

JULGAMENTO DE IMPUGNAÇÃO DE EDITAL

Referência: Pregão Eletrônico nº 001/2020

Objeto: Contratação da prestação de serviços continuados de plano/seguro coletivo privado de assistência à saúde médico-hospitalar para os diretores e empregados da PBGÁS, com extensão aos dependentes legais, sem coparticipação, conforme especificações técnicas detalhadas constantes no Termo de Referência.

Impugnante: Unimed João Pessoa – Cooperativa de Trabalho Médico

I- DAS PRELIMINARES: TEMPESTIVIDADE

Trata o presente documento da análise e julgamento de impugnação ao Edital de Pregão na modalidade Eletrônica nº 001/2020, impetrada tempestivamente pela **UNIMED JOÃO PESSOA – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, com fundamento na Lei 10.520/2002 e Decreto 10.024/19.

II- DAS RAZÕES DA IMPUGNAÇÃO

A empresa impugnante contesta especificamente os seguintes itens do instrumento convocatório:

- I) Item 11.3.4.3 do Edital - Certidão Negativa de Intervenção ou Liquidação Extrajudicial;
- II) Cláusula Sexta de Reajuste – necessidade de inclusão de “reajuste técnico” decorrente da sinistralidade do plano;
- III) Item 4.1.2.2 do Termo de Referência - não informa o grupo de beneficiários que farão jus ao acompanhante;
- IV) Subitem "XIV" do Item 4.1.2.3 do Termo de Referência – cobertura de "Cirurgia de Refração em Oftalmologia" sem restrição de grau para a realização de procedimentos, em desconformidade com a Resolução Normativa nº 428/2017;
- V) Subitem XVIII do item 4.1.2.3 do Termo de Referência - cobertura de "Materiais de osteossíntese (placas, parafusos, pinos, próteses e órteses)" - em desconformidade com a RN/ANS nº 428/2017;

- VI) Subitem XXXIV do Termo de Referência - Oxigenoterapia Hiperbárica, em desconformidade com a RN/ANS nº 428/2017;
- VII) Subitem XXXIII do Termo de Referência - Nutrição, em desconformidade com a RN/ANS nº 428/2017;
- VIII) Subitem XLII do Termo de Referência - Terapia ocupacional, em desconformidade com a RN/ANS nº 428/2017;
- IX) Subitem XLV do Termo de Referência - Tratamentos Fonoaudiológicos, em desconformidade com a RN/ANS nº 428/2017;
- X) Subitem XLVIII do Termo de Referência - Demais exames que constam na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde – CID 10, em desconformidade com a RN/ANS nº 428/2017;
- XI) Item 4.1.3.1. do Termo de Referência – realização de triagem médica pela operadora de plano de saúde em desconformidade com a Resolução Normativa - RN nº 162/2007;
- XII) Itens 4.1.3.1 e 4.1.3.2 do Termo de Referência - trazem regras em desconformidade com o que dispõe a legislação vigente.;
- XIII) Item 4.1.3.3 do Termo de Referência – está em desconformidade com o disposto no art. 12, V, da Lei Federal nº 9.656/1998;
- XIV) Termo de Referência - omissis acerca do cumprimento da Cobertura Parcial Temporária para Doenças e Lesões Preexistentes, na forma como disposto no art. 7º da Resolução Normativa - RN nº 195 /2009;
- XV) Item 4.1.7 do Termo de Referência - Planos para demitidos e aposentados – não consta informação de beneficiários inativos, para fins de precificação;
- XVI) Item 6.3 do Termo de Referência – adequar o valor do reembolso nos casos previstos na legislação, conforme tabela praticada pela operadora para remuneração da sua rede credenciada.

III DO PEDIDO DA IMPUGNANTE

Requer a impugnante:

- Adiamento da realização do Pregão Eletrônico;
- Sejam sanadas as incorreções verificadas.

