

Correspondência nº 063/2024/DIRE

AO

CONSÓRCIO DE INOVAÇÃO NA GESTÃO PÚBLICA (CIGA)
A/C DIRETOR EXECUTIVO DO CIGA, SR. GILSONI LUNARDI ALBINO
A/C PREGOEIRO (A)

Assunto: Pregão Eletrônico n. 005/2023

Processo Administrativo n. 49/2024.

UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO (“UGF”), cooperativa médica, pessoa jurídica de direito privado, com sede na Rua Dom Jaime Câmara, nº. 94, Centro, na Cidade de Florianópolis, Estado de Santa Catarina, inscrita no CNPJ/MF sob nº. 77.858.611/0001-08, registrada perante a Agência Nacional de Saúde (ANS) sob o nº. 36044-9, neste ato representada conforme dispõe o Estatuto Social, com fulcro no item 10.1 do Edital epigrafado, vem respeitosamente, apresentar à V.Sa.

IMPUGNAÇÃO

Frente ao Edital de **Pregão Eletrônico n. 005/2023**, pelos fatos e fundamentos a seguir especificados.

1. TEMPESTIVIDADE

Considerando o item 100 do Edital, que dispõe que “*até 3 (três) dias úteis antes da data fixada para a abertura da sessão pública, qualquer pessoa, física ou jurídica, poderá impugnar o ato convocatório deste pregão, por irregularidade na aplicação de Lei ou para solicitar esclarecimento sobre os seus termos, mediante petição, a ser enviada exclusivamente para o endereço licitacao@ciga.sc.gov.br”, e ainda, que a data de abertura do pregão é o dia 03/04/2024, resta devidamente comprovada a tempestividade desta impugnação.*

2. OBJETO DA LICITAÇÃO

O objeto do Pregão Eletrônico n. 005/2023 consiste na contratação de empresa de Seguro Saúde, Plano de Saúde ou Administradora de Benefício para operar Plano Privado de Assistência à Saúde do tipo Coletivo Empresarial, para prestar serviços aos empregados públicos do Consórcio de Inovação na Gestão Pública (Ciga) e aos seus dependentes em

conformidade com a Lei n. 9.656/98, em regime de empreitada por preço unitário, conforme as especificações constantes no termo de referência.

A UGF tem o interesse de participar da fração do objeto especializada na prestação de serviços de assistência à saúde em conformidade com a Lei n. 9.656/98 e as especificações constantes no termo de referência.

3. RAZÕES DA IMPUGNAÇÃO

As alegações que se seguirão não retratam qualquer desmerecimento à competência do setor responsável pelas Licitações e Contratos ou a seus integrantes. A UGF ressalva o seu respeito, consignando que os apontamentos acerca do Edital de licitação restringem-se a juízos de legalidade.

No entanto, há vícios de legalidade que, no ver da UGF, merecem correção.

3.1. DA AUSÊNCIA DE DISPOSITIVOS MÍNIMOS OBRIGATÓRIOS

É sabido que as operadoras de planos privados de assistência à saúde estão submetidas à Lei n. 9.656/1998, e subordinadas às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Dessa forma, o documento que regerá a relação entre as Partes deverá conter dispositivos mínimos obrigatórios, em atendimento ao Anexo I (Manual de Elaboração dos Contratos de Plano de Saúde), da Instrução Normativa n. 28/2022¹, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Nesse sentido, ao analisar o Edital e seus anexos, esta operadora de planos de saúde observou que há omissão quanto aos seguintes dispositivos mínimos obrigatórios esclarecendo:

- que a adesão do grupo familiar está condicionada à participação do beneficiário titular no plano privado de assistência à saúde;
- que aos demitidos ou aposentados, aplicam-se os artigos 30 e 31 da Lei n° 9.656, de 1998, regulamentados pela RN n.º 488/2022, que trata da manutenção no plano Coletivo Empresarial para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados;

¹ Dispõe sobre os procedimentos do Registro de Produtos.

