

ILUSTRÍSSIMO SENHOR PREGOEIRO DO SETOR DE LICITAÇÕES DO TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE SANTA CATARINA

UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 77.858.611/0001-08, registrada na ANS sob o n.º 36044-9, estabelecida na Rua Dom Jaime Câmara, n.º 94, Centro, Florianópolis/SC neste ato representada por seu procurador infra-assinado (procuração anexa), com fundamento no artigo 41, § 2º da Lei n.º 8.666/1993 e art.18 do Decreto n.º 5.450/2005 interpor

IMPUGNAÇÃO AO EDITAL DE LICITAÇÃO

do Procedimento Administrativo Eletrônico n. 33.310/2017 (Pregão n.º 007/2018), pelas razões de fato e direito abaixo aduzidas:

1. DA TEMPESTIVIDADE

Inicialmente, comprova-se a tempestividade desta impugnação, dada que a Sessão Eletrônica dar-se-á no dia 26 de fevereiro de 2018 às 14 horas, de forma que há pleno cumprimento ao prazo de 02 (dois) dias úteis antecedentes a abertura da sessão, em consonância ao previsto no art. 18 do Decreto n.º 5.450/2005.

2. DOS FATOS

Foi publicado o Edital do Pregão Eletrônico nº 007/2018, Procedimento Administrativo Eletrônico n. 33.310/2017, Tipo Menor Preço, pelo Tribunal Regional Eleitoral de Santa Catarina, com a realização do referido certame no dia 26/02/2018, com a abertura da sessão eletrônica a partir das 14h00min, no site www.comprasgovernamentais.gov.br, tendo o respectivo Pregão o objeto a contratação de operadora de saúde para prestação de serviço médico-hospitalar,

laboratorial e auxiliar de diagnóstico e tratamento (plano de saúde) aos servidores do Tribunal Regional Eleitoral de Santa Catarina (TRESC) e seus dependentes.

É sabido que os planos privados de assistência à saúde devem atender às disposições contidas na Lei Federal n.º 9.656/98, bem como estão sujeitos à regulação, normatização, controle e fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, autarquia especial, criada pela Lei Federal n.º 9.961/2000.

Dessa forma, imprescindível que o edital seja retificado para atender à Lei n.º 9.656/98 e sua regulamentação, conforme será amplamente demonstrado.

2.1 - CLÁUSULA XII: DAS OBRIGAÇÕES DO VENCEDOR

O item 12.1.17 da Cláusula XII - Das Obrigações do Vencedor dispõe que: **“nos casos de procedimentos eletivos que demandem perícia médica para sua liberação, a autorização deverá ocorrer no prazo máximo de 7 (sete) dias.”**

Contudo, as operadoras de plano de saúde devem garantir os procedimentos eletivos, independente da realização de perícia, nos prazos máximos definidos no art.3º da Resolução Normativa n.º 259/2011, conforme tabela abaixo:

consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	em até 7 (sete) dias úteis
consulta nas demais especialidades médicas	em até 14 (quatorze) dias úteis
consulta/sessão com fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta	em até 10 (dez) dias úteis
serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	em até 3 (três) dias úteis
demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	em até 10 (dez) dias úteis
procedimentos de alta complexidade - PAC	em até 21 (vinte e um) dias úteis
atendimento em regime de hospital-dia	em até 10 (dez) dias úteis
atendimento em regime de internação eletiva	em até 21 (vinte e um) dias úteis
urgência e emergência	imediatamente

Portanto, considerando os prazos de garantia de atendimento estabelecidos na legislação vigente, o edital deve ser retificado a fim de fazer constar que a autorização de procedimentos eletivos, independente da necessidade de perícia ou junta médica, deve ocorrer em prazo que permita o cumprimento do art. 3º da RN n.º 259/2011.

2.2 - CLÁUSULA XV: DO CONTRATO

O item 15.1 da Cláusula XV - Do Contrato estabelece que: **“Será firmado contrato com o licitante vencedor que terá suas cláusulas reguladas pelas Leis n. 10.520/2002 e 8.666/1993, pelo Decreto n. 5.450/2005 e pela Resolução TSE n. 23.234/2010.”**

No entanto, por se tratar de contrato de plano de saúde, firmado após 2 de janeiro de 1999, o item supracitado deve ser retificado a fim de fazer constar que o contrato firmado com a licitante vencedora terá as cláusulas e condições regidas pela Lei n.º 9.656/98 e demais normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

2.3 - CLÁUSULA XVII: DO REAJUSTE

O item 17.1 da Cláusula XVII do edital dispõe que: **“Os preços inicialmente contratados poderão ser reajustados após 1 (um) ano, contados da data limite para apresentação da proposta, utilizando-se, para o cálculo, o Índice de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, publicado na ocasião, ou, na hipótese de extinção deste índice, utilizar-se-á o que venha a substituí-lo.”**

Ocorre que, por se tratar de plano coletivo regulamentado pela Lei n.º 9.656/98, deve constar no item supracitado que o contrato não sofrerá reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, conforme estabelece o art. 19 da Resolução Normativa n.º 195/2009.

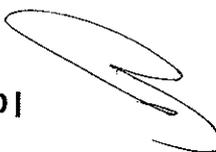
Dessa forma, considerando o artigo citado, deve ser definido que o reajuste ocorrerá anualmente no aniversário do contrato. Além disso, deve constar a **ressalva das variações do valor da contraprestação pecuniária em período inferior a 12 (doze) meses em razão de mudança de faixa etária.**

No caso do contrato de plano coletivo, a data do início da vigência é a data de assinatura do contrato, para efeito de reajuste anual, conforme estabelece o item “3” da letra “B”, do Tema V, constante no Anexo I da IN n.º 23/2009.

A Cláusula XVII do edital deve prever ainda a aplicação de reajuste por sinistralidade de forma complementar ao reajuste anual sempre que a sinistralidade da carteira ultrapassar 75%.

Isso importa dizer que, na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerada como o mês de assinatura do Contrato.

Deve constar também na cláusula em referência a informação que o **valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente**, de acordo com a variação do índice de reajuste apurado no período de 12 meses consecutivos, e o tempo de antecedência em meses da aplicação do reajuste em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.



Por fim, deve constar que independentemente da data de inclusão dos beneficiários, 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.

2.4 DA IMPOSSIBILIDADE DE FIRMAR CONTRATO CONTEMPLANDO MAIS DE UM PLANO

Conforme estabelece o Anexo I da Instrução Normativa n.º 23/2009 no tema “Características Gerais dos Contratos de Planos de Saúde”, não deve haver no mesmo documento (contrato, regulamento ou outra forma) disponibilizado aos beneficiários referência a planos com diferentes registros.

Portanto, a fim de atender a legislação supracitada, deve constar no edital que o licitante vencedor deve firmar um contrato para cada plano contratado.

2.5 DAS CLÁUSULAS E INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS DO CONTRATO CONFORME ANEXO I DA IN N.º 23/2009

No uso das suas atribuições, o órgão regulador publicou em 02/02/2009 a Instrução Normativa - IN n.º 23, que estabeleceu em seu Anexo 