IV – DA ANÁLISE DAS ALEGAÇÕES

Inicialmente, cabe analisar o requisito de admissibilidade da referida impugnação, ou seja, apreciar se a mesma foi interposta dentro do prazo estabelecido para tal, pois a abertura da licitação seria dia 25/03/2020 e a impugnante apresentou a impugnação ao edital em 20/03/2020. Dessa forma, o Decreto 10.024/19, em seu artigo 24, dispõe:

“Qualquer pessoa poderá impugnar os termos do edital do pregão, por meio eletrônico, na forma prevista no edital, até três dias úteis anteriores à data fixada para abertura da sessão pública.”

O impugnante encaminhou em tempo hábil, via e-mail, sua impugnação a PBGÁS, portanto, merece ter seu mérito analisado, já que atentou para os prazos estabelecidos nas normas regulamentares.

Quanto ao mérito, cumpre esclarecer que, atendendo determinação hierárquica, restando estreita margem para alterações dos Instrumentos Convocatórios pela Pregoeira responsável pela sua elaboração. Ressalta-se, ainda, que a Minuta do Edital utilizada foi previamente analisada pela Gerência Jurídica da PBGÁS, com respaldo da Área Requisitante quanto aos requisitos de legalidade das cláusulas ali dispostas.

Inicialmente, informamos que o certame foi adiado, conforme publicação, e será remarcado.

Quanto à exigência da Certidão Negativa de Intervenção ou Liquidação Extrajudicial constante no item 11.3.4.3 do edital, **não merece guarida a supracitada impugnação**, haja vista que a referida certidão pode ser substituída por outro equivalente, inclusive podendo ser consultada e obtida no site da ANS, conforme consta no próprio item do instrumento convocatório.

No que concerne à Cláusula Sexta – Reajuste, De acordo com o site da ANS, o reajuste anual de planos coletivos é aplicado conforme as normas contratuais definidas entre a operadora de planos de saúde e a pessoa jurídica contratante (empresa, sindicato, associação) e deve ser comunicado à ANS em no máximo até 30 dias após o aumento do preço. Não é permitida a aplicação de reajustes diferenciados dentro de um mesmo contrato. O reajuste técnico proposto pela impugnante é apenas um dos tipos de reajuste do valor contratual, não sendo obrigatória a sua utilização. Desta forma, **não será acatada a impugnação** e nem será feita alteração no Edital.

Quanto ao item 4.1.2.2 do Termo de Referência, como o documento não estipula os casos que farão jus ao acompanhante, entende-se que serão observados os casos definidos na RN nº 428/2017. Portanto, **não será acatada a impugnação**, uma vez que não existe desconformidade com o que dispõe o Rol de

Procedimento e Eventos em Saúde da ANS.

Quanto ao subitem "XIV" do Item 4.1.2.3 do Termo de Referência – cobertura de "Cirurgia de Refração em Oftalmologia, o referido documento já menciona que os procedimentos listados nos subitens devem obedecer o que consta na RN nº 428/2017 e suas alterações (ou outra que venha a substituí-la). Então as diretrizes de utilização definidas nesta resolução se aplicam a todos os subitens listados e, portanto, **não será acatada a impugnação**, nem será feita qualquer alteração no instrumento convocatório.

Quanto ao subitem XVIII do item 4.1.2.3 do Termo de Referência - **cobertura de "Materiais de osteossíntese** (placas, parafusos, pinos, próteses e órteses)", o documento já menciona que os procedimentos listados nos subitens são nos termos da RN nº 428/2017 e suas alterações (ou outra que venha a substituí-la). Então as diretrizes de utilização definidas nesta resolução se aplicam a todos os subitens listados e, portanto, **não será acatada a impugnação**.