- que estão dispensados de cobertura os procedimentos médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos previsto nas Resoluções Normativas vigentes da ANS e suas atualizações, bem como não especifica as exclusões de cobertura à assistência contratada, limitando-se ao disposto no artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998, bem como na regulamentação em vigor, respeitada a cobertura assistencial obrigatória prevista nos artigos 10, 10-A e 12, da Lei nº 9.656, de 1998, de acordo com a segmentação assistencial, área geográfica de abrangência e área de atuação do produto.
- que a contagem dos prazos de carência para cada beneficiário, quando houver, se dará a partir de seu ingresso no plano de saúde;
- que o aproveitamento de carência observará os períodos de carência eventualmente já cumpridos por beneficiário em outro plano de saúde, observado o disposto na Súmula 21 e Resolução Normativa n. 438 da ANS;
- que independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data base única;
- que não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato (artigo 26 da RN 557/2022);
- que o contrato observará o agrupamento de acordo com o Pool de Risco adotado pela operadora, conforme determina a Resolução Normativa n. 565/2022².
- sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP), Cobertura Parcial Temporária (CPT), Declaração de Saúde (DS), Carta de Orientação ao Beneficiário e sobre o processo administrativo para comprovação do conhecimento prévio de doença ou lesão preexistente pelo beneficiário de plano privado de assistência à saúde no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;
- que o usuário deverá solicitar **autorização prévia** à operadora para os procedimentos realizados em **caráter eletivo**, e que a operadora terá o prazo máximo de 10 dias úteis para responder a solicitação, salvo se o prazo da RN n. 566/2022 for menor;

²Dispõe sobre os critérios para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, e dos planos privados de assistência suplementar à saúde exclusivamente odontológicos, contratados por pessoas físicas ou jurídicas e dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste.

- que os procedimentos comprovadamente de urgência/emergência não necessitam de autorização prévia, podendo o pedido de cobertura ocorrer imediatamente após o atendimento, ficando a cobertura sujeita à análise de acordo com o Rol da ANS, obedecendo o prazo regulamentar para resposta ao beneficiário;
- que haverá cobrança de coparticipação por procedimento e de forma específica os eventos a que se aplicam e o seu valor monetário ou percentual, observando os limites máximos estabelecidos em normativo vigente.
- que haverá formação de junta médica para definição de impasses em casos de divergências médicas ou odontológicas, na forma da Resolução Normativa nº 424, de 2017.
- as condições da perda da qualidade de beneficiário, especificando em que condições a pessoa jurídica contratante pode solicitar a suspensão ou exclusão dos beneficiários titulares e dependentes do contrato que continua vigente, assim como informando que as operadoras de planos de assistência à saúde poderão excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas hipóteses de fraude, perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, desde que previstos em regulamento ou contrato, ressalvado o disposto nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998 e a pedido do beneficiário;
- as condições para rescisão e suspensão, as causas que autorizam a rescisão motivada do contrato e a multa nos casos de rescisão imotivada requerida antes do período de doze meses;
- que no desenvolvimento de quaisquer atividades relacionadas à execução do contrato, as partes devem observar o regime legal da proteção de dados, empenhando-se em proceder a todo o tratamento de dados que venha a mostrar-se necessário ao desenvolvimento do Contrato no estrito e rigoroso cumprimento da legislação aplicável;

É oportuno registrar que, **a ausência de dispositivos obrigatórios pode sujeitar as operadoras de planos de saúde à advertência e multa pecuniária.** Deste modo, tal omissão é condição restritiva de participação desta Impugnante e de outras operadoras do mercado que devem cumprir as normativas emanadas do órgão regulador.

