. 4º Os contratos de planos privados de assistência à saúde deverão dispor que a variação do preço em razão da faixa etária somente deverá incidir quando o beneficiário completar a idade limite e no mês subsequente ao do seu aniversário.

Por sua vez, a **Resolução Normativa ANS nº 565, de 16 de dezembro de 2022**, que dispõe sobre os critérios para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos de saúde, ressalva expressamente que a periodicidade anual para os reajustes em planos coletivos não se aplicam às variações de preços por mudança de faixa etária dos beneficiários. Veja-se:

Subseção I

Do Reajuste em Planos Coletivos

Art. 24. **Nenhum contrato coletivo poderá sofrer qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária em periodicidade inferior a doze meses**, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato, **ressalvadas as variações em razão de mudança de faixa etária**, migração e adaptação do contrato à Lei nº 9.656, de 1998, bem como a regra prevista no art. 11-A da Resolução Normativa nº 137, de 14 de novembro de 2006, ou outra norma que vier a sucedê-la.

Art. 25. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações pecuniárias sofrerão reajuste na data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data-base única. (sem destaques no original)

(...)

A referida matéria já foi analisada pelo **TCU**, que entendeu regulares as variações automáticas de preços por mudança de faixa etária dos beneficiários. Veja-se:

ACÓRDÃO TCU 679/2018 - Plenário:

(...)

Os percentuais de reajuste por faixa etária deverão ser fixados por cada operadora, observadas as faixas etárias e as condições estabelecidas na Resolução Normativa (RN) 63/2003. Da mesma forma, os reajustes dos planos exclusivamente odontológicos também são definidos pelas operadoras, conforme as disposições da RN 172/2008.

(...)

O reajuste por mudança de faixa etária está regulamentado pela Resolução Normativa ANS 63/2003, sendo que, anteriormente, essa modalidade de reajuste era regulamentada pela Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU 6/1998, a qual previa sete faixas, sendo a última 70 anos ou mais. A partir da vigência do Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 2003), surge nova realidade no que tange aos reajustes por mudança de faixa etária para os consumidores com mais de 60 anos. O Estatuto, em seu art. 15, § 3º, veda a discriminação da pessoa idosa nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados

em razão da idade.

(...)

A propósito do tema, recentemente a 2ª Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) decidiu que as mensalidades de plano de saúde individual ou familiar podem ser reajustadas de acordo com a faixa etária do beneficiário, desde que o aumento obedeça a três regras: tenha previsão contratual, siga normas de órgãos governamentais reguladores e não seja feito aleatoriamente, com aplicação de 'percentuais desarrazoados' (REsp 1.568.244, Processo 2015/0297278-0, Relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, julgado em 14/12/2016, DJe de 19/12/2016).

(...)

Cita-se ainda que, sob o rito dos recursos repetitivos, no julgamento do **Tema 1.106, a Segunda Seção do STJ** fixou, no ano de 2022, duas teses relativas à validade da cláusula de reajuste por faixa etária nos contratos coletivos de plano de saúde. Veja-se a tese firmada:

(a) Aplicabilidade das teses firmadas no Tema 952/STJ aos planos coletivos, ressalvando-se, quanto às entidades de autogestão, a inaplicabilidade do CDC;

(b) A melhor interpretação do enunciado normativo do art. 3º, II, da Resolução n. 63/2003, da ANS, é aquela que observa o sentido matemático da expressão 'variação acumulada', referente ao aumento real de preço verificado em cada intervalo, devendo-se aplicar, para sua apuração, a respectiva fórmula matemática, estando incorreta a simples soma aritmética de percentuais de reajuste ou o cálculo de média dos percentuais aplicados em todas as faixas etárias.

Dessa forma, a EPC adotará incluirá um novo item no TR para tratar da possibilidade de reclassificação dos valores por mudança de faixa etária dos beneficiários durante a execução do contrato, a qual deverá ser reproduzida na minuta do contrato:

9. ESTIMATIVA DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

(....)

9.4.3 Independentemente da ocorrência das formas de atualização dos valores do contrato previstas nos subitens 9.4.1 e 9.4.2 deste termo de referência, é garantida a reclassificação automática dos valores por mudança de faixa etária em estrita observância aos limites e demais regras definidas pela Resolução Normativa ANS nº 563, de 2022 ou outra norma da ANS que vier a alterá-la ou sucedê-la.

Item 1.16 Índice de reajuste em prorrogações:

Texto impugnado do TR, Anexo III do edital:

9. ESTIMATIVA DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

(....)

9.4 Critérios de reajuste dos preços do contrato:

9.4.1 Do reajuste contratual ordinário:

I - Os preços inicialmente contratados são fixos e irreajustáveis no prazo de um ano contado da data-base do orçamento estimado na ICVEC, em conformidade com o § 7º do art. 25 da Lei 14.133/2021.

II - Na ocorrência excepcional de prorrogação contratual, independentemente de pedido do contratado, os preços iniciais poderão ser reajustados, mediante a aplicação, pelo Contratante, da variação acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA; exclusivamente para as obrigações iniciadas e concluídas após a ocorrência da anualidade originária, para preservar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato.

O impugnante **questiona a previsão da aplicação do IPCA como único índice de reajuste no caso de prorrogação do contrato**, especialmente por se tratar de contrato com objeto relacionado à saúde suplementar. Alega que o IPCA é um índice de inflação geral ao consumidor e **não reflete a dinâmica de custos específicos do setor da saúde**, especialmente no que tange: a) variações dos insumos médico-hospitalares; b) atualizações de tabela de honorários médicos; c) acordos coletivos da categoria médica; d) reajustes regulatórios em medicamentos e procedimentos; e) custos de sinistralidade e incorporação tecnológica.

Sustenta que a aplicação exclusiva do IPCA pode inviabilizar a recomposição real do equilíbrio econômico-financeiro do contrato, levando à defasagem de valores e à compressão da margem técnica da operadora, em total desconformidade com o princípio da manutenção do equilíbrio contratual. A título de referência, indica o Índice de Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCMH) e o Índice de Preços da Saúde FIPE Saúde, entre outros índices técnicos aplicados ao setor que, segundo afirma, refletem com mais precisão as oscilações reais do custo assistencial no período contratual.

Nessa linha de argumentação, requer a reformulação da redação do item questionado, para:

I - a **substituição** da referência exclusiva ao IPCA por índice que reflita a inflação médica ou da saúde suplementar, tal como o FIPE Saúde;

II - **alternativamente**, a possibilidade de negociação de índice entre as partes, com base em estudo técnico justificativo, a fim de preservar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato.

Não assiste razão ao impugnante.

O reajuste contratual tem amparo em diversos dispositivos da Lei nº 14.133, de 2021, adiante transcritos:

Art. 6º Para os fins desta Lei, consideram-se:

(...)

LVIII - reajustamento em sentido estrito: forma de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro de contrato consistente na aplicação do índice de correção monetária previsto no contrato, que deve retratar a variação efetiva do custo de produção, **admitida a adoção de índices específicos ou setoriais;**

(...)

Art. 25. O edital deverá conter o objeto da licitação e as regras relativas à convocação, ao julgamento, à habilitação, aos recursos e às penalidades da licitação, à fiscalização e à gestão do contrato, à entrega do objeto e às condições de pagamento.

(...)

§ 7º Independentemente do prazo de duração do contrato, será **obrigatória a previsão no edital de índice de reajustamento de preço**, com data-base vinculada à data do orçamento estimado e com a **possibilidade de ser estabelecido mais de um índice específico ou setorial**, em conformidade com a realidade de mercado dos respectivos insumos.

(...)

§ 8º Nas licitações de **serviços contínuos**, observado o interregno **mínimo de 1 (um) ano**, o critério de reajustamento será por:

I - reajustamento em sentido estrito, quando **não houver regime de dedicação exclusiva de mão de obra ou predominância de mão de obra**, mediante previsão de **índices específicos ou setoriais;**

(...)

Art. 92. São necessárias em todo contrato cláusulas que estabeleçam:

(...)

V - o preço e as condições de pagamento, os critérios, a data-base e a **periodicidade do reajustamento de preços** e os critérios de atualização monetária entre a data do adimplemento das obrigações e a do efetivo pagamento;

(...)