No que se refere ao subitem XXXIV do item 4.1.2.3 do Termo de Referência - **Oxigenoterapia Hiperbárica**, o documento já menciona que os procedimentos listados nos subitens são nos termos da RN nº 428/2017 e suas alterações (ou outra que venha a substituí-la). Então as diretrizes de utilização definidas nesta resolução se aplicam a todos os subitens listados e, portanto, **não será acatada a impugnação**.

O subitem XXXIII do item 4.1.2.3 do Termo de Referência estabelece a **consulta com nutricionista**, com pelo menos 12 (doze) sessões por ano de vigência. O 103 do Anexo II (Diretrizes de utilização – DUT) da RN 428/2017, estabelece a obrigatoriedade de mínimo de 06 consultas/sessões, podendo ampliar para 12 ou 18, dependendo do caso, senão vejamos:

103. CONSULTA COM NUTRICIONISTA

1. Cobertura mínima obrigatória, de 12 consultas, por ano de contrato, quando preenchidos pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. crianças com até 10 anos em risco nutricional (< percentil 10 ou > percentil 97 do peso / altura);
 - b. jovens entre 10 e 16 anos em risco nutricional (< percentil 5 ou > percentil 85 do peso/ altura);
 - c. idosos (maiores de 60 anos) em risco nutricional (Índice de Massa Corpórea (IMC) <22 kg/m²);
 - d. pacientes com diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica;
 - e. pacientes com diagnóstico de obesidade ou sobrepeso (IMC ≥ 25 kg/m²) com mais de 16 anos;
 - f. pacientes ostomizados;
 - g. após cirurgia gastrointestinal;
 - h. para gestantes, puérperas e mulheres em amamentação até 6 meses após o parto.
2. Cobertura mínima obrigatória, de 18 sessões por ano de contrato, para pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus em uso de insulina ou no primeiro ano de diagnóstico.
3. Para todos os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura mínima obrigatória é de 6 consultas/sessões de nutrição por ano de contrato.

Por outro lado, o art. 2º da RN 428, diz que "As operadoras de planos de assistência à saúde poderão oferecer cobertura maior do que a mínima obrigatória prevista nesta - RN e em seus Anexos, por sua iniciativa ou mediante

expressa previsão no instrumento contratual referente ao plano privado de assistência à saúde". Logo, a empresa não precisa se limitar aos procedimentos ou quantitativos mínimos determinados como obrigatórios. Portanto, **não será acatada a impugnação**, nem será feita qualquer alteração no instrumento convocatório.

O subitem XLII estabelece a **Terapia Ocupacional**, com pelo menos 12 (doze) sessões por ano de vigência, conforme item 107 do Anexo II (Diretrizes de utilização – DUT) da RN 428/2017, conforme texto abaixo:

107. CONSULTA/SESSÃO COM TERAPEUTA OCUPACIONAL

1. Cobertura mínima obrigatória de 12 consultas/sessões, por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de demência (CID F00 à F03); b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de retardo (CID F70 à F79); c. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos do desenvolvimento (CID F82, F83); d. pacientes com disfunções de origem neurológica (CID G00 a G99); e. pacientes com disfunções de origem traumato/ortopédica e reumatológica (CID M00 A M99).

Por outro lado, o art. 2º da RN 428, diz que "As operadoras de planos de assistência à saúde poderão oferecer cobertura maior do que a mínima obrigatória prevista nesta - RN e em seus Anexos, por sua iniciativa ou mediante expressa previsão no instrumento contratual referente ao plano privado de assistência à saúde". Logo, a empresa não precisa se limitar aos procedimentos ou quantitativos mínimos determinados como obrigatórios. Portanto, **não será acatada a impugnação**, nem será feita qualquer alteração no instrumento convocatório.