3.2. DA AMPLIAÇÃO DE COBERTURA

O item 4.1 do Termo de Referência estabelece que “deverão ser cobertas, cumulativamente, as despesas referentes aos serviços e especialidades médicas/profissionais de saúde especificados neste termo e outras asseguradas pela legislação vigente a serem executadas pela operadora contratada na respectiva rede própria, credenciada ou referenciada, conforme legislação da ANS e suas atualizações”.

É oportuno registrar que o Rol de Procedimentos e Eventos é revisado periodicamente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, autarquia federal que regulamenta o setor de saúde suplementar.

O órgão em comento utiliza de modo sistematizado, dados de saúde e informações financeiras para a análise crítica das avaliações econômicas e para as estimativas de impacto orçamentário de cada tecnologia a ser incorporada ao rol.

Isso porque, diante de um cenário de aumento dos custos em saúde e escassez de recursos, fenômeno que acontece mundialmente, o aprimoramento da utilização de informações econômicas no processo de atualização do Rol é fundamental para a tomada de decisão para a **incorporação racional de novas tecnologias**, em especial, aquelas de alto custo individual ou com grande frequência de uso, contribuindo para a **garantia da sustentabilidade do setor de saúde suplementar**.

Outros aspectos relevantes no processo de revisão do Rol são as reuniões técnicas realizadas para debater as propostas, o apoio técnico e metodológico de instituições especializadas em Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) para análise dos materiais, a transparência ao longo de todas as etapas e o amplo e detalhado conjunto de documentos disponibilizados à sociedade durante a consulta pública.

Como é possível perceber, para chegar à tomada de decisão quanto aos procedimentos que devem ser incluídos no Rol, o órgão regulador avalia critérios, entre os quais os benefícios clínicos comprovados, o alinhamento às políticas nacionais de saúde e a relação custo/efetividade. Assim, somente após realizada essa rigorosa análise, os procedimentos incorporados serão aqueles nos quais os ganhos coletivos e os resultados clínicos são os mais relevantes para o conjunto dos pacientes.

Dessa forma, não é razoável que a cobertura do plano de saúde possa ser ampliada por mera solicitação da contratante. A ampliação de cobertura deve ocorrer pela via legal, mediante análise técnica e especializada, e aplicada a todos os contratos da operadora indistintamente. Sendo assim, solicitamos que o tema seja revisto e adequado.

3.3. EXCLUSÃO DE COBERTURA

Não consta no processo licitatório, que estão dispensados de cobertura os procedimentos médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos previsto nas Resoluções Normativas vigentes da ANS e suas atualizações, bem como não especifica as exclusões de cobertura à assistência contratada, limitando-se ao disposto no artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998, bem como na regulamentação em vigor, respeitada a cobertura assistencial obrigatória prevista nos artigos 10, 10-A e 12, da Lei nº 9.656, de 1998, de acordo com a segmentação assistencial, área geográfica de abrangência e área de atuação do produto.

A inexistência dos dispositivos indicados não observa o Manual de Elaboração dos Contratos de Planos de Saúde estabelecido pela Instrução Normativa - IN/DIPRO n.º 28 - Anexo I. Sendo assim, solicitamos, zelosamente, que o tema seja revisto e adequado.

3.4. CARÊNCIA

O Pregão Eletrônico n. 005/2023 prevê que os períodos de carência eventualmente já cumpridos por beneficiário em outro plano de saúde deverão ser integralmente aproveitados para redução/eliminação dos prazos descritos no subitem anterior, quando comprovados pelo interessado.

O item merece atenção porque a regulamentação estabelece regramento específico nos casos de portabilidade previstos na Resolução Normativa 438 e, quando não aplicável, regramento específico pela Súmula 21.

A inexistência dos dispositivos indicados não observa o Manual de Elaboração dos Contratos de Planos de Saúde estabelecido pela Instrução Normativa - IN/DIPRO n.º 28 - Anexo I. Deste modo, solicitamos que o tema seja revisto e adequado.