§ 3º Independentemente do prazo de duração, **o contrato deverá conter cláusula que estabeleça o índice de reajustamento de preço**, com data-base vinculada à data do orçamento estimado, e poderá ser estabelecido mais de um índice específico ou setorial, em conformidade com a realidade de mercado dos respectivos insumos.

§ 4º Nos contratos de **serviços contínuos**, observado o interregno **mínimo de 1 (um) ano**, o critério de reajustamento de preços será por:

I - reajustamento em sentido estrito, quando **não houver regime de dedicação exclusiva de mão de obra ou predominância de mão de obra**, mediante **previsão de índices específicos ou setoriais;** (sem destaques no original)

Para fins de recomposição da equação econômico-financeira, depreende-se que todos os insumos e produtos ofertados pelo mercado sofrem variação em seus preços. Não se trata de fatos extraordinários, mas da mudança previsível de preços que ocorre de forma lenta por causa da inflação, e que precisam ser considerados durante a execução do ajuste, observado o decurso anual, para adequada remuneração do contratado, diante dos encargos que devem ser por ele considerados para adequada prestação dos serviços contratados pela Administração. Nesses casos, para fazer a compensação da variação ordinária de preços, utiliza-se o mecanismo de reajuste.

Sobre o tema, o manual de **Licitações & Contratos: Orientações e Jurisprudência do Tribunal de Contas da União. 5ª Edição, Brasília, 2024, p. 1440**, assim estabelece:

*"O reajuste de preços é uma forma de manter o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, compensando os efeitos da inflação nos preços contratados. Para tanto, **deve** ser aplicado índice de correção monetária, previsto no contrato, que reflita a variação efetiva dos custos de produção no contrato. É admitida a adoção de índices específicos ou setoriais (Lei 14.133/2021, art. 6º, inciso LVIII, art. 25, § 8º, inciso I, art. 92, § 4º, inciso I)."*

Desta forma, subsiste o **poder-dever** da Administração em manter íntegra a equação econômico-financeira do contrato, haja vista que o reajustamento previsto se configura em obrigação, e não mera faculdade da Administração. Nesse sentido:

Acórdão TCU 7148/2018 - Plenário

O estabelecimento do critério de reajuste de preços, tanto no edital quanto no contrato, não constitui discricionariedade conferida ao gestor, mas sim verdadeira imposição, ante o disposto nos arts. 40, inciso XI, e 55, inciso III, da Lei 8.666/1993, ainda que a vigência contratual prevista não supere doze meses. Entretanto, eventual ausência de cláusula de reajuste de preços não constitui impedimento ao reequilíbrio econômico-financeiro do contrato, sob pena de ofensa à garantia inserta no art. 37, inciso XXI, da CF.

No entanto a impugnante questiona a adoção da variação anual do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, para o reajuste anual dos valores contratados, o qual segundo ela, **não reflete a dinâmica de custos específicos do setor da saúde**. A alegação pode ser entendida como razoável, até porque a própria Lei 14.133 de 2021, menciona que poderão ser adotados índices setoriais, tais como o o Índice de Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCMH) e o Índice de Preços da Saúde FIPE Saúde.

Para visualização concreta do pleito da impugnante, foi elaborada a tabela adiante com a comparação dos 12 últimos índices acumulados do IPCA e do FIPE Saúde:

Compração IPCA X FIPE SAÚDE acumulados 12 meses

MÊS	IPCA acumulado Fonte Debit (https://www.debit.com.br/tabelas/ipca-indice-nacional-de-precos-ao-consumidor-amplo)	FIPE SAÚDE acumulado Fonte: Painel de índices (https://paineldeindices.com.br/indice/fipe-saude/)
04/2024	3,69%	1,89%
05/2024	3,93%	2,55%
06/2024	4,23%	3,29%
07/2024	4,50%	3,90%
08/2024	4,24%	4,53%
09/2024	4,42%	5,31%
10/2024	4,76%	5,94%
11/2024	4,87%	6,37%
12/2024	4,83%	7,08%
01/2025	4,56%	7,95%
02/2025	5,06%	8,16%
03/2025	5,48%	8,47%

O quadro revela que, apesar de não haver uma diferença extremamente significativa entre os dois índices, há uma tendência de certa sobrevalorização do índice FIPE Saúde em relação ao IPCA, certamente a razão do pedido da impugnante.

Contudo, como já registrados, o contrato prevê expressamente **outras salvaguardas ao contratado para a manutenção da equação econômico-financeira do contrato**. Além a Administração contratante deve considerar o fato de que os custos do processo não são cobertos exclusivamente com recursos públicos. Em face do orçamento escasso e do elavado preço praticado pelas operadoras de plano de saúde, a participação dos servidores no custeio das mensalidades dos planos têm amentado significativamente nos últimos anos. Tal fato tem gerado, inclusive, pedidos de exclusão de dependentes do plano de saúde cntratado por este Tribunal.

Isso porque os reajustes dos vencimentos dos servidores públicos não são automáticos ou possuem periodicidade predefinida. São esporádicos e nem de longe cobrem os índices oficiais de inflação, que como sabido, nos últimos anos têm se balizado pelo IPCA questionado. Dessa forma, a adoção de índice setorial para o reajuste anual automático dos valores do contrato, que certamente os elevará para patamares superiores à correção do IPCA, poderá inviabilizar a continuidade de diversos beneficiários no plano que se pretende contratar.

Por fim, conforme já registrado, ao contrário do que afirmado pelo impugnante, **não é verdade que o edital preveja a aplicação exclusiva do IPCA para a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato**. Não se pode perder de vista que, tratando-se de um contrato que busca a prestação de serviços de saúde, extremamenre regrados pelas normas da ANS, **há previsão expressa de outras salvaguardas para a manutenção da equação econômico-financeira do contrato**.

É o caso da reclassificação automática dos valores por mudança de faixa etária, o reajuste por sinistralidade e a previsão da possibilidade de reequilíbrio econômico-financeiro, nas situações previstas em lei (art. 124, II, "d", da LLC).

CONCLUSÃO:

Em face do exposto, a EPC se manifesta nos seguintes termos:

I - Pelo provimento dos seguintes itens da impugnação, na forma detalhada nesta manifestação:

Item 1.1 Legislação aplicável no caso de Cooperativa de trabalho médico atuando na saúde suplementar;

Item 1.2 Da cobertura para internação psiquiátrica;

Item 1.3 Da cobertura de despesas do acompanhante;

Item 1.4 Da documentação exigida para o reembolso;

Item 1.5 Do fornecimento de OPME ligados ao ato cirúrgico;

Item 1.9 Da remoção aeromédica;

Item 1.10 Exigências documentais específicas para cooperativas - itens 8.9.3.1 e 8.9.3.2 do Termo de Referência;

Item 1.12 Da manutenção do beneficiário exonerado no plano de saúde;

Item 1.13 Da entrega de cartões físicos aos beneficiários;

Item 1.14 Do prazo de resposta às demandas da contratante;

Item 1.15 Reajuste no prazo de um ano – mudança de faixa etária.

II - Pelo provimento parcial dos seguintes itens da impugnação, na forma detalhada nesta manifestação:

Item 1.6 Da obrigatoriedade de cobertura no caso de indisponibilidade de rede;

Item 1.7 Dos novos procedimentos;

Item 1.8 Exigência de disponibilização de planos de saúde na modalidade individual/familiar;

III - Pelo improvimento dos seguintes itens da impugnação, na forma detalhada nesta manifestação:

Item 1.11 Exigência de garantia da contratação – Carta de fiança;

Item 1.16 Índice de reajuste em prorrogações.

Registra-se que a EPC fará os necessários ajustes no TR que também deverão repercutir na minuta do contrato. Após a conclusão das alterações enviará o processo ao GABSAOFC para as providências necessárias à análise dos novos documentos e republicação do certame.



Documento assinado eletronicamente por **RONALDO PONTES MOURA, Coordenador(a)**, em 28/04/2025, às 14:45, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **Rodrigo Katibone Holanda, Analista Judiciário**, em 28/04/2025, às 15:22, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **EDGARD MANOEL AZEVEDO FILHO, Secretário(a) de Gestão de Pessoas**, em 28/04/2025, às 17:49, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **ELISÂNGELA ALVES SILVA TIVANELLO, Chefe de Seção**, em 29/04/2025, às 13:08, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **MARCELA PINHEIRO STUDART GONÇALVES, Analista Judiciário**, em 29/04/2025, às 13:21, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <http://www.tre-ro.jus.br/servicos-judiciais/verificacao> informando o código verificador **1351669** e o código CRC **EF7B2E14**.