O subitem XLV estabelece os **tratamentos fonoaudiológicos e de psicomotricidade**, com pelo menos 30 (trinta) sessões por ano de vigência. O item 104 do Anexo II (Diretrizes de utilização – DUT) da RN 428/2017, estabelece a obrigatoriedade de mínimo de 12 consultas/sessões, podendo ampliar para 24, 48 ou 96, dependendo do caso. Já o Art. 2º da RN 428, diz que "As operadoras de planos de assistência à saúde poderão oferecer cobertura maior do que a mínima obrigatória prevista nesta - RN e em seus Anexos, por sua iniciativa ou mediante expressa previsão no instrumento contratual referente ao plano privado de assistência à saúde". Logo, a empresa não precisa se limitar aos procedimentos ou quantitativos mínimos determinados como obrigatórios. Portanto, **não será acatada a impugnação**, nem será feita qualquer alteração no instrumento convocatório.

Quanto ao subitem XLVIII do item 4.1.2.3 do Termo de Referência - Demais exames que constam na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde – CID 10, o documento já menciona que os procedimentos listados nos subitens são nos termos da RN nº 428/2017 e suas alterações (ou outra que venha a substituí-la). Então as diretrizes de utilização definidas nesta resolução se aplicam a todos os subitens listados e, portanto, **não será acatada a impugnação**.

Quanto ao item 4.1.3.1 do Termo de Referência, de acordo com a RN 162/3007, o processo de perícia médica para doenças e lesões preexistentes se aplicam apenas nas situações em que haja previsão de cláusula de

agravo ou cobertura parcial temporária. Já a RN 195/2009, em seu art. 7º, define que nos planos coletivos empresariais com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

Dessa forma, o processo de perícia se aplica apenas aos casos previstos no inciso V do item 4.1.3.2, onde deverá ser cumprido os prazos de carência, e estará sujeito à cobertura parcial temporária para doenças e/ou lesões preexistentes. Ademais, em nenhum momento o Termo de Referência proibiu realização de perícia, nos termos da RN nº167/2007, mas sim realização de triagem médica pela operadora de plano de saúde. Portanto, **não será acatada a impugnação.**

Quanto aos itens 4.1.3.1 e 4.1.3.2 do Termo de Referência, passamos a discorrer o seguinte. No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nem de cumprimento de prazos de carência, desde que atendido os prazos estipulados nos Arts. 6º e 7º.

“Art. 6º No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários **não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante** (Redação dada pela RN nº 200, de 2009)”

“Art. 7º No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários **não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.** (Redação dada pela RN nº 200, de 2009)”

Os itens 4.1.3.1, 4.1.3.2 e 4.1.3.3, somados ao item 11.2, restam claros que as carências não se aplicam as inclusões dos empregados atuais, haja vista que o prazo máximo para início da execução dos serviços será de 30 dias, conforme item 11.2 do Termo de Referência.

11.2 O prazo máximo para início da execução dos serviços relativos ao presente Termo de Referência será de 30 (trinta) dias, contados da data da emissão da Autorização de Fornecimento (AF) emitida pela PBGÁS.

Além disso, o Termo de Referência também informa que o

contrato contemplará um número de participantes superior a 30 vidas. Quanto aos beneficiários incluídos após a assinatura do contrato, estão claras no item 4.1.3.2 as regras para isenção da carência. Portanto, **não será acatada a impugnação.**

O art. 12, V, da Lei nº 9.656/1998 estipula os prazos máximos para os períodos de carência, conforme segue:

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

(...)

V - quando fixar períodos de carência:

- a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;
- b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;
- c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;

Todos os prazos definidos no item 4.1.3.3 do Termo de Referência estão dentro do prazo máximo estabelecido na lei. Desse modo, **não merece guarida a supra citada impugnação.**

Quanto à alegação de que o Termo de Referência é omissivo no que se refere ao cumprimento da Cobertura Parcial Temporária para Doenças e Lesões Preexistentes, as regras e prazos definidos nos itens 4.1.3.2 e 4.1.3.3 já incluem os referidos casos. Portanto, **não será acatada a impugnação.**