3.5. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

O Pregão Eletrônico n. 005/2023 não apresenta cláusula de Doenças e Lesões Preexistentes. Não constam os seguintes dispositivos mínimos obrigatórios em relação à DLP:

- (a) Definir corretamente "doença e lesão preexistente", que é aquela de que o beneficiário é sabedor no momento da contratação do plano;
- (b) Esclarecer que o beneficiário deverá preencher declaração de saúde, no momento da contratação, na forma dos artigos 5º, 9, 10 e 11 da RN 558/2022);
- (c) Especificar que, caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá oferecer Cobertura Parcial Temporária (CPT). O oferecimento de CPT neste caso

é obrigatório, sendo facultado o oferecimento de agravo como opção à CPT (artigo 6º, § 1º, da RN 558/2022)):

(d) Especificar o conceito de Cobertura Parcial Temporária, como a suspensão, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas (artigo 2º, II, da RN 558/2022)):

(e) Especificar as obrigações e direitos do beneficiário, esclarecendo que se for identificado indício de fraude, referente à omissão de conhecimento de Doenças e Lesões Preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano, a operadora deverá comunicar imediatamente ao beneficiário e poderá oferecer as opções de CPT, agravo ou abrir processo administrativo para julgamento da alegação de omissão de informação na declaração de saúde, conforme o disposto no artigo 15 da RN n. 558/2022):

(f) Deixar claro que não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo (artigo 16, § 3º, da RN n. 558/2022):

(g) Esclarecer que é vedada a alegação de omissão de informação de DLP quando realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela operadora, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde (artigo 5º, § 4º, da RN n. 558/2022).

(h) Especificar que não haverá cláusula de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que trinta, para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

A inexistência dos dispositivos indicados não observa o Manual de Elaboração dos Contratos de Planos de Saúde estabelecido pela Instrução Normativa - IN/DIPRO n.º 28 - Anexo I. Portanto, considerando que a prestação do serviço deve ser regida pela Lei n.º 9.656/98, solicitamos que o tema seja abordado com as regras e condições da RN n. 558/2022 e IN/DIPRO n.º 28 - Anexo I.

3.6. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

No Pregão Eletrônico n. 005/2023 está expresso que deverá se assegurar aos beneficiários cobertura assistencial de que compreende todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, na forma estabelecida no artigo 10 da Lei n.º 9.656/1998, 13.819/2019 e suas alterações, bem como observar os procedimentos

discriminados na Resolução e Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e anexos, assim como em suas alterações e atualizações.

No entanto, não constam os seguintes dispositivos mínimos obrigatórios em relação aos atendimentos de urgência e emergência:

- (a) Definição de urgência e emergência na forma do artigo 35-C da Lei 9656/1998;
- (b) 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;
- (c) Garantia para atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato;
- (d) 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);
- (e) 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);
- (f) 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);
- (g) 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;
- (h) 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;
- (i) Garantia de remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados de urgência e emergência, nos casos de o beneficiário estar cumprindo período de carência para internação;
- (j) 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;

(j) 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 do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora, desse ônus; 2. 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; 3. 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; 4. 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.

Desta forma, vislumbra-se a discussão sobre a cobertura para os atendimentos e remoções não previstos na regulamentação.

A inexistência dos dispositivos indicados não observa o Manual de Elaboração dos Contratos de Planos de Saúde estabelecido pela Instrução Normativa - IN/DIPRO n.º 28 - Anexo I. Portanto, considerando que a prestação do serviço deve ser regida também pela Lei n.º 9.656/98, faz-se necessário que o tema seja abordado, e contemple no mínimo as regras e condições anteriormente mencionadas.

3.7. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

No Pregão Eletrônico n. 005/2023 está expresso que cada beneficiário terá coparticipação máxima de 50% (cinquenta por cento) do valor da consulta médica/procedimento (referência tabela da AMB) e que o valor total da contratação compreenderá a participação do Ciga e dos empregados/beneficiários, onde o Ciga, com exceção dos dependentes especiais, subsidiará parte do valor mensal, que será integralizada pelos respectivos beneficiários, por meio de desconto em folha de pagamento.