Ofício n.º 85/2025 – Unimed Porto Velho

Excelentíssimo Senhor Pregoeiro Do Tribunal Regional Eleitoral - Pregão Eletrônico nº 90005/2025

Ref. Impugnação ao edital do pregão eletrônico nº 90005/2025

UNIMED PORTO VELHO - SOCIEDADE COOPERATIVA MÉDICA LTDA., pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ/MF sob nº 05.657.234/0001-20 com sede na Av. Carlos Gomes, n.º 1259 Centro, nesta Capital, através de seu Diretor Presidente, que ao final subscreve, na qualidade de possível interessada no certame, vem por meio deste com fulcro no item 2.2, que tratam da impugnação ao edital e do pedido de esclarecimento, **IMPUGNAR** alguns pontos do referido Edital, bem como do Termo de referência, passando a dispô-los abaixo, fundamentando-se nas inclusas razões.

1. DOS ITENS IMPUGNADOS E SUAS RAZÕES

1.1. Legislação aplicável no caso de Cooperativa de trabalho médico atuando na saúde suplementar:

Segue abaixo o destaque dos trechos do Edital, objeto de impugnação:

8.2.2.1. A constituição e o funcionamento da cooperativa devem observar as regras estabelecidas na legislação aplicável, em especial a Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, a Lei nº 12.690, de 19 de julho de 2012, e a Lei Complementar nº 130, de 17 de abril de 2009.

Av. Presidente Dutra, 1889, Baixa União, Porto Velho/RO
CEP: 76.805 901 Telefone: (69) 3211.2082/2165 e-mail: licitacao@tre-ro.us.br

12

8.2.2.4. O objeto social da cooperativa deve ser compatível com o objeto desta licitação, em se tratando de cooperativas enquadradas na Lei nº 12.690, de 19 de julho de 2012.

O edital, ao mencionar como aplicáveis as disposições da Lei nº 12.690/2012 e da Lei Complementar nº 130/2009, incorre em imprecisão normativa que pode comprometer a segurança jurídica do certame e da futura contratação.

Conforme dispõe o art. 1º, inciso I, da Lei nº 12.690/2012, não se aplica tal legislação às cooperativas de assistência à saúde organizadas na forma da legislação de saúde suplementar, o que afasta sua incidência nos contratos celebrados por operadoras de planos de saúde. Veja-se:

Art. 1º A Cooperativa de Trabalho é regulada por esta Lei e, no que com ela não colidir, pelas Leis nºs 5.764, de 16 de dezembro de 1971, e 10.406, de 10 de janeiro de 2002 -Código Civil.

Parágrafo único. Estão excluídas do âmbito desta Lei:

I - as cooperativas de assistência à saúde na forma da legislação de saúde suplementar;(g.n)

Da mesma forma, a Lei Complementar nº 130/2009 regula exclusivamente as cooperativas de crédito, integrantes do Sistema Nacional de Crédito Cooperativo, não alcançando cooperativas médicas ou operadoras de saúde suplementar.

Portanto, a legislação aplicável deve ser aquela própria à natureza da atividade desempenhada, notadamente a Lei nº 5.764/1971 (que rege as sociedades cooperativas) e a Lei nº 9.656/1998 (que regula a saúde suplementar no Brasil), além das normativas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

A correção se impõe para evitar exigências indevidas no curso da execução contratual e assegurar coerência jurídica entre o objeto licitado e o regime normativo aplicável à contratada.

1.2. Da cobertura para internação psiquiátrica:

Segue abaixo o destaque do trecho do Termo de Referência, objeto de impugnação:

1.5 DOS SERVIÇOS A SEREM REALIZADOS:

1.5.3 Os beneficiários terão direito a serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos constantes do rol de procedimentos ANS, plano ambulatorial e hospitalar com cobertura obstétrica, considerando-se que as cirurgias, inclusive para correção da visão, e as internações psiquiátricas e para recuperação de dependência, atenderão as características e limites estabelecidos pelo Rol de Procedimentos e Eventos da ANS.

Consta do Termo de Referência cláusula que trata da cobertura para internação psiquiátrica, porém sem menção à possibilidade expressamente prevista pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) quanto à aplicação de coparticipação nos casos que excedam o limite legal de cobertura integral.

Nos termos do art. 22, inciso II, da Resolução Normativa ANS nº 387/2015, é permitida a aplicação de fator moderador (coparticipação) para internações psiquiátricas após ultrapassados 30 dias (contínuos ou não), dentro do período de 12 meses de vigência do contrato, desde que tal previsão conste de forma expressa no instrumento contratual:

Art. 22, II – [...] a coparticipação nas hipóteses de internações psiquiátricas somente poderá ser exigida considerando os seguintes termos, que deverão ser previstos em contrato:
a) somente haverá fator moderador quando ultrapassados 30 dias de internação contínuos ou não, nos 12 meses de vigência;
b) a coparticipação poderá ser crescente ou não, estando limitada ao máximo de 50% do valor contratado entre a operadora [...] e o respectivo prestador.

A operadora ora impugnante já adota contratualmente esta previsão, em conformidade com a regulação da ANS, sem afronta a qualquer garantia legal ou contratual do beneficiário. Tal prática está consolidada no modelo de negócio adotado e representa importante instrumento de regulação assistencial e equilíbrio atuarial do plano de saúde. Vejamos:

9.5.7. Tratamento de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, incluindo:

- i. O atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- ii. A psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, **com duração máxima de 12 (doze) semanas**, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas.
- iii. O tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

Trata-se de mecanismo regulatório expressamente permitido e validado judicialmente, conforme decidido pelo Superior Tribunal de Justiça no Tema Repetitivo nº 1032, que reconhece a validade da cláusula contratual que prevê coparticipação após o período de cobertura integral garantida para internações psiquiátricas, desde que haja transparência e expressa previsão contratual.

A omissão dessa possibilidade no Termo de Referência cria risco de insegurança jurídica, elevação injustificada de custos e descaracterização dos critérios regulatórios e atuariais atualmente praticados, os quais já foram validados em contratos anteriores celebrados com entes da Administração Pública.

Ademais, a previsão de coparticipação nesse contexto não afronta qualquer garantia legal ou contratual dos beneficiários, sendo, ao contrário, instrumento legítimo de regulação assistencial e equilíbrio econômico do contrato, em conformidade com as normas da ANS.

Dessa forma, impugna-se o edital para que conste de forma expressa e transparente aos beneficiários a aplicação da coparticipação nos casos de internação psiquiátrica excedente, adotando-se, inclusive, a mesma redação já consolidada nos demais contratos firmados pela operadora.

Requer-se, portanto, a retificação do edital, do Termo de Referência e da minuta contratual para que se adeque ao disposto na RN ANS nº 387/2015, ao entendimento do STJ (Tema nº 1032) e à prática consolidada da operadora, garantindo segurança jurídica e a continuidade da regulação assistencial vigente.

1.3. Da cobertura de despesas do acompanhante:

Segue abaixo o destaque do trecho do Termo de Referência, objeto de impugnação:

1.6 DAS ESPECIFICAÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS:

1.6.1 A Contratada deverá oferecer, observados os limites impostos pelo rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS:

III - Cobertura de internações hospitalares em quarto individual com banheiro privativo e com direito a um acompanhante, com fornecimento de alimentação pela unidade hospitalar, sendo vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, inclusive quanto a procedimentos obstétricos;

IV - A abrangência da cobertura de despesas de acompanhamento refere-se ao fornecimento de alimentação ao acompanhante, pela contratada, para usuários na faixa etária de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos e acima de 60 (sessenta) anos, independente da gravidade do caso. E nos casos de maior gravidade, independente da faixa etária, onde a presença de um acompanhante seja imprescindível, desde que tal necessidade seja devidamente comprovada pelo médico assistente;

A redação atual do item IV do Termo de Referência não contempla integralmente o que determina a legislação vigente sobre a cobertura obrigatória das despesas com acompanhante, sendo, portanto, necessária a sua adequação às disposições da Resolução Normativa nº 465/2021 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Nos termos dos arts. 19 e 21 da RN nº 465/2021, a operadora de plano privado de assistência à saúde é obrigada a garantir a cobertura integral das despesas com alimentação e acomodação do acompanhante nas seguintes hipóteses, salvo contraindicação justificada por escrito pelo profissional assistente:

- a. Crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;
- b. Pessoas idosas com 60 (sessenta) anos ou mais;
- c. Pessoas com deficiência;
- d. Mulheres internadas no período pré-parto, parto e pós-parto imediato.

