

## ANÁLISE E JULGAMENTO DE IMPUGNAÇÃO AO EDITAL DO PREGÃO ELETRÔNICO MGI 002/2017

IMPUGNAÇÃO 01 – Impugnação do Edital 02/2017 apresentada por UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

### **2.1 - DOS REQUISITOS OBJETIVOS DE REDE - CUMPRIMENTO IMPOSSÍVEL**

O Ente elege como critérios objetivos de rede, que deve ser cumprido por qualquer participante:

*“(...) 7.4.6. Declaração de capacidade de atendimento:*

**7.4.6.1.** *Capacidade de atendimento em, no mínimo, 25 (vinte e cinco) hospitais na rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, na Região Metropolitana de Belo Horizonte - RMBH, sendo pelo menos 3 (três) deles com Certificado de Acreditação da Organização Nacional de Acreditação - ONA, correspondente ao nível 3 - "Acreditado com excelência", nos termos do ANEXO V (Declaração de Capacidade de Atendimento);*

**7.4.6.2.** *Capacidade de atendimento em, no mínimo, 8 (oito) hospitais de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada na RMBH, com mais de 100 (cem) leitos em cada hospital, nos termos do ANEXO V (Declaração de Capacidade de Atendimento);*

**7.4.6.3.** *Capacidade de atendimento de urgência e emergência 24 horas por dia, em pelo menos 5 (cinco) hospitais com CTI na Região Metropolitana de Belo Horizonte e com, no mínimo, as seguintes especialidades médicas: cardiologia, cirurgia geral, ortopedia, clínica médica e neurologia, nos termos do ANEXO V (Declaração de Capacidade de Atendimento);*

**7.4.6.4.** *Capacidade de atendimento de urgência e emergência 24 horas por dia, em pelo menos 3 (três) hospitais com CTI pediátrico na Região Metropolitana de Belo Horizonte, nos termos do ANEXO V (Declaração de Capacidade de Atendimento);*

**7.4.6.5.** *Capacidade para realizar atendimento domiciliar às urgências médicas, 24 horas por dia, com remoção, se necessária, em ambulância dotada de CTI móvel, na Região Metropolitana de Belo Horizonte, nos termos do ANEXO V (Declaração de Capacidade de Atendimento);*

**7.4.6.6.** *Capacidade para realizar atendimento às urgências ginecológicas e obstétricas, 24 horas por dia, em, pelo menos, 5 (cinco) hospitais na Região Metropolitana de Belo Horizonte, nos termos do ANEXO V (Declaração de Capacidade de Atendimento);*

**7.4.6.7.** *Capacidade para realizar atendimento às urgências e emergências otorrinolaringológicas e oftalmológicas, 24 horas por dia, em pelo menos 3 (três) hospitais na Região Metropolitana de Belo Horizonte, nos termos do ANEXO V (Declaração de Capacidade de Atendimento);*

**7.4.6.8.** *Capacidade de atendimento com pelo menos 1.000 (mil) médicos credenciados na Região Metropolitana de Belo Horizonte, que ofereçam atendimento individualizado em consultório médico extra-hospitalar e equipado conforme sua especialidade, nos termos do ANEXO V (Declaração de Capacidade de Atendimento);(...)"*

Lícito e recomendável que o Ente delimite os critérios objetivos de rede que pretende sejam cumpridos, afinal pretende eleger um certo padrão a fim de que não falte recursos para atendimento de seus empregados e dependentes.

Entretanto, é necessário pontuar que os critérios eleitos devem ser factíveis, a saber, devem ter sido aferidos anteriormente, fundamentados e em consonância com as necessidades envolvidas. No Rol de critérios objetivos eleitos pelo Ente, há 02 (dois), mais especificamente os itens 7.4.6.3 e 7.4.6.7 que são impossíveis de serem atendidos. Isso por que não há, na área escolhida, o número de hospitais que contenham a configuração desejada. **Diga-se de passagem, que isso não se refere somente à rede dessa participante, mas a impossibilidade se dá quanto a toda a rede de saúde da região metropolitana de Belo Horizonte.**

**Veja-se:**

- 1) **NÃO HÁ. NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE HOSPITAL COM ATENDIMENTO 24X7 NA ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA**
- 2) **NÃO HÁ. NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE 05 (CINCO) HOSPITAIS COM CTI. ATENDIMENTO 24X7. NAS ESPECIALIDADES DE CARDIOLOGIA E NEUROLOGIA.**

**Assim, diante da impossibilidade de atendimento por qualquer operadora, necessário rever os critérios objetivos, sob pena de restar frustrada a licitação, com custos desnecessários aos cofres públicos, em época que merece sobriedade e contenção de gastos.**

**CONCLUSÃO:** Pelas razões acima expostas **decide-se acatar a impugnação apresentada**, alterando os itens 7.4.6.3 e 7.4.6.7 do Edital.