Contudo, o texto é omissivo quanto à cobrança de coparticipação de procedimentos assegurados pela Lei n.º 9.656/98 e pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente que não constam na Tabela de Referência da Associação Médica Brasileira (AMB).

Desta forma, faz-se necessário retificar o texto para consignar a Tabela que contemple todos os procedimentos e eventos a serem cobertos pela parte vencedora na licitação.

Da mesma forma, fosse esclarecido o que o Edital objetivou ao mencionar “com exceção dos dependentes especiais”, bem como informar de forma específica os eventos a que se aplicam e o seu valor monetário ou percentual, e quais limites máximos serão estabelecidos e a forma de reajuste.

Em resumo, não constam os dispositivos mínimos obrigatórios em relação aos mecanismos de regulação:

- (a) Definir as medidas de gerenciamento para regular a demanda de utilização dos serviços de saúde, observados os preceitos legais, em especial a regulamentação da Lei nº 9.656, de 1998, e da Resolução CONSU nº 8, de 1998.
- (b) Especificar, nos casos de coparticipação e/ou franquia, os eventos a que se aplicam e o seu valor monetário ou percentual, observando os limites máximos estabelecidos em normativo vigente.
- (c) Estabelecer os valores prefixados de coparticipação e/ou franquia nos casos de internação em planos hospitalares que não poderão ser indexados a procedimentos e/ou patologias. Somente para internações em transtornos psiquiátricos, a coparticipação poderá ser especificada em percentual (art. 2º, VIII, e art. 4º, VII, ambos da Resolução CONSU nº 8/98).
- (d) Especificar as condições de atendimento do beneficiário junto à rede de prestadores, contemplando as condições de habilitação, as formas de acesso aos serviços dos diversos tipos e aqueles procedimentos que requerem autorização prévia.
- (e) Nos procedimentos que exigem autorização prévia, informar a rotina para a sua obtenção e que a resposta à solicitação de autorização prévia do procedimento será dada, no prazo máximo de um dia útil, a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência (art. 4º, IV, da Resolução CONSU nº 8/98).
- (f) Informar que os serviços de diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não podendo haver restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratualizada da operadora (art. 12, I, alínea “b” da Lei nº 9.656/98 e art. 2º, VI, da Resolução CONSU nº 8/98).
- (g) Informar os meios de divulgação da rede de prestadores de serviços (impresso, telefônico ou eletrônico).
- (h) Definir que eventual alteração na rede hospitalar observará o disposto no artigo 17 e parágrafos, da Lei nº 9.656, de 1998, com a comunicação prévia nos casos de substituição de rede hospitalar ou autorização da ANS nos casos de redimensionamento por redução de rede hospitalar.
- (i) Indicar, quando houver, termos específicos relacionados à cobertura de determinado procedimento ou evento em saúde.

(j) Dispor sobre a junta médica para definição de impasses em casos de divergências médicas ou odontológicas, na forma da Resolução Normativa nº 424, de 2017.

É oportuno salientar que, a Resolução Normativa n. 424/2017 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. Dessa forma, a redação atual do Edital está em desacordo por não contemplar a Resolução Normativa n. 424/2017.

A inexistência dos dispositivos indicados não observa o Manual de Elaboração dos Contratos de Planos de Saúde estabelecido pela Instrução Normativa - IN/DIPRO n.º 28 - Anexo I. Portanto, considerando que a prestação do serviço deve ser regida pela Lei n.º 9.656/98, solicitamos que o tema seja abordado com as regras e condições da Lei n.º 9.656/98 e IN/DIPRO n.º 28 - Anexo I.

3.8. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

O Pregão Eletrônico n. 005/2023 não traz a previsão para o custeio da emissão de uma segunda via do cartão individual de identificação (cartão impresso), por perda ou extravio.