A ausência desses dispositivos no edital pode gerar incerteza jurídica quanto ao escopo da cobertura exigida, além de representar descumprimento direto da regulamentação da ANS, que possui força vinculante nos contratos celebrados entre o poder público e operadoras de planos de saúde.

A previsão editalícia deve, portanto, ser ajustada para refletir fielmente as determinações contidas na RN nº 465/2021, garantindo que o contrato observe a regulamentação setorial vigente e evite potenciais litígios ou glosas administrativas decorrentes da omissão da obrigação legal.

Diante disso, requer-se a retificação do item IV do Termo de Referência, com a inclusão expressa da obrigatoriedade de cobertura das despesas de acompanhante nos termos dos arts. 19 e 21 da RN nº 465/2021 da ANS.

1.4. Da documentação exigida para o reembolso

Segue abaixo o destaque do trecho do Termo de Referência, objeto de impugnação:

Rotinas a serem cumpridas:

5.4 A execução contratual observará as rotinas:

5.4.1 Reembolso:

5.4.1.1 Os reembolsos serão realizados no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega da documentação comprobatória do atendimento, assim considerada:

5.4.1.2 Relatório do médico assistente;

5.4.1.3 Conta hospitalar, com descrição dos procedimentos (exames, diárias, taxas, materiais e medicamentos) e honorários médicos; e

5.4.1.4 Nota fiscal dos serviços prestados e/ou correspondente recibo de quitação.

Conforme se verificou, o Termo de Referência, no item 5.4.1.4, possui a previsão de que o reembolso poderá ser instruído com "nota fiscal dos serviços prestados e/ou correspondente recibo de quitação".

No entanto, tal redação deve ser impugnada, pois admite a possibilidade de reembolso com base em recibo de quitação, sem a exigência da correspondente nota fiscal, o que contraria a legislação fiscal vigente, fragiliza os mecanismos de controle e expõe a operadora e a própria Administração Pública a riscos relevantes de inconformidade contábil e fraudes.

A Lei nº 8.846/1994, que trata da emissão obrigatória de documentos fiscais na prestação de serviços, estabelece em seu art. 1º, §1º, alínea "b", e art. 2º, que a nota fiscal é documento obrigatório sempre que o destinatário final for pessoa jurídica — como é o caso dos reembolsos realizados pelas operadoras de saúde:

Art. 1º, §1º: São obrigados à emissão de documento fiscal:

[...]

b) na prestação de serviços, ainda que não haja recebimento de numerário ou emissão de fatura, quando o destinatário for pessoa jurídica.

Art. 2º: A emissão do documento fiscal é condição para a dedutibilidade da despesa na apuração de tributos federais, inclusive da contribuição social.

Outrossim, a impugnação encontra respaldo no posicionamento da própria Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, formulado em reposta por meio do Registro de Atendimento nº 9629052/12952838, no qual a ANS manifesta a sua concordância em relação a exigência da nota fiscal como documentação adequada para fins de reembolso, desde que prevista em contrato.

Nesse sentido, impugnamos o item 5.4.1.4, requerendo que seja ajustado para tornar obrigatória e exclusiva a apresentação de nota fiscal para fins de reembolso, suprimindo-se a expressão "ou correspondente recibo de quitação", em razão da sua incompatibilidade com a legislação tributária vigente, com os princípios de Governança e Compliance e com os protocolos mínimos de integridade exigidos na administração pública e no setor de saúde suplementar.

1.5. Do fornecimento de OPME ligados ao ato cirúrgico

Consta no Termo de Referência, item 5.4.2.9, e na minuta do contrato, cláusula 14.4.1, VIII a seguinte redação:

5.4.2.9 As órteses, próteses e outros materiais ortopédicos, incluindo todos materiais e aparelhos ortopédicos ou inerentes ao ato cirúrgico (pinos, parafusos, placas, platinas, marcapassos etc.) deverão ser fornecidos pela contratada aos beneficiários sem ônus adicional ao contratante.

VIII - Cobertura de todos os exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, com fornecimento de medicamentos, próteses e órteses, contrastes anestésicos, oxigênio, transfusão, sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

A redação acima extrapola de forma indevida os limites legais da cobertura obrigatória definida para os planos privados de assistência à saúde, ao prever de forma ampla e genérica a obrigação de fornecimento de todos os materiais e aparelhos ortopédicos, independentemente de estarem vinculados ou não ao ato cirúrgico.

Tal previsão contraria expressamente o disposto no art. 10, inciso VII, da Lei n.º 9.656/1998, que exclui da cobertura obrigatória o fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico. A redação legal é clara e objetiva ao restringir a obrigatoriedade de cobertura apenas àqueles materiais necessários à realização de procedimento cirúrgico coberto.

Essa interpretação é reforçada pela Resolução Normativa ANS n.º 465/2021, que em seu art. 19, inciso VI, confirma a limitação da cobertura às OPMEs "*ligadas ao ato cirúrgico e cujo uso esteja contemplado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde*", afastando a possibilidade de generalização do fornecimento para além do que é legal e regulatoriamente exigido.

O Parecer Técnico nº 24/GCITS/GGRAS/DIPRO/2024, de caráter orientativo da própria ANS, também reforça que a cobertura de órteses e próteses está condicionada à sua vinculação direta com ato cirúrgico previsto no Rol da ANS, não sendo cabível

interpretação extensiva ou ambígua que gere obrigações além daquelas previstas na legislação vigente.

Importa destacar ainda que a utilização da partícula "OU" no trecho "...materiais e aparelhos ortopédicos OU inerentes ao ato cirúrgico..." cria insegurança jurídica, permitindo a interpretação de que seria de responsabilidade da operadora o fornecimento de quaisquer órteses ou próteses, mesmo quando dissociadas de intervenção cirúrgica, o que implicaria ônus desproporcional, imprevisibilidade contratual e risco de desequilíbrio econômico-financeiro, comprometendo a viabilidade da prestação dos serviços.

Adicionalmente, nos termos do art. 7º, parágrafo único, da RN n.º 424/2017, a operadora tem o direito de instaurar junta médica ou odontológica quando o profissional assistente não indicar três opções de marcas de OPMEs, ou quando houver discordância técnica quanto à indicação, o que evidencia a necessidade de respeitar os limites legais e procedimentais na definição das obrigações contratuais.

Diante do exposto, requer-se a revisão da redação contida no Termo de Referência e na minuta contratual, com a exclusão da partícula "OU" e a reformulação do texto para alinhamento com a legislação e normativas vigentes, de modo a deixar expressa a limitação da cobertura de OPMEs aos casos vinculados diretamente a atos cirúrgicos cobertos, conforme segue sugestão:

"As órteses, próteses e demais materiais ortopédicos serão de cobertura obrigatória exclusivamente quando ligados ao ato cirúrgico coberto pelo plano de saúde, nos termos da legislação vigente, da Resolução Normativa n.º 465/2021 da ANS e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde."

A manutenção da redação atual compromete a legalidade do edital e torna inviável a execução adequada e sustentável do contrato, razão pela qual se impugna o referido item, com solicitação expressa de sua adequação.