## **2.2 - DAS AUTORIZAÇÕES**

Dispõe o item 6.8 do Termo de Referência, possui a seguinte redação:

**6.8.** *A autorização para a realização de exames especiais deverá ser fornecida por telefone, fac-símile ou outro meio eletrônico equivalente, na mesma data de sua solicitação, de modo a não causar transtornos aos beneficiários. Em hipótese alguma, poderá ser exigido que os mesmos se dirijam a “postos de atendimento” ou qualquer outro estabelecimento da CONTRATADA ou por ela credenciado.*

A redação veda que as operadoras participantes peçam que os beneficiários, em alguns casos, se dirijam a postos de atendimento, quando em verdade, não há vedação expressa em nenhum dispositivo legal para tanto, considerando a presente participante que o Ente impõe condição que direciona o certame, limitando de forma excessiva e sem embasamento técnico, a participação de maior número de operadoras, ampliando a concorrência e a disputa, que é a finalidade do procedimento administrativo licitatório.

Necessária a revisão desse critério, a fim de não impactar na redução da disputa e da concorrência, devendo o Ente considerar que está licitando um produto com área de abrangência estadual e que, em alguns casos, especialmente no interior, pode ser necessário que o beneficiário se dirija ao atendimento presencial para a obtenção da autorização.

**CONCLUSÃO:** **Nega-se provimento da impugnação acima.** O formato de operacionalização citado no item 6.8 do termo de referência foi exigido em todas as contratações para o mesmo objeto, sendo que não houve questionamentos e complicações em sua utilização. Trata-se eficiência no atendimento ao usuário aliada a modernidade e tecnologia.

## **2.3 - DO PRAZO PARA IMPUGNAÇÃO**

A Lei 8.666/93, quando trata dos prazos de manifestação de terceiros e, dos participantes traz o seguinte:

*“Art. 41. A Administração não pode descumprir as normas e condições do edital, ao qual se acha estritamente vinculada.*

*§ 1º **Qualquer cidadão** é parte legítima para impugnar edital de licitação por irregularidade na aplicação desta Lei, devendo protocolar o pedido até 5 (cinco) dias úteis antes da data fixada para a abertura dos envelopes de habilitação, devendo a Administração julgar e responder à impugnação em até 3 (três) dias úteis, sem prejuízo da faculdade prevista no § 1º do art. 113.*

*§ 2º Decairá do direito de impugnar os termos do edital de licitação perante a administração o licitante que não o fizer até o segundo dia útil que anteceder a abertura dos envelopes de habilitação em concorrência, a abertura dos envelopes com as propostas em convite, tomada de preços ou concurso, ou a realização de leilão, as falhas ou irregularidades que viciariam esse edital, hipótese em que tal comunicação não terá efeito de recurso. ”*

E ainda, o Decreto 5.450/2005, que regulamenta a Lei 10.520, do Pregão, regula os prazos para apresentação de impugnação e pedido de esclarecimentos:

*“(…) Art. 18. Até dois dias úteis antes da data fixada para abertura da sessão pública, qualquer pessoa poderá impugnar o ato convocatório do pregão, na forma eletrônica.*

*§ 1º Caberá ao pregoeiro, auxiliado pelo setor responsável pela elaboração do edital, decidir sobre a impugnação no prazo de até vinte e quatro horas.*

*§ 2- Acolhida a impugnação contra o ato convocatório, será definida e publicada nova data para realização do certame.*

*Art. 19. Os pedidos de esclarecimentos referentes ao processo licitatório deverão ser enviados ao pregoeiro, até três dias úteis anteriores à data fixada para abertura da sessão pública, exclusivamente por meio eletrônico via internet, no endereço indicado no edital.*

A contrario sensu, ao alvedrio da Lei, o Edital traz as seguintes disposições:

*“(…) 3.1. Qualquer pessoa, inclusive licitante, poderá solicitar esclarecimentos ou impugnar os termos do presente Edital até o 5º (quinto) dia após a publicação do aviso deste Edital na Imprensa Oficial.*

*3.1.1. Os pedidos de esclarecimentos e as impugnações apresentadas fora dos prazos não serão conhecidos.(…)*

O Ente confunde, portanto os parágrafos 1º e 2º do artigo 41, da lei 8.666/93, estabelecendo prazo menos favorável do que o resultante da aplicação da regra correta: **2 (dois) dias úteis antes da data fixada para abertura da sessão.**

Requer-se a modificação do Edital, portanto, para que o prazo correto e a sua contagem - de acordo com a recomendação do TCU - seja utilizada, observando-se que há prejuízo aos participantes, se utilizada a forma proposta pelo Ente.

**CONCLUSÃO: Nega-se provimento da impugnação acima. O prazo do Edital está correto que se baseou na Lei Estadual 14167/2002 e Decreto 44786/2008- Artigo 11.**

## **2.4 - DOS INATIVOS**

A Lei 9.656/98 e a RN 279, da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, determinam que, consecutivamente:

“(…)

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

*(…) 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. (…)*”

“(…)

*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.*

*“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. ”*

As disposições sobre a matéria, constantes no Edital, não são suficientes para a operacionalização, pela eventual operadora vencedora, das questões inerentes aos inativos.

Essa matéria é regulada pela RN 279, da ANS, na qual se baseiam as presentes razões.

Para o completo deslinde da questão:

- (a) Deve haver contribuição por parte dos beneficiários (que não seja coparticipação) e, isso deve ser informado pelo Ente;
- (b) O Ente deve informar se os inativos (demitidos e aposentados) serão incluídos em um contrato apartado, firmado somente para essa massa;
- (c) Caso a opção do Ente seja pela separação dos inativos e ativos, a minuta contratual deve estar inserida no Edital, para conhecimento de todos os partícipes e, não houve inclusão de minuta para contrato exclusivamente contratado para inativos;
- (d) Caso a opção do Ente seja pela reunião da massa de ativos e inativos em um mesmo contrato - tal fato deve estar claramente definido nos instrumentos editalícios - deve haver definição de como se dará o pagamento e o faturamento dos serviços para os inativos e, demais disposições para amparar esse grupo, inclusive eventual exclusão por inadimplência.

Assim, entende-se que o Edital deve ser complementado, em uma republicação, para abarcar essas definições, para que seja possível operacionalizar a manutenção dos beneficiários inativos.

**A ausência dessas disposições torna impossível para a eventual vencedora, movimentar essa massa.**

**CONCLUSÃO: Nega-se provimento da impugnação acima.** A questão dos inativos é amplamente regulada na legislação, não sendo necessário melhores detalhamentos. Esclarece-se ainda que a empresa não possui massa de inativos e por isso não há necessidade de inserção de minuta contratual no edital. A minuta contratual será da operadora vencedora do referente pregão, em momento oportuno.

O edital ainda fornece as diretrizes para operacionalização da manutenção dos beneficiários inativos. O licitante está ciente sobre as regulamentações da ANS da matéria principalmente a RN 279. Vide o pedido de esclarecimento 11.

## **2.5 - REEMBOLSO**

O Edital prevê as seguintes disposições:

*“(…) 4.1. O serviço de assistência à saúde deverá garantir o custeio das despesas referentes aos serviços relacionados nas legislações e atos normativos mencionados neste objeto, em rede própria e/ou credenciada/referenciada ou através de reembolso nos casos de urgência ou emergência e das despesas com todas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, sem limitação de prazo de internação, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, inclusive em unidade ou Centro de Terapia Intensiva (CTI).*

*4.3. Nas localidades onde a empresa contratada não dispuser dos serviços da rede hospitalar credenciada, os beneficiários poderão ser atendidos em estabelecimento médico a que tiverem acesso, solicitando, posteriormente, o reembolso do valor pago.*

*6.5. Caso haja a necessidade de atendimento em local onde não exista rede credenciada/referenciada e/ou própria da CONTRATADA ou nos casos de urgência ou emergência (inclusive fora do Estado de Minas Gerais), quando não for possível a utilização dos serviços credenciados ou próprios, os beneficiários poderão ser atendidos em estabelecimento médico a que tiverem acesso, solicitando, posteriormente, o reembolso do valor, pago ao estabelecimento, junto à CONTRATADA, mediante a apresentação de documento fiscal. O reembolso será efetuado de acordo com a tabela da CONTRATADA.*

*6.2.32. Efetuar o reembolso ao beneficiário por atendimento realizado por profissional não credenciado pela CONTRATADA. (...)”*

O reembolso é instituto excepcional, **trazido pela RN 259**, da ANS, especificamente para os casos de indisponibilidade ou inexistência de prestador no município pertencente a área geográfica de abrangência do produto, entendendo-se indisponibilidade por:

*“VI - Indisponibilidade: ausência, inexistência ou impossibilidade de atendimento nos prazos estabelecidos no art. 3º, considerando-se, inclusive o seu § 2.”*

Dessa maneira, nos casos de indisponibilidade ou inexistência de prestador - e somente nestes casos - a operadora deverá:

*“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:*

*1 - 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. ”*

Somente se **não houver efetividade nessas medidas**, e estritamente dentro do enquadramento da norma, passar-se-á ao reembolso:

*“(…) Art. 9º Na hipótese de descumprimento do disposto nos arts. 4º, 5º ou 6º, caso o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte. ”*

Requer-se, assim, a republicação do Edital a fim de que os critérios de reembolso estejam definidos conforme determinado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

**CONCLUSÃO:** Pelas razões expostas **decide-se acatar, em parte, a impugnação apresentada-** será inserido no edital que os reembolsos serão feitos conforme RN259.

## **2.6 - NÚMERO DE REGISTRO NA CAPA DE CONTRATO**

A minuta contratual deve trazer espaço para o número de registro do produto, conforme IN 23, da DIPRO, ANS:

“Os contratos coletivos, inclusive por autogestões com patrocinador, deverão conter os dados da Pessoa Jurídica contratante no momento da comercialização:

- Razão Social e Nome Fantasia, se houver;
- CNPJ;
- Endereço.

c) **nome comercial e nº de registro do plano na ANS:**

- d) tipo de contratação;
- e) segmentação assistencial do plano de saúde;
- f) área geográfica de abrangência do plano de saúde;
- g) área de atuação do plano de saúde;
- h) padrão de acomodação em internação
- i) formação do preço; e
- j) serviços e coberturas adicionais. ”

Pelo quer requer-se que as minutas atendam essas condições, conforme disposto na norma.

**CONCLUSÃO:** **Nega-se provimento da impugnação acima.** Quando do preenchimento da minuta contratual constarão os dados conforme o IN 23 da DIPRO, ANS.

## **2.7 - DA OMISSÃO QUANTO À PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO. EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO**

Os documentos editalícios quedaram silentes acerca de algumas matérias dispostas no Anexo I, da IN 23, DIPRO, tratadas nesta como de tratamento obrigatório nos instrumentos contratuais de plano de saúde.

A dita omissão absoluta acarreta ônus às operadoras participantes, colocando-as, inclusive, em dissonância das disposições da ANS, tornando ainda impossível a execução segura de qualquer contrato de prestação de serviços, pois que se faz premente a sua regulação.

A regulamentação faz-se necessária, ainda, caso o Ente opte pela separação da massa de beneficiário ativos e inativos em contratos diferentes, com faturamento direto a estes.

O Ente deve estabelecer, ainda, quais condutas devem ser praticadas em caso da perda da qualidade de beneficiário e, ainda, exclusão de beneficiário (por inadimplência, por exemplo, no caso dos inativos).

**CONCLUSÃO: Nega-se provimento da impugnação acima.** A questão está esclarecida na minuta do contrato (item 6.1.6.), anexo do edital e no item 8.0 do Termo de Referência.

Em relação aos inativos, a contratada deve proceder conforme legislação e normativos vigentes e o que está previsto no item 8.0 do Termo de Referência. Na execução do contrato dos inativos não cabe à contratante deliberar sobre prazos de permanência ou inadimplência, uma vez que a cobrança será efetuada pela operadora diretamente ao beneficiário.

Vide o pedido de esclarecimento 01 item 11.

## **2.8 - DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

A despeito do que determina a IN 23, DIPRO, não há no texto editalício previsão sobre em quais condições e sob quais parâmetros serão garantidas as coberturas contratadas nas situações de urgência e/ou emergência.

Sendo assim, em respeito às normas da Agência Nacional de Saúde, requer seja sanada a omissão em tela, não somente para o bom andamento do certame, mas para cumprimento da legislação complementar à matéria, publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Veja-se:

### **“ANEXO I**

#### **MANUAL DE ELABORAÇÃO DOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE**

*O contrato, regulamento ou outro documento que formalize a relação da Operadora com beneficiários de Plano de Saúde deve conter dispositivos sobre os temas a seguir relacionados, sempre que couber.*

(...)

#### **Tema VIII - Atendimento de Urgência e Emergência**

**A) Os contratos de planos médico-hospitalares devem:**

1. definir urgência e emergência na forma do artigo 35-C da Lei 9656/1998;
2. dispor sobre o atendimento da situação da urgência e emergência de acordo com a segmentação contratada e a garantia de remoção, quando necessária por indicação médica para outra unidade da operadora ou para o SUS quando não há cobertura para a continuidade do tratamento.

**B) Nos contratos de planos ambulatoriais, a operadora deve dispor sobre a garantia de cobertura nas urgências e emergências por no mínimo doze horas de atendimento ou até que haja necessidade de internação (artigo 2º, caput e parágrafo único da Resolução CONSU 13/1998).**

**1. O contrato deve dispor, ainda, que haverá:**

- a. garantia de remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente;
- b. garantia de remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando ultrapassadas as primeiras 12 horas ou caracterizada a necessidade de internação.

**C) Nos planos que incluem segmentação hospitalar, excetuado o plano referência, o contrato deve dispor sobre:**

1. a garantia para atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato (artigo 3º, §2º, da Resolução CONSU 13/1998);
2. a garantia de que, depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de

*urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções (artigo 3º da Resolução CONSU 13/1998);*

*3. a garantia dos atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras doze horas, nos planos com cobertura obstétrica, durante o cumprimento dos períodos de carência, e nos planos sem cobertura obstétrica, (artigo 4º, caput e parágrafo único da*

*Resolução CONSU 13/1998);*

*4. a garantia de atendimento limitado às primeiras doze horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes (artigo 6º da Resolução CONSU 13/1998);*

*5. a garantia de atendimento limitado às primeiras doze horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação;*

*6. o contrato deve dispor, ainda, que haverá:*

*a. garantia de remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente;*

*b. garantia de remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do consumidor estar cumprindo período de carência para internação;*

*c. garantia de remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.*

*(...)*

*3. O contrato deve dispor, ainda, que haverá:*

*a. garantia de remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente;*

*b. garantia de remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.*

*E) Nos planos com segmentação odontológica, o contrato deve dispor sobre:*

*1. a garantia de cobertura para atendimentos de urgência e emergência citando nominalmente todos os procedimentos de urgência e emergência e definições constantes no Rol de Procedimentos Odontológicos.*

*F) Em planos de todas as segmentações, o contrato deve dispor sobre:*

*1. a garantia do reembolso, nos casos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou contratualizados, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano (artigo 12, VI, da Lei 9656/1998);*

*2. a garantia de que o valor do reembolso nas urgências e emergências não seja inferior ao valor praticado pela operadora junto à rede de prestadores do respectivo plano (artigo 12, VI, da Lei 9656/1998);*

*3. a relação dos documentos necessários para o reembolso, assegurando que o seu pagamento será efetuado em até trinta dias da entrega destes documentos;*

*4. o prazo de prescrição para o beneficiário apresentar os documentos, observando o mínimo de um ano (Código Civil 2002).*

*G) O contrato deve dispor sobre as seguintes regras no caso de remoção para uma unidade do SUS:*

*1. quando não possa haver remoção por risco de vida, o contratante e o prestador o atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora, desse ônus;*



1. caberá à operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;
2. na remoção, a operadora deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;
3. quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 2, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

**CONCLUSÃO: Nega-se provimento da impugnação acima. As condições em que se darão os atendimentos de urgência e/ou emergência são aquelas constantes da Lei nº9656, de 1998, conforme citado no edital.**

## **2.9 - DA RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS N° 309/2012:**

Diante da ausência da previsão no Edital, cabe ressaltar que, **AINDA QUE O CONTRATO NÃO POSSUA MENOS DE 30 BENEFICIÁRIOS QUANDO DE SUA ASSINATURA**, a ANS obriga implementá-lo com as disposições da RN 309, pois com base no princípio da informação, da boa fé e da probidade, as Partes devem estar devidamente informadas sobre a possibilidade do reajuste pelo pool de risco das operadoras.

Em outubro de 2012 a Agência Nacional de Saúde publicou a Resolução Normativa nº 309/2012. Referida Resolução determina:

*“Art. 3º É **obrigatório** às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento.*

*Art. 4º Ressalvada a hipótese prevista no artigo 5º, a operadora, após a apuração da quantidade de beneficiários prevista artigo 6º, **calculará um único percentual de reajuste, que deverá ser aplicado para todo o agrupamento dos seus contratos coletivos, independentemente do plano contratado.**”*

Pela leitura dos dispositivos acima transcritos, verifica-se que, qualquer que seja a Operadora vencedora do certame, na eventualidade de estarem vinculados ao contrato menos de 30 (trinta) beneficiários, a Contratada estará obrigada a fazer incidir sobre o ele o percentual de reajuste calculado para incidência em todos os seus contratos com menos de 30 beneficiários.

Caso esta regra não seja observada, estará a Operadora Contratada sujeita a aplicação de multa no valor de R\$ 45.000,00 (quarenta e cinco mil reais), conforme previsão contida do art. 61-D da RN nº 124/06, veja:

*“Art. 61-D Deixar a operadora de promover o agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários, ou com o quantitativo de beneficiários estipulado pela própria operadora, ou promovê-lo em desacordo com a regulamentação específica para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento:*

*Sanção - multa de R\$ 45.000,00”*

Tendo em vista a determinação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, considerando que a adesão dos servidores dependentes ao contrato de plano de saúde é facultativa, sendo possível que a ele estejam vinculados menos de 30 beneficiários, o edital deve ser alterado, para que traga previsão sobre a possibilidade de aplicação de reajuste no percentual calculado pela Operadora para incidência em todos os contratos da sua carteira que tenham menos de 30 (trinta) beneficiários.

**CONCLUSÃO: Pelas razões expostas decide-se acatar a impugnação apresentada, incluindo na minuta do contrato, anexo ao Edital.**

## **2.10 - DA NECESSIDADE DE DELIMITAÇÃO PA COBERTURA**

Como toda prestação de serviços, a delimitação do seu escopo da assistência à saúde é de importância singular, pois permite que a precificação se dê de maneira mais adequada às circunstâncias. Em alguns pontos, o Ente amplia o risco de qualquer eventual interessada e, isso certamente acarretará a majoração de custos. Veja-se:

(...) 4.1. O serviço de assistência à saúde deverá garantir o custeio das despesas referentes aos serviços relacionados nas legislações e atos normativos mencionados neste objeto, em rede própria e/ou credenciada/referenciada ou através de reembolso nos casos de urgência ou emergência e das despesas com todas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, sem limitação de prazo de internação, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, inclusive em unidade ou Centro de Terapia Intensiva (CTI).

4.2. Aos beneficiários regularmente inscritos no serviço de assistência à saúde contratado, deverá ser garantido atendimento clínico e/ou cirúrgico nos consultórios médicos, hospitais e ambulatórios Edital Pregão Eletrônico N° 002/2017 nas especialidades e áreas de atuação reconhecidas pela Resolução CFM n° 1973/2011, e aquelas acrescentadas por legislação e atos normativos posteriores, assim como todos os exames solicitados por médicos assistentes, dentro da rede própria, credenciada/referenciada, salvo exceções previstas no item 4 deste TR.