Desta forma, faz-se necessária a retificação do texto para constar dispositivo que verse a respeito.

3.9. INSCRIÇÃO DO RECÉM-NASCIDO

Ao tratar da inscrição do recém-nascido, o item 3.5 do Termo de Referência assegura a isenção de carência ao(à) filho(a) de titular que solicitar sua inclusão ao plano em até 30 (trinta) dias após o parto, bem como em até 30 (trinta) dias após a adoção, bem como para o cônjuge e dependentes desde que solicitados em até 30 (trinta) dias após o casamento ou união.

No entanto, considerando a regra para planos privados de assistência à saúde acerca da inscrição como dependente do filho recém-nascido, natural ou adotivo, previstas na Lei n. 9.656/1998 e Súmula Normativa n. 25/2012, são condições para inscrição do recém-nascido sem carência ou com aproveitamento delas:

SÚMULA NORMATIVA Nº 25, DE 13 DE SETEMBRO DE 2012

4. O recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário de plano de saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia, pode ser inscrito no plano de saúde em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, observando-se:

4.1. A inscrição pode ser exercida quando o beneficiário for o pai ou a mãe;

4.2. A inscrição independe de o parto ter sido coberto pela operadora ou do cumprimento de quaisquer prazos de carência; e

4.3. O cumprimento ou não do prazo de carência para parto a termo não interfere no direito à inscrição no plano de saúde.

5. O recém-nascido sob guarda ou tutela pode ser inscrito no plano de segmentação hospitalar com obstetrícia pelo responsável legal em até 30 (trinta) dias da tutela, ou guarda.

6. A inscrição do recém nascido, na forma dos itens 4 e 5, pelo dependente de plano privado de assistência a saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia, em planos coletivos, observará as condições de elegibilidade previstas no contrato celebrado entre a operadora e a pessoa jurídica contratante.

[...]

10. Em planos de segmentação hospitalar com obstetrícia, no que diz respeito à imposição de carências máximas no ato da inscrição do recém-nascido, inscrito em até 30 dias na forma dos itens 4 e 5, mesmo que o parto não tenha sido coberto pela operadora, diferenciam-se as seguintes hipóteses:

10.1 caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o **recém-nascido será isento do cumprimento de carências para cobertura assistencial**; ou

10.2 caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido **seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário**. (grifo nosso)

Como se depreende da leitura da normativa, a isenção de carência do recém-nascido está condicionada à inscrição no plano em até 30 (trinta) dias do nascimento/adoção e do cumprimento de pelo menos 180 (cento e oitenta) dias pelo pai ou mãe ou responsável legal.

Deste modo, é possível perceber que o item 3.5 do Edital não encontra amparo na normativa vigente, que regulamenta a inscrição do filho recém-nascido nos planos privados de assistência à saúde com segmentação hospitalar com obstetrícia e, portanto, o texto carece ser adequado, a fim de contemplar as previsões normativas da ANS supracitadas.

3.10. MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO PARA EX-EMPREGADOS EXONERADOS SEM JUSTA CAUSA E APOSENTADOS

O art. 30 da Lei n. 9.656/1998 dispõe que ao beneficiário que contribuir com o pagamento da mensalidade do plano de saúde, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter o plano nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assumo o seu pagamento integral. O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere

o artigo será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência no plano, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

O art. 31 da lei em referência, garante ao aposentado que contribuir com o pagamento da mensalidade do plano, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, 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. Ao aposentado que contribuir para o pagamento da mensalidade do plano por período inferior a 10 (dez) anos é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano.

O Edital não traz qualquer dispositivo que trate do direito à manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados exonerados sem justa causa a aposentados, conforme preveem os artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998, regulamentados pela Resolução Normativa n. 488/2022.