1.6. Da obrigatoriedade de cobertura no caso de indisponibilidade de rede:

Constam nos itens 5.13.28 a 5.13.30 do Termo de Referência e no item 1.4.2 da minuta contratual as seguintes redações:

5.13.28 Reembolsar despesas decorrentes de casos de urgência ou emergência, quando se demonstrar que o beneficiário não teve condições de usar os serviços próprios ou credenciados da CONTRATADA, limitadas aos valores atribuídos pela CONTRATADA aos seus serviços próprios ou contratados;

5.13.29 Reembolsar o beneficiário nos casos em que não dispuser, por meio próprio ou por meio credenciado, da especialidade do tratamento na localidade em que se encontre o usuário. Nesse caso, o usuário terá direito a reembolso da despesa decorrente, limitado aos valores atribuídos pela contratada aos seus serviços próprios ou contratados;

5.13.30 Nas localidades onde não haja médico conveniado, a contratada deverá reconhecer e pagar o procedimento definido pelo médico, bem como o serviço prestado por profissional ou estabelecimento hospitalar, da confiança do paciente, bem como o tratamento médico recomendado, sem restrições, desde que constante do rol de procedimentos da ANS, mediante laudo técnico fornecido pelo profissional;

1.6.2 Na realização do atendimento deverá ser observado:

V - Nas localidades onde não haja médico conveniado, a contratada deverá reconhecer e pagar o procedimento definido pelo médico não conveniado e da confiança do paciente, bem como o tipo de tratamento médico recomendado, sem restrições, desde que constante do rol de procedimentos da ANS, e mediante laudo técnico fornecido pelo mesmo.

Tal exigência não encontra respaldo na regulamentação vigente da saúde suplementar, especialmente à luz da Resolução Normativa ANS n.º 566/2022, que trata da garantia de atendimento aos beneficiários dos planos privados de assistência à saúde.

Nos termos da referida norma, a operadora está obrigada a assegurar, dentro dos prazos máximos estabelecidos pela ANS, o atendimento por meio de prestadores devidamente contratados ou referenciados, sendo-lhe facultada a adoção de mecanismos de redirecionamento assistencial ou autorização de atendimento fora da rede, desde que o beneficiário realize contato prévio para comunicação da indisponibilidade da rede.

Não há, portanto, qualquer amparo legal ou regulatório para a previsão de reembolso automático e incondicional com base na livre escolha do beneficiário, especialmente quando não demonstrada a falha na prestação do serviço ou ausência da rede referenciada, tampouco quando inexistente o contato prévio com a operadora para viabilização de alternativa de atendimento.

A própria RN n.º 566/2022, em seu artigo 3º, inciso II, dispõe que:

"A operadora deve garantir o atendimento por meio da rede assistencial, observados os prazos máximos definidos nesta Resolução e os mecanismos de regulação adotados, podendo oferecer alternativas de atendimento com prestador não integrante da rede assistencial, nos termos do art. 6º."

O artigo 6º, por sua vez, condiciona expressamente essa alternativa à comunicação prévia do beneficiário e à verificação da impossibilidade de atendimento dentro dos prazos estabelecidos. Assim, não há hipótese de cobertura obrigatória para atendimentos realizados com profissional não credenciado por mera liberalidade ou conveniência do paciente.

A redação atual do edital e do contrato, ao estabelecer a obrigatoriedade de pagamento de procedimentos definidos por médicos não credenciados e escolhidos livremente pelo paciente, ultrapassa os limites normativos da cobertura assistencial, violando os princípios da legalidade, do equilíbrio contratual e da economicidade na contratação pública.

Diante disso, requer-se a supressão ou reformulação do referido item, de modo a adequar-se à regulação vigente da ANS, com a seguinte sugestão de redação alternativa:

"Nas hipóteses em que não houver prestador credenciado disponível na localidade de residência do beneficiário, a operadora deverá ser previamente comunicada, a fim de viabilizar, dentro dos prazos regulatórios, o redirecionamento do atendimento ou, se for o caso, autorizar a realização do procedimento em caráter particular, com possibilidade de reembolso, conforme previsto na RN ANS n.º 566/2022."

A manutenção da redação atual contraria frontalmente a normativa da ANS e impõe à operadora obrigações que excedem a legalidade, o que compromete a viabilidade técnica e jurídica do contrato licitado. Por essas razões, impugna-se o referido item e solicita-se sua devida adequação.

1.7. Dos novos procedimentos:

Consta no Termo de Referência cláusula que prevê a obrigatoriedade de a operadora absorver, automaticamente, quaisquer tratamentos e procedimentos que venham a ser demandados no curso do contrato, sem limitação expressa ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

1.6.3 A contratada deverá absorver automaticamente os tratamentos e procedimentos novos que surgirem dentro do período de vigência contratual, bastando para isso, o reconhecimento da legitimidade e o implemento dos mesmos pelos Órgãos de Saúde, excluindo-se assim, os de caráter experimental. Excluem-se do contrato, ainda, os seguintes serviços:

Tal previsão se mostra incompatível com o regime jurídico dos planos privados de assistência à saúde, especialmente por desconsiderar os critérios técnico-atuariais que norteiam a precificação do plano contratado e a própria função normativa e limitadora do Rol da ANS, conforme previsto na legislação de regência e regulamentos da agência setorial.

Nos termos do art. 10 da Lei nº 9.656/1998, a cobertura obrigatória dos planos de saúde está restrita aos procedimentos definidos em regulamento próprio da ANS, sendo vedada a imposição contratual de obrigações que extrapolem os limites do Rol, salvo expressa previsão contratual lastreada em cálculo atuarial compatível, que garanta o equilíbrio econômico-financeiro da operação.

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, atualmente disciplinado pela Resolução Normativa nº 465/2021, é de natureza taxativa com eficácia vinculante, conforme reconhecido expressamente pela Lei nº 14.454/2022, e só pode ser ampliado mediante processo técnico da própria ANS, precedido de avaliação de impacto econômico, viabilidade assistencial e embasamento científico.

Dessa forma, a previsão de incorporação automática e obrigatória de procedimentos não previstos no Rol da ANS viola os princípios da previsibilidade contratual, segurança jurídica e equilíbrio econômico-financeiro, ao impor à operadora uma obrigação desproporcional, incerta e de altíssimo risco para a sustentabilidade do contrato, uma vez que não é possível antever o volume, a natureza ou o custo dos procedimentos que venham a ser futuramente demandados.

Impugnam-se, portanto, os itens que atribuem à operadora obrigação que nem a lei, nem os normativos da ANS lhe conferem, e cuja imposição compromete a viabilidade econômica do negócio jurídico, ao exigir a assunção de responsabilidade por prestação futura, incerta e fora do controle da contratada.

Ademais, é relevante destacar que não é juridicamente admissível imputar à operadora, em contrato, obrigação de absorver de forma irrestrita novos procedimentos, sem o devido processo regulatório. A comercialização de determinados produtos de saúde suplementar, como os planos na modalidade individual/familiar, tem sido progressivamente descontinuada por diversas operadoras do mercado, justamente em razão dos riscos atuariais e das exigências de regulação de preços, o que torna ainda mais temerária a tentativa de impor obrigações automáticas e sem suporte legal ou contratual expressamente previsto.

Diante disso, requer-se a reformulação do item, com a seguinte sugestão de redação:

"A operadora garantirá a cobertura dos procedimentos e tratamentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, observadas as atualizações promovidas oficialmente pelo órgão regulador, nos termos da legislação vigente."

A manutenção da redação atual compromete a legalidade do edital e a viabilidade da contratação, razão pela qual se impugna o item e se requer sua adequação às normas da saúde suplementar.

1.8. Exigência de disponibilização de planos de saúde na modalidade individual/familiar

Consta no item 1.6.5 do Termo de Referência — bem como em cláusula correspondente na minuta contratual — exigência de que a operadora participante do certame ofereça ou mantenha ativos planos na modalidade individual/familiar.

1.6.5 A contratada deverá garantir, ao beneficiário que perder a qualidade de dependente do referido contrato, cobertura assistencial a ser mantida com a possibilidade de adesão a um plano na modalidade individual/familiar que esteja disponível no momento da sua migração, com cobertura assistencial ambulatorial mais hospitalar com obstetrícia, com o aproveitamento de carências já cumpridas, desde que assuma integralmente o valor praticado para a comercialização do produto ao qual faça a nova adesão.

1.6.5. A contratada deverá garantir, ao beneficiário que perder a qualidade de dependente do referido contrato, cobertura assistencial a ser mantida com a possibilidade de adesão a um plano na modalidade individual/familiar que esteja disponível no momento da sua migração, com cobertura assistencial ambulatorial mais hospitalar com obstetrícia, com o aproveitamento de carências já cumpridas, desde que assuma integralmente o valor praticado para a comercialização do produto ao qual faça a nova adesão;

Contudo, referida exigência não encontra respaldo na legislação vigente, tampouco nos normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A Lei nº 9.656/1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, não impõe às operadoras a obrigatoriedade de comercialização de qualquer modalidade específica de plano de saúde, sendo a definição da carteira de produtos uma decisão de natureza técnica, econômica e regulatória.

A Resolução Normativa ANS nº 557/2022, que consolida as normas sobre registro de produtos, classificação dos planos e formas de contratação, dispõe que os planos privados podem ser oferecidos nas modalidades individual/familiar, coletivo empresarial ou coletivo por adesão, sem, contudo, estabelecer obrigação legal de que todas essas modalidades estejam ativamente disponíveis em cada operadora. A normatização tem

caráter descritivo quanto às formas possíveis de contratação, e não impositivo quanto à sua oferta compulsória.

Assim, condicionar a habilitação no processo licitatório à oferta de plano na modalidade individual/familiar implica violação aos princípios da legalidade e da isonomia, restringindo indevidamente a competitividade do certame e interferindo na autonomia técnica e regulatória das operadoras quanto à composição de seus produtos.

Ademais, tal exigência não se mostra indispensável à consecução do objeto da licitação, que tem como foco a contratação de plano coletivo empresarial. A imposição de manutenção de outro modelo contratual — alheio ao escopo do contrato pretendido — gera ônus excessivo, desnecessário e incompatível com os parâmetros de razoabilidade exigidos nas contratações públicas.

Diante do exposto, requer-se a exclusão do item 1.6.5 do Termo de Referência e da cláusula correspondente da minuta contratual, por se tratar de condição sem fundamento legal e que restringe a ampla participação no certame, comprometendo a segurança jurídica do procedimento.

1.9. Da remoção aeromédica:

Segue abaixo o destaque dos trechos do Edital, objeto de impugnação

1.6.7 O atendimento pela Unidade de Terapia Intensiva, UTI no ar, deverá ser prestado quando necessário, em todas as localidades que permitam o serviço aeromédico e que se fizerem necessárias, dentro do território nacional.

1.6.8 Cabe à contratada oferecer comprovação de disponibilidade dos serviços de prestação de serviços de UTI no ar.

LICITAÇÃO - TERMO DE REFERÊNCIA (T.R.) SERV. SEMI-DEMO 1 (321719) SEI 0002746-38/2024 6.2.2.0000 / pg. 3

1.6.9 Solicitado o serviço de Unidade de Terapia Intensiva - U.T.I. no ar, a Contratada terá o prazo máximo de 12 (doze) horas para disponibilizar a aeronave, contado a partir do momento em que for efetuada a solicitação. Tempo este que poderá sofrer alterações, considerando-se as condições climáticas ou outros contratemplos existentes nas regiões que venham a impedir ou dificultar o pouso ou a decolagem da aeronave. No caso do serviço de Unidade de Terapia Intensiva - U.T.I. terrestre, a Contratada prestará o serviço imediatamente após constatada a necessidade do transporte do paciente;

A redação constante no Termo de Referência e na minuta contratual impõe à operadora contratada a obrigação de providenciar remoção aeromédica no prazo máximo de 12 (doze) horas, nos casos em que o procedimento for comprovadamente necessário, mediante apresentação de laudo circunstanciado emitido pelo médico assistente, quando não houver disponibilidade do serviço necessário ao tratamento do paciente no local de origem.

Contudo, tal exigência, além de carecer de respaldo normativo, revela-se desproporcional e inexecutável, especialmente diante da complexidade logística e dos múltiplos fatores externos que condicionam a efetiva realização de uma remoção aeromédica. A fixação de um prazo objetivo e rígido, dissociado da realidade operacional, compromete a segurança da prestação e viola os princípios da razoabilidade, da viabilidade técnica e do equilíbrio contratual.

A rigor, não há, na legislação vigente ou nas normas regulatórias da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), qualquer dispositivo que imponha prazo específico, contado em horas, para o cumprimento da obrigação de remoção aeromédica. A Resolução Normativa n.º 428/2017 da ANS, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, estabelece apenas que a cobertura deve ser garantida "quando caracterizada a necessidade do transporte inter-hospitalar do paciente para realização de procedimento coberto pelo plano, com base em indicação médica devidamente justificada" – sem, contudo, estabelecer limite temporal fixo para sua execução.

Ademais, a efetivação da remoção aeromédica depende de variáveis que extrapolam a esfera de controle da operadora, tais como:

- ✓ a apresentação de documentação completa e laudo circunstanciado do médico assistente;
- ✓ a identificação de instituição hospitalar de destino com disponibilidade de leitos e recursos adequados ao quadro clínico do paciente;
- ✓ condições climáticas e geográficas da localidade de origem e destino;
- ✓ autorização dos órgãos competentes para o tráfego aéreo.

A estipulação de um prazo objetivo de 12 (doze) horas, portanto, cria um ônus desproporcional à contratada e gera risco contratual indevido, especialmente porque a ausência de cumprimento – ainda que motivada por fatores alheios à sua atuação – poderá ser interpretada como inadimplemento contratual, com consequências severas.

Diante disso, requer-se a exclusão da cláusula que impõe o prazo de 12 (doze) horas, com a substituição por redação mais condizente com a regulação setorial e as possibilidades técnicas reais, como a seguir sugerida:

"A operadora deverá providenciar a remoção aeromédica, quando caracterizada sua necessidade por meio de laudo circunstanciado emitido pelo médico assistente, após apresentação da documentação

necessária, observadas as condições clínicas do paciente, a disponibilidade de vaga hospitalar na unidade de destino, bem como as condições logísticas e meteorológicas e as autorizações pertinentes ao tráfego aéreo, respeitado o tempo razoável necessário para garantir a segurança e eficácia do procedimento."

1.10. Exigências documentais específicas para cooperativas – itens 8.9.3.1 e 8.9.3.2 do Termo de Referência

O Termo de Referência, em seus itens 8.9.3.1 e 8.9.3.3, estabelece as seguintes exigências complementares para cooperativas:

8.9.3 Caso admitida a participação de cooperativas, será exigida a seguinte documentação complementar:

8.9.3.1 A relação dos cooperados que atendem aos requisitos técnicos exigidos para a contratação e que executarão o contrato, com as respectivas atas de inscrição e a comprovação de que estão domiciliados na localidade da sede da cooperativa, respeitado o disposto nos arts. 4º, inciso XI, 21, inciso I e 42, §§2º a 6º da Lei n. 5.764, de 1971;

8.9.3.2 A declaração de regularidade de situação do contribuinte individual - DRSCI, para cada um dos cooperados indicados;

8.9.3.3 A comprovação do capital social proporcional ao número de cooperados necessários à prestação do serviço;

Tais exigências, no entanto, excedem os limites da razoabilidade, da legalidade e da compatibilidade com o modelo jurídico das cooperativas, motivo pelo qual devem ser impugnadas e suprimidas do instrumento convocatório.

a. Item 8.9.3.1 - Comprovação de domicílio dos cooperados

A exigência de comprovação de domicílio dos cooperados na localidade da sede da cooperativa, além de inexecutável na prática, não possui fundamento legal e afronta o regime jurídico próprio das cooperativas de trabalho médico, bem como o princípio da necessidade e adequação previstos na Lei 13.709/2018.

Ademais, nos termos da Lei n.º 5.764/1971, que define a política nacional do cooperativismo, é permitido que o estatuto da cooperativa discipline critérios de admissão com base em localidade e área de atuação. De fato, no caso da impugnante, tais critérios já estão expressamente previstos em seu estatuto e regimento interno.

que restringem a admissão de cooperados àqueles que atuam na mesma localidade de sua sede, tornando desnecessária e redundante a comprovação individual de domicílio.

Adicionalmente, a relação dos cooperados com seus respectivos locais de atendimento pode ser extraída de forma oficial do Guia Médico da rede credenciada, o qual é atualizado periodicamente e reflete a rede assistencial efetivamente disponível para execução do contrato, garantindo segurança jurídica e efetividade assistencial.

Logo, exigir comprovante de domicílio atualizado e individual dos cooperados não apenas é excessivamente oneroso, como também inaplicável na realidade do modelo cooperativista, comprometendo a isonomia da licitação e impondo ônus desproporcional à cooperativa licitante.

b. Item 8.9.3.2 - Apresentação de DRSCI individual

A exigência de apresentação da Declaração de Regularidade de Situação do Contribuinte Individual (DRSCI) para cada cooperado também carece de fundamento legal e revela profundo equívoco conceitual sobre a natureza jurídica da cooperativa.