O item 4.1.7 estabelece de maneira o regramento para o caso de beneficiários demitidos e/ou aposentados. O Termo de Referência não trouxe qualquer discriminação pois não existem, atualmente, beneficiários inativos. Desse modo, **não merece guarida a supra citada impugnação.**

Quanto ao item 6.3 do Termo de Referência, todas as hipóteses descritas se enquadram aos casos de Urgência e Emergência, Indisponibilidade e inexistência da rede vinculada ao plano, senão vejamos:

6.3 Caberá aos beneficiários o reembolso integral, ou seja, de 100% (cem por cento) das despesas efetuadas com consultas, exames, honorários médicos e serviços hospitalares, com medicamentos e materiais utilizados durante o período de internação e com as demais taxas hospitalares, nas seguintes hipóteses:

a) Despesa efetuada **nas localidades em que a operadora de plano coletivo ou seguro coletivo privado não dispuser de rede médico-hospitalar**, laboratorial e serviços complementares ao diagnóstico e terapia credenciada, referenciada ou própria;

b) **Em situações de greve, paralisações ou outras que impeçam o atendimento pela rede própria**, referenciada ou credenciada da operadora de plano coletivo ou seguro coletivo privado;

c) **Nos casos de urgência ou emergência**, quando não for possível

a utilização dos serviços na rede própria, credenciada ou referenciada da operadora de plano coletivo ou seguro coletivo privado, aqueles como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente;

d) **Quando ocorrer indisponibilidade do serviço na rede credenciada** ou referenciada da operadora de plano coletivo ou seguro coletivo privado por qualquer razão, independentemente da localidade, sendo direito ao reembolso suspenso após a formalização do restabelecimento do atendimento, exceto nos casos de tratamentos sequenciados com as terapias que não possam ser interrompidos.

Sendo assim, a alegação da impugnante de que o Termo de Referência não prevê o livre acesso de prestadores não merece prosperar e, portanto, **não será acatada a impugnação.**

Por fim, quanto ao item 6.5, não prospera a alegação da impugnante de que a pretensa contratação não prevê o livre acesso de prestadores, senão vejamos o texto do Termo de Referência:

6.5. Não sendo a hipótese do item 6.1, **quando o beneficiário exercer a opção de livre escolha de hospitais, profissionais de saúde, clínicas, entre outros estabelecimentos de saúde, fora da rede credenciada da operadora**, o mesmo será reembolsado segundo tabela de indicativa da operadora, disponibilizada para a PBGÁS após a assinatura do contrato, assegurado o valor mínimo de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) de reembolso de consultas médicas. (grifo nosso)

Ademais, a Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde, estabelece que:

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. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 1º Para todos os produtos que prevejam a opção de acesso a livre escolha de prestadores, o reembolso **será efetuado nos limites do estabelecido contratualmente**. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011) (grifo nosso)

O valor mínimo de reembolso estipulado no item 6.5 do Termo de Referência se baseia no valor de consultas médicas particulares. Em alguns casos, as tabelas de valores de reembolso das operadoras ficam bem abaixo do valor de mercado. Dessa forma, foi estipulado um valor mínimo de reembolso para não prejudicar os empregados beneficiários do plano, o qual está previamente

estipulado no instrumento convocatório. Portanto, **não será acatada a impugnação.**

DA DECISÃO

A peça preenche os requisitos para ser admitida, por ter sido apresentada tempestivamente, decidindo a Pregoeira conhecer o documento, e no mérito **NEGAR PROVIMENTO**, pelos motivos já expostos, nos termos da legislação pertinente.

Em atendimento ao inciso II do Art. 17 do Decreto nº 10.024, de 20 de setembro de 2019, cabe apenas à Pregoeira decidir sobre a petição, não sendo necessário o encaminhamento para decisão da Autoridade Superior.

Esse é o entendimento, salvo melhor juízo.

João Pessoa, 29 de outubro de 2020.



Isabela Assis Guedes
Pregoeira