O instrumento convocatório também deixa de consignar que a manutenção no plano Coletivo Empresarial deixará de existir nos seguintes casos:

- (a) Decurso dos prazos de manutenção previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da Resolução Normativa nº 488, de 2022;
- (b) Admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado novo vínculo profissional, que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão (art. 30, §5º e art. 31, § 2º da Lei nº 9.656/98 c/c inciso III do art. 2º e o inciso II e §1º do art. 26, todos da RN nº 488/2022); ou
- (c) Cancelamento, pelo empregador, do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados (inciso III do art. 26 da RN nº 488/2022).

Assim, o Edital deve ser adequado às previsões normativas da ANS supracitadas.

3.11. REAJUSTE

O Edital apresenta informações mínimas de cumprimento regulatório em relação ao reajuste, definindo critérios de reajuste das contraprestações pecuniárias, descrevendo que o contrato não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a doze meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária.

Contudo não define de acordo com o Anexo I, da IN n. 28/2022, a metodologia de reajuste segundo o agrupamento de contratos, de forma a dispor de forma clara e inequívoca

quanto à fórmula ou outro meio adotado para se calcular o percentual de reajuste a ser aplicado para o agrupamento, caso o contrato coletivo se enquadre nos requisitos delineados na regulamentação em vigor.

Logo, o Edital deve ser adequado às previsões normativas da ANS supracitadas.

3.12. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE SEGURADO

O Edital dispõe que somente o beneficiário titular poderá realizar a inclusão ou exclusão de beneficiários.

Contudo não define de acordo com o Anexo I, da IN n. 28/2022:

- (a) Em que condições a pessoa jurídica contratante pode solicitar a suspensão ou exclusão dos beneficiários titulares e dependentes do contrato que continua vigente;
- (b) Que caberá tão somente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários;
- (c) Que as operadoras de planos de assistência à saúde só poderão excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, na ocorrência de fraude, perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, desde que previstos em regulamento ou contrato, ressalvado o disposto nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998 ou a pedido do beneficiário.

A inexistência dos dispositivos indicados não observa o Manual de Elaboração dos Contratos de Planos de Saúde estabelecido pela Instrução Normativa - IN/DIPRO n.º 28 - Anexo I. Portanto, considerando que a prestação do serviço deve ser regida pela Lei n.º 9.656/98, solicitamos que o tema seja abordado com as regras e condições da Lei n.º 9.656/98 e IN/DIPRO n.º 28 - Anexo I.

3.13. RESCISÃO/ SUSPENSÃO

O Edital dispõe que o contrato poderá ser extinto, sem ônus para o Ciga, quando não houver disposição de créditos orçamentários para sua continuidade ou quando o contrato não mais oferecer vantagem para a administração.

Contudo não define de acordo com o Anexo I, da IN n. 28/2022, as condições para rescisão e suspensão, as causas que autorizam a rescisão motivada do contrato e a multa nos casos de rescisão imotivada requerida antes do período de doze meses.

A inexistência dos dispositivos indicados não observa o Manual de Elaboração dos Contratos de Planos de Saúde estabelecido pela Instrução Normativa - IN/DIPRO n.º 28 - Anexo I. Portanto, considerando que a prestação do serviço deve ser regida pela Lei n.º 9.656/98, solicitamos que o tema seja abordado com as regras e condições da Lei n.º 9.656/98 e IN/DIPRO n.º 28 - Anexo I.

Ainda, aproveitamos a oportunidade para solicitar que seja revista a Cláusula Décima Quinta da minuta contratual, especificamente o § 3º que não deixa claro quais atos do Contratante sujeitarão a Contratada a multa rescisória, não sendo crível supor que haverá a multa atribuída à Contratada, caso haja razões de interesse público, por exemplo.

3.14. SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

O edital incorpora as disposições da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, porém, as cláusulas são apresentadas de forma genérica. Portanto, recomendamos a inclusão das seguintes informações:

Identificação dos Agentes de Tratamento: É importante esclarecer a definição dos agentes de tratamento. Conforme o guia orientativo fornecido pela Autoridade Nacional de Proteção de Dados - ANPD, entendemos que tanto a operadora de planos privados de assistência à saúde quanto o Consórcio de Inovação na Gestão Pública (Ciga) serão controladores desses dados.