A cooperativa, como pessoa jurídica autônoma, é a responsável legal e contratual pela prestação do serviço perante o poder público contratante. A exigência de que seus cooperados individualmente apresentem DRSCI pressupõe uma confusão indevida entre a personalidade jurídica da cooperativa e de seus cooperados, o que viola frontalmente o art. 3º da Lei n.º 5.764/1971, que garante a autonomia jurídica da sociedade cooperativa.

Além disso, a impugnante é operadora de plano de saúde registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), encontra-se devidamente regular quanto às suas obrigações fiscais, trabalhistas e previdenciárias, e possui todos os documentos de habilitação exigidos pela legislação de regência, inclusive certidões negativas e atestados de regularidade emitidos pelos órgãos competentes.

Portanto, a apresentação de certidão negativa de situação fiscal individualizada de cada cooperado, além de não encontrar respaldo legal, contraria o princípio da razoabilidade, fere a autonomia do modelo cooperativista e dificulta injustificadamente a participação da cooperativa na licitação.

Diante do exposto, requer-se a exclusão dos itens 8.9.3.1 (no que tange à exigência de comprovante de domicílio dos cooperados) e 8.9.3.2 (quanto à

apresentação de DRSCI individual) do Termo de Referência, por se tratarem de exigências desproporcionais, sem amparo legal, incompatíveis com a estrutura das sociedades cooperativas e que comprometem a isonomia e a legalidade do certame.

Sugere-se, em substituição, a aceitação da nominata de cooperados ativos com base no Guia Médico atualizado, acompanhada de declaração da cooperativa quanto à regularidade de sua constituição, registro e capacidade técnico-operacional, como previsto na legislação aplicável e nos normativos da saúde suplementar.

1.11. Exigência de garantia da contratação – Carta Fiança

Consta no Termo de Referência, no item 4.5 e seguintes, a previsão de exigência de garantia contratual nos moldes do art. 96 e seguintes da Lei nº 14.133/2021, correspondente ao percentual de 5% do valor global do contrato, a ser prestada por meio de caução, fiança bancária ou seguro-garantia, vejamos:

Garantia da contratação:

4.5 Será exigida a garantia da contratação de que tratam os arts. 96 e seguintes da Lei nº 14.133, de 2021, no percentual de 5% do valor contratual, conforme regras previstas no contrato.

4.5.1 A garantia nas modalidades caução e fiança bancária deverá ser prestada em até 10 (dez) dias úteis após a assinatura do contrato.

4.5.2 No caso de seguro-garantia sua apresentação deverá ocorrer, no máximo, até a data de assinatura do contrato.

4.6 O contrato oferece maior detalhamento das regras que serão aplicadas em relação à garantia da contratação.

4.7 O Contratado deverá realizar a transição contratual com transferência de conhecimento, tecnologia e técnicas empregadas, sem perda de informações, podendo exigir, inclusive, a capacitação dos técnicos do contratante ou da nova empresa que continuará a execução dos serviços.

Embora a legislação geral de licitações permita tal exigência, impugna-se a aplicação dessa regra a contratos de planos privados de assistência à saúde, especialmente quando celebrados com operadoras de saúde suplementar devidamente autorizadas e reguladas pela ANS, em razão da existência de garantias setoriais específicas e suficientes, já exigidas por norma infralegal própria.

As operadoras de planos de saúde são obrigadas a manter ativos garantidores, conforme determinado pelas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em especial as disposições da RN nº 518/2022, que disciplina o regime de capital regulatório e ativos vinculados. Esses ativos têm por finalidade garantir a continuidade do atendimento assistencial aos beneficiários, mesmo em caso de dificuldades financeiras da operadora, funcionando como verdadeira garantia regulatória e institucional do contrato celebrado com o poder público.

Esses ativos garantidores:

- Compõem a estrutura mínima de solvência exigida pela ANS, sendo fiscalizados de forma contínua;
- São constituídos por ativos de alta liquidez e baixo risco, como títulos públicos federais, fundos de investimento regulados, aplicações financeiras conservadoras, entre outros, conforme previsão da RN nº 518/2022;
- Servem para lastrear provisões técnicas (como Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar e Provisão de Riscos Incuridos mas não Avisados – IBNR);
- Têm natureza cogente e vinculante, com controle direto por parte da agência reguladora, que inclusive pode intervir no caso de descumprimento.

Dessa forma, exigir nova garantia contratual no percentual de 5% do valor do contrato, cumulativamente à manutenção dos ativos garantidores exigidos pela ANS, configura duplicidade de obrigações, aumentando indevidamente o custo da contratação pública, uma vez que tais valores serão necessariamente refletidos nos cálculos atuariais e, conseqüentemente, no valor global proposto na licitação.

Trata-se, portanto, de exigência que:

- Aumenta o custo da contratação sem ganho assistencial real;
- Viola os princípios da economicidade e da eficiência, ao impor um ônus duplicado ao licitante;
- Desconsidera a regulação técnica própria do setor da saúde suplementar, que já prevê instrumentos específicos e eficazes para garantir a execução dos contratos.

Além disso, é necessário destacar que o modelo regulatório da ANS já impõe a manutenção de provisões técnicas e reservas financeiras obrigatórias, cujo descumprimento pode implicar suspensão de comercialização, intervenção regulatória e até a liquidação extrajudicial da operadora, mecanismos que são muito mais eficazes e rígidos que a mera execução de garantia contratual nos moldes da Lei nº 14.133/2021.

1.12. Da manutenção do beneficiário exonerado no plano de saúde

Consta do Termo de Referência, no item 1.8.5, a previsão de que:

1.8.5. Ao beneficiário coberto pelo Plano de Assistência à Saúde, de que trata este Termo de Referência, em decorrência do vínculo empregatício, no caso de exoneração, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, desde que assuma o seu pagamento integral, conforme dispõe o "caput" do artigo 30 da Lei n. 9.656/98.

Todavia, a redação apresenta incompletude normativa, ao limitar o direito à manutenção no plano à mera assunção do pagamento integral, omitindo outros requisitos legais e regulamentares essenciais à validade desse direito.

A permanência do ex-empregado como beneficiário do plano de saúde depende do cumprimento integral das condições previstas no artigo 30 da Lei nº 9.656/98, assim como das normas regulamentares expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que disciplinam a matéria em caráter complementar e vinculante, inclusive quanto à comprovação de contribuição durante a vigência do vínculo, manifestação formal de interesse, prazo para exercício do direito e demais critérios operacionais e contratuais.

Portanto, a forma como a cláusula está redigida pode induzir à interpretação equivocada de que o direito à permanência é absoluto e incondicional, bastando para tanto o pagamento integral, o que não corresponde ao que dispõe o ordenamento jurídico aplicável.

Diante disso, impugna-se o item 1.8.5 do Termo de Referência, requerendo sua adequação aos termos da Lei nº 9.656/98 e às normas regulamentares da ANS que regulamentam o artigo 30, de modo a evitar interpretação equivocada ou atribuição indevida de obrigações à operadora contratada.

Sugestão de redação alternativa:

"Nos termos do artigo 30 da Lei nº 9.656/98 e das normas regulamentares expedidas pela ANS, será assegurado ao beneficiário exonerado o direito à manutenção no plano, desde que atendidos os requisitos legais e regulatórios, inclusive quanto à contribuição durante a vigência do vínculo e demais condições previstas contratualmente."

1.13. Da entrega de cartões físicos aos beneficiários

O item 5.13.12 do Termo de Referência determina que a operadora contratada deverá:

5.13.12 Entregar cartão físico de todos os beneficiários, inicialmente inscritos pelo contratante no prazo de 20 (vinte) dias úteis contados da assinatura do instrumento contratual e conceder acesso ao cartão virtual e aplicativo imediatamente após finalizada a inclusão dos beneficiários.

Contudo, a exigência de emissão e entrega de cartão físico a todos os beneficiários mostra-se anacrônica, onerosa e incompatível com a atual realidade tecnológica da saúde suplementar, motivo pelo qual se impugna a referida cláusula, requerendo sua adequação.

Atualmente, as operadoras vêm adotando, com respaldo da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), cartões digitais integrados a aplicativos móveis, que permitem ao beneficiário acesso instantâneo e seguro aos seus dados, cobertura contratada, rede credenciada e canais de atendimento, dispensando a emissão de cartões físicos.

No caso da impugnante, a solução tecnológica já prevê a emissão exclusivamente digital dos cartões de identificação dos beneficiários, com acesso imediato via aplicativo móvel e integração com funcionalidades de atendimento assistencial.

Ademais, encontra-se em fase de implantação a tecnologia de biometria facial como ferramenta antifraude e de segurança assistencial, o que representa uma inovação importante no controle de acessos e na validação de identidades no momento da utilização dos serviços, tornando ainda mais segura e eficiente a substituição do cartão físico pelo digital.

A manutenção da exigência de entrega de cartão físico, além de desnecessária, gera aumento de custo logístico e operacional, sem qualquer vantagem assistencial efetiva, contrariando os princípios da eficiência, sustentabilidade e modernização tecnológica na contratação pública, previstos no art. 11 da Lei nº 14.133/2021.

1.14. Do prazo de resposta às demandas da contratante

O item 5.13.19 do Termo de Referência estabelece que:

5.13.19 Responder no prazo de 48 horas às demandas da Contratante formalizadas por meio de ofícios, notificações ou consultas, independentemente o meio de comunicação

Contudo, a previsão de prazo fixo de 48 horas corridas, sem qualquer qualificação quanto à natureza da solicitação, é desproporcional e inexecutável, especialmente no contexto de contratos com elevado volume de beneficiários, complexidade técnica das informações demandadas e necessidade de interação entre múltiplas áreas da operadora para obtenção de dados consistentes e formalmente válidos.

A depender do tipo de demanda — como relatórios sobre sinistralidade, indicadores de desempenho, detalhamento de rede assistencial ou reembolsos — a resposta adequada exige levantamento documental, validação técnica, eventual extração de dados do sistema e até manifestação jurídica, o que não pode ser feito com qualidade e segurança dentro do prazo estipulado.

A fixação de prazo exíguo para tais respostas compromete a fidedignidade das informações prestadas e pode prejudicar a própria eficiência na execução contratual. Tal exigência, além de operacionalmente inviável, colide com os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, previstos no art. 5º da Lei nº 14.133/2021, que trata dos princípios que devem ser observados nas contratações públicas.

1.15. Reajuste no prazo de um ano – mudança de faixa etária

O Termo de Referência estabelece em seu inciso I, do item 9.4.1 que:

9.4.1 Do reajuste contratual ordinário:

I - Os preços inicialmente contratados são fixos e irredutíveis no prazo de um ano contado da data-base do orçamento estimado na ICVEC, em conformidade com o § 7º do art. 25 da Lei 14.133/2021.

Contudo, embora a redação esteja formalmente alinhada à norma geral de licitações, impõe-se ressalva quanto à aplicação dessa regra nos contratos de planos privados de assistência à saúde, sobretudo no que diz respeito às hipóteses de readequação de valores decorrentes de mudança de faixa etária do beneficiário, conforme expressamente autorizado pela regulação setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Nos termos da Resolução Normativa nº 63/2003 da ANS, é plenamente admitida a variação de preço por mudança de faixa etária, desde que observadas as condições previamente pactuadas no contrato coletivo empresarial e respeitados os limites e proporções definidos na própria norma.

Tal readequação não configura reajuste contratual no sentido da Lei nº 14.133/2021, mas sim reclassificação atuarial automática decorrente da evolução etária

do beneficiário, conforme previsto em contrato e validado pelas regras da saúde suplementar. Trata-se, portanto, de mecanismo técnico de precificação individualizada, diretamente vinculado ao perfil de risco do usuário e necessário para o equilíbrio atuarial do plano.

A omissão dessa possibilidade no Termo de Referência, ao declarar os preços como "irreajustáveis", pode induzir à interpretação equivocada de que estão vedadas reclassificações por faixa etária, o que seria incompatível com a regulação setorial vigente, além de potencialmente comprometer a sustentabilidade financeira da carteira de beneficiários vinculados ao contrato.

Diante do exposto, impugna-se a redação atual, requerendo a inclusão expressa de ressalva quanto à possibilidade de readequação de valores em razão da mudança de faixa etária do beneficiário, conforme disciplinado pela RN ANS nº 63/2003 e nos termos do contrato coletivo empresarial a ser celebrado.

Sugestão de redação complementar:

"Sem prejuízo da regra de fixação e irredutibilidade de preços prevista na Lei nº 14.133/2021, fica ressalvada a possibilidade de readequação de valores por mudança de faixa etária do beneficiário, conforme autorizado pela Resolução Normativa nº 63/2003 da ANS e demais normas aplicáveis à saúde suplementar."

Essa adequação preserva a legalidade do edital, alinha o texto contratual às normas da ANS e evita interpretações que comprometam a precificação técnica do plano de saúde coletivo.

1.16. Índice de reajuste em prorrogações

O Termo de Referência estabelece em seu inciso II, do item 9.4.1 que:

9.4.1 Do reajuste contratual ordinário:

I - Os preços inicialmente contratados são fixos e irreajustáveis no prazo de um ano contado da data-base do orçamento estimado na ICVEC, em conformidade com o § 7º do art. 25 da Lei 14.133/2021.

II - Na ocorrência excepcional de prorrogação contratual, independentemente do pedido do contratado, os preços iniciais poderão ser reajustados, mediante a aplicação, pelo Contratante, da variação acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA; exclusivamente para as obrigações iniciadas e concluídas após a ocorrência da anualidade originária, para preservar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato.

Contudo, impugna-se a previsão da aplicação do IPCA como único índice de reajuste no caso de prorrogação do contrato, especialmente por se tratar de contrato

com objeto relacionado à saúde suplementar. O IPCA é um índice de inflação geral ao consumidor e não reflete a dinâmica de custos específicos do setor da saúde, especialmente no que tange a:

- Variações dos insumos médico-hospitalares;
- Atualizações de tabela de honorários médicos;
- Acordos coletivos da categoria médica;
- Reajustes regulatórios em medicamentos e procedimentos;
- Custos de sinistralidade e incorporação tecnológica.

A aplicação exclusiva do IPCA pode inviabilizar a recomposição real do equilíbrio econômico-financeiro do contrato, levando à defasagem de valores e à compressão da margem técnica da operadora, em total desconformidade com o princípio da manutenção do equilíbrio contratual.

A título de referência, o Índice de Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCMH) e o Índice de Preços da Saúde FIPE Saúde, entre outros índices técnicos aplicados ao setor, refletem com muito mais precisão as oscilações reais do custo assistencial no período contratual.

Diante do exposto, requer-se a reformulação do item 9.4.1 (ou item II da página 20), de modo que:

- Seja substituída a referência exclusiva ao IPCA por índice que reflita a inflação médica ou da saúde suplementar, tal como o FIPE Saúde;
- Alternativamente, seja prevista a possibilidade de negociação de índice entre as partes, com base em estudo técnico justificativo, a fim de preservar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato.

Sugestão de redação alternativa:

"Em caso de prorrogação contratual, será admitido o reajuste dos valores com base em índice que reflita a variação dos custos médico-assistenciais, preferencialmente o FIPE Saúde, ou outro índice setorial equivalente, a ser negociado entre as partes, mediante apresentação de justificativa técnica, visando preservar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato."

Essa medida alinha o edital às especificidades do setor de saúde suplementar e evita o comprometimento técnico-financeiro da contratação.

II. DO PEDIDO:

Diante de todo o exposto, considerando que o Edital em referência tem como fundamento a Lei nº 9.656/1998, que regula os planos e seguros privados de assistência à saúde, bem como as normas regulatórias da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e demais disposições legais em vigor, requer-se o integral acolhimento da presente impugnação, com a devida alteração dos dispositivos apontados, de modo a ajustá-los aos limites legais e regulatórios aplicáveis.

Requer-se, ainda, que as modificações sejam refletidas não apenas no texto do Edital, como também no Termo de Referência e na minuta do contrato que integrará o instrumento convocatório, de forma a assegurar a legalidade, isonomia, competitividade e viabilidade da contratação pretendida.

Nestes termos, pede deferimento.

Porto velho, 17 de abril de 2025.



Dr. Saleh M. Abdul Razzak
Presidente
Unimed Porto Velho