4.3. Nas localidades onde a empresa contratada não dispuser dos serviços da rede hospitalar credenciada, os beneficiários poderão ser atendidos em estabelecimento médico a que tiverem acesso, solicitando, posteriormente, o reembolso do valor pago.

4.4. Aos beneficiários do plano de saúde serão garantidos todos os procedimentos e coberturas do Rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e demais exigências deste Termo de Referência. (...)"

Primeiramente, cumpre esclarecer que as operadoras de plano de saúde possuem **obrigação de cobertura mínima** do contido no ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE da ANS, no momento regulado pela RN 387.

**Não cobre, portanto: DOENÇAS OU ESPECIALIDADES MÉDICAS. Cobre procedimentos e eventos. Neste sentido, o Edital contém diversas previsões absolutamente impossíveis de serem cumpridas por quaisquer operadoras. E isso deve ser corrigido, de qualquer forma, pois cria uma obrigação que não pode ser executada, por ninguém.**

**Se o Ente pretende que seja ofertada cobertura SUPERIOR AO ROL, deve listar quais procedimentos "extras" deverão ser acobertados, já que os produtos registrados na Agência Nacional de Saúde pelas operadoras possuem características detalhadas e, os serviços adicionais, devem estar contidos nessas características. Assim, para qualquer operadora avaliar qual produto seu, registrado, ofertará no certame, deve ter conhecimento detalhado de todo o escopo a ser ofertado. Sem essa delimitação, não há como ofertar produto e, nesse ponto, o Edital também falha, fazendo jus ao devido reparo.**

Veja-se que, não há limites para o surgimento de novas tecnologias ou novos procedimentos, mas isso não significa que estes tragam reais benefícios aos pacientes. Por isso, a ANS, bianualmente, abre consulta pública para a atualização do Rol e, com isso, consulta médicos, pesquisadores, órgãos de defesa do consumidor, ministério público, buscando selecionar os procedimentos que efetivamente possam agregar valor aos serviços. É a fonte mais confiável para a cobertura dos contratos de assistência à saúde, considerando-se o caráter técnico de regulação da autarquia aqui mencionada.

Além disso, cumpre-se acrescer que a ausência de delimitação precisa de cobertura afeta diretamente o risco do contrato, ampliando-o, sendo impossível à proponente a avaliação dos custos a que está sujeita na prestação de serviços. Atingindo a precificação, coloca em xeque o equilíbrio econômico financeiro da relação negociai.

Requer-se, assim, a delimitação da cobertura, de forma precisa, para que a operadora possa precificar corretamente ou mesmo, **decidir pela não participação no certame, de maneira fundamentada.**

**CONCLUSÃO: Nega-se provimento da impugnação acima.** Para efeito de delimitação de cobertura deverá ser adotado o rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, conforme RN 387, nos termos do item 4 e 7 do Termo de Referência.

### **2.11 - DA RN 259**

Transcrever-se-á alguns trechos do Edital, para refutá-los frente às disposições da RN 259, da Agência Nacional de Saúde, em seguida, considerando que o **REEMBOLSO** já foi refutado em itens anteriores ao presente:

*4.3. Nas localidades onde a empresa contratada não dispuser dos serviços da rede hospitalar credenciada, os beneficiários poderão ser atendidos em estabelecimento médico a que tiverem acesso, solicitando, posteriormente, o reembolso do valor pago.*

*6.5. Caso haja a necessidade de atendimento em local onde não exista rede credenciada/referenciada e/ou própria da CONTRATADA ou nos casos de urgência ou emergência (inclusive fora do Estado de Minas Gerais), quando não for possível a utilização dos serviços credenciados ou próprios, os beneficiários poderão ser atendidos em estabelecimento médico a que tiverem acesso, solicitando, posteriormente, o reembolso do valor, pago ao estabelecimento, junto à CONTRATADA, mediante a apresentação de documento fiscal. O reembolso será efetuado de acordo com a tabela da CONTRATADA.*

*6.10. Nas internações de urgência e/ou emergência o beneficiário escolherá o hospital credenciado de sua preferência e terá 72 (setenta e duas) horas para solicitar a "Guia de Internação". Se o beneficiário, em caso de urgência e/ou emergência, comprovadas por médico credenciado/referenciado e/ou médico particular, só conseguir utilizar-se dos serviços contratados, na rede credenciada e/ou própria, na condição de cliente particular, a CONTRATADA obrigar-se-á a reembolsar diretamente e integralmente ao beneficiário os gastos realizados, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da apresentação dos recibos e/ou documentos fiscais dos pagamentos efetuados.*

Em contraponto, a RN 259, da ANS, estabelece o seguinte:

*"(...) 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.*

*Art. 5º Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não 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 atendimento em:

**I - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este; ou**

**II - prestador integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual faz parte o município.**

§ 1º Na inexistência de prestadores nas hipóteses listadas nos incisos I e II deste artigo, 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. § 2º Nas hipóteses listadas nos incisos I e II deste artigo, a operadora estará desobrigada a garantir o transporte.

Art. 6º Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço de urgência e emergência demandado, no mesmo município, nos municípios limítrofes a este e na região de saúde à qual faz parte o município, desde que pertencentes à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, 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, respeitado o disposto no inciso XIV do art. 3º

Parágrafo único. O disposto no caput dispensa a necessidade de autorização prévia, respeitando as Resoluções CONSU n° 08 e 13, de 1998, ou os normativos que vierem a substituí-las. (...)"

Assim, impõe-se que a operadora seja acionada pelo CONTRATANTE ou pelo beneficiário, em qualquer caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador, para tomar as medidas cabíveis, **GARANTINDO O ATENDIMENTO DO BENEFICIÁRIO**, mas se acordo com a sistemática estabelecida pela Agência Nacional de Saúde. A operadora pode, inclusive, firmar contrato com entidade que não compõe a sua rede, para que o atendimento seja realizado. O reembolso é medida, portanto, extraordinária e excepcional, esgotadas todas as outras opções contidas na norma em questão.

Outro aspecto a ser salientado diz respeito ao item 6.10 do Termo de Referência, transcrito no início desse tópico: nenhum beneficiário pode ser atendido por entidade da rede credenciada do plano, como cliente particular - seja em urgência e emergência ou em atendimento eletivo. Essa hipótese deve ser completamente descartada no Edital, especialmente como caso de reembolso, sendo substituída por previsão de que o fato será comunicado imediatamente a operadora, para apontamento junto ao prestador e acerto da questão. Isso indica que o prestador está relegando ao beneficiário de plano de saúde a um "status" diferente do paciente particular. Essa conduta deve ser coibida veementemente, pelo que se requer a modificação do Edital.

**Deve-se ressaltar, ainda, que acordos particulares levados a efeito entre o beneficiário e a instituição de saúde - por exemplo, para custeio de prótese não coberta pelo plano - não serão, em hipótese alguma, reembolsados por qualquer operadora.**

Tais itens devem ser reescritos, conforme entendimento da regulamentação da ANS - Agência Nacional de Saúde e o ora exposto.

**CONCLUSÃO:** Pelas razões expostas **decide-se acatar, em parte, a impugnação apresentada** - será inserido no edital que os reembolsos serão feitos conforme RN259.

## **2.12 - DO CUSTEIO DA ALIMENTAÇÃO E ESTADIA DO ACOMPANHANTE**

A RN 387, que regulamenta o Rol de Eventos e Procedimentos em Saúde, sobre as despesas com alimentação e acomodação de acompanhantes, estabelece sucintamente o seguinte:

*"(...) Art. 22. 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, observadas as seguintes exigências:*

(...)

VII - cobertura das 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 do 60 anos de idade; e
- c) pessoas com deficiência. (...)

Art. 23. O Plano Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida no artigo 22 desta Resolução, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

I - cobertura das 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 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico. ”

Dessa maneira, a cobertura das despesas com acompanhantes somente se dá nos casos acima relacionados, merecendo reparto o edital para que a redação de **TODOS** os itens que ampliem a obrigação de cobertura de despesas de acompanhantes sejam retificados.

Deve-se salientar que, a manutenção dos itens como estão redigidos ampliam o risco do contrato o que, invariavelmente, refletirá no preço e no equilíbrio econômico financeiro da relação negocial.

**CONCLUSÃO:** Pelas razões expostas **decide-se acatar a impugnação apresentada**, incluindo no Edital as delimitações apresentadas.

### **2.13 - DO FILHO ADOTIVO ATÉ 12 (DOZE) ANOS**

O Edital é omissivo em relação à obrigação descrita no art. 12, da Lei 9.656/98:

“(...) VII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante. (...)”

Caso o Edital não seja complementado para constá-lo, o Ente deve estar ciente de que todas as operadoras de plano de saúde estão obrigadas a cumprir a disposição legal acima, não havendo dúvidas quanto à sua aplicação à relação advinda do presente certame.

**CONCLUSÃO:** Nega-se provimento da impugnação acima - partindo do pressuposto de que o artigo 12, VII da lei 9656/1998 faz essa previsão sendo desnecessária sua repetição no edital.

### **2.14 - DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA E DA REDE CREDENCIADA**

Redação parcialmente equivocada possui, o Edital, quanto às exclusões de cobertura:

“(...) 5.1. Não são exigíveis as seguintes coberturas:

- a) Medicina de Família e Comunidade.
- b) A realização de exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.(...)”

Conforme já exposto na presente impugnação, MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE não é PROCEDIMENTO ou EVENTO, mas ESPECIALIDADE MÉDICA. Nenhuma operadora pode NEGAR

PROCEDIMENTO QUE ESTEJA NO ROL, por ter sido REQUERIDO POR PROFISSIONAL COM ESSA ESPECIALIDADE.

E ainda, acresça-se, o Ente ignorou as disposições da RN 387 e da Lei 9.656/98, relacionadas às exclusões de cobertura, consecutivamente relacionados abaixo. Veja-se:

*“(...) § 1º São permitidas as seguintes exclusões assistenciais:*

*I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que:*

*a) emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;*

*b) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou*

*c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label).*

*II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;*

*III - inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação,*

*concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;*

*IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;*

*V - fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;*

*VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos previstos no inciso XII do art. 20 e inciso X do art. 21 desta RN e, ressalvado o disposto no artigo 14 desta Resolução Normativa;*

*VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para a administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos previstos nos incisos X e XI do art. 21 desta RN e, ressalvando o disposto no artigo 14 desta resolução normativa;*

*VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;*

*VIII - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;*

*IX - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente; e*

*X - estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.*

*§ 2º Prótese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.*

*§ 3º Órtese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.*

*§ 4º A referência para classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá estar de acordo com a lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)), não sendo esta, uma lista que atribua cobertura obrigatória aos materiais ali descritos.*

*“(...) 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:*

*I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;*  
*II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;*  
*III - inseminação artificial;*  
*IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;*  
*V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;*  
*VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12;*  
*VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;*  
*VIII - (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)*  
*IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;*  
*X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente. (...) ”*

**CONCLUSÃO:** Pelas razões expostas **decide-se acatar a impugnação apresentada**, alteração do Edital que trata sobre a não exigibilidade para a exclusão de cobertura limitadas ao previsto na Lei nº 9656/1988 e RN 387/2015, respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias.

## **2.15 - DA COPARTICIPAÇÃO PSIQUIÁTRICA**

Cumprido ressaltar que não foi observada no edital, a tratativa a questão envolvendo a cobrança da coparticipação psiquiátrica nos moldes da Resolução Normativa 387, da Agência Nacional de Saúde Suplementar:

“(…) II - quando houver previsão de mecanismos financeiros de regulação disposto em contrato 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 30 dias de internação contínuos ou não, nos 12 meses de vigência; e
- b) a coparticipação poderá ser crescente ou não, estando limitada ao máximo de 50% do valor contratado entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e o respectivo prestador de serviços de saúde. (...)”

Portanto, impende ressaltar a necessidade de constar expressamente, nos termos do Edital (termo de referência e contrato), a possibilidade de exigência de coparticipação psiquiátrica, já que o produto licitado possui características coparticipativas, a saber, permite a exigência de fator de moderação financeiro.

A ausência dessa permissão amplia o risco do contrato, o que reflete nos preços eventualmente apresentados ou, ainda, impede que algumas operadoras participem do certame, restringindo a competição saudável e recomendada pela legislação vigente.

Sendo assim, em respeito aos princípios que regem a Licitação, notadamente o princípio da vinculação ao instrumento convocatório, requer seja sanada a omissão em tela, para o bom andamento do certame.

**CONCLUSÃO:** **Nega-se provimento da impugnação acima**- o item 4.6, m, do Termo de Referência c/c 10 já apresentam a coparticipação psiquiátrica.

## **2.16 - DO MÓDULO OPCIONAL**

Veja-se que, no Edital em questão, o Ente licitante menciona módulo opcional, sem entretanto, designar-lhe o conteúdo.

Não há como oferecer serviço adicional, ausente a discriminação pormenorizada de seu conteúdo e, ainda, seguindo as disposições da Lei 8.666/93, sem que as disposições contratuais que o regulam, estejam contidas no Edital.

As disposições contidas no contrato referem-se exclusivamente à prestação de serviços médico assistência! e, a nada mais se refere, impossibilitando qualquer prestação de serviços adicional.

Veja-se que, como módulo opcional, o Ente licitante pode estar tratando de absolutamente qualquer coisa, não cabendo às participantes, inferir ou presumir seu conteúdo, ainda que com base no contrato administrativo vigente.

**Requer-se, portanto, que o Edital seja republicado,** para inserção das condições comerciais objetivas relacionadas ao “módulo opcional”, inclusive as minutas contratuais respectivas, com seus regulamentos e a discriminação dos critérios para precificação e influência no julgamento, por preço.

**CONCLUSÃO:** Pelas razões expostas **decide-se acatar, em parte, a impugnação apresentada-** será feita alteração no objeto do edital, retirando a obrigatoriedade do módulo opcional, uma vez que não influencia na proposta, pois conforme item **6.1.8.1.**, o custo respectivo será de responsabilidade exclusiva do beneficiário titular, a ser descontado em folha e repassado para operadora. Será acrescentado ao Termo de Referência uma regulamentação sobre o módulo opcional.

Também será detalhado no item 4.6 i que o transporte aeromédico está incluído nas coberturas, independente de algum licitante o considerar como módulo opcional.

Será mantido o subitem 6.1.8.1 que trata das **OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE.**

Vania Lucia da Silveira

Pregoeira