Obrigações e Responsabilidades Claras: É igualmente relevante a necessidade de uma definição mais precisa das obrigações e responsabilidades de ambas as partes. Como controladores conjuntos, tais disposições se aplicam a ambas as partes, abrangendo aspectos como a segurança dos dados, a adequação de todos os procedimentos internos à legislação vigente, a conscientização dos colaboradores, a resposta às solicitações dos titulares de dados e a comunicação às autoridades competentes em caso de incidente.

Diante do exposto, recomendamos a inclusão das informações sugeridas no edital, a fim de garantir uma abordagem mais precisa e abrangente em relação à proteção de dados e às responsabilidades das partes no tratamento dessas informações.

4. DOS PEDIDOS

Em síntese, esta Impugnante requer, com fundamento no Edital e na legislação de regência, sejam analisados os apontamentos apresentados e sanadas as irregularidades contidas no Edital do Pregão Eletrônico n.º 005/2023, devendo o ato convocatório ser alterado, o que

permitirá que esta e outras operadoras possam participar do certame promovido por esse órgão.

Pede deferimento.

Florianópolis, 27 de março de 2024.

Atenciosamente,

UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

Assinatura digital
Jalmir Rogério Aust
Presidente
CRM 7630

Assinatura digital
Gabriel Gustavo Longo
Superintendente
CRM 8779



Datas e horários baseados no fuso horário (GMT -3:00) em Brasília, Brasil
Sincronizado com o NTP.br e Observatório Nacional (ON)
Certificado de assinatura gerado em 27/03/2024 às 17:34:53 (GMT -3:00)

CI GA- Impugnação ao Edital - Pregão Eletrônico n.º 005.2023

ID única do documento: #8cd494bf-e779-4344-a090-f7b2a6dac881

Hash do documento original (SHA256): 941F9B877A2BC19ADA328FC3848CF29950FCE3CF330AAE51763B14BF919340DB

Este Log é exclusivo ao documento número #8cd494bf-e779-4344-a090-f7b2a6dac881 e deve ser considerado parte do mesmo, com os efeitos prescritos nos Termos de Uso.

Assinaturas (2)

- ✓ **Jalmir Rogério Aust - Presidente Unimed Grande Florianópolis (Assinar)**
Assinou em 27/03/2024 às 17:40:36 (GMT -3:00)
- ✓ **Gabriel Gustavo Longo - Superintendente Unimed (Assinar)**
Assinou em 27/03/2024 às 18:06:50 (GMT -3:00)

Histórico completo

Data e hora

27/03/2024 às 17:34:54
(GMT -3:00)

27/03/2024 às 17:40:36
(GMT -3:00)

27/03/2024 às 18:06:50
(GMT -3:00)

Evento

Suporte Customer Success solicitou as assinaturas.

Jalmir Rogério Aust - Presidente Unimed Grande Florianópolis (CPF 817.271.519-68; E-mail jalmir.aust@unimedflorianopolis.com.br; IP 189.4.120.35), assinou. Autenticidade deste documento poderá ser verificada em <https://verificador.contraktor.com.br>. Assinatura com validade jurídica conforme MP 2.200-2/01, Art. 10o, §2.

Gabriel Gustavo Longo - Superintendente Unimed (CPF 947.631.949-68; E-mail gabriel.longo@unimedflorianopolis.com.br; IP 179.181.92.84), assinou. Autenticidade deste documento poderá ser verificada em <https://verificador.contraktor.com.br>. Assinatura com validade jurídica conforme MP 2.200-2/01, Art. 10o, §2.

Data e hora

27/03/2024 às 18:06:51
(GMT -3:00)

Evento

Documento assinado por todos os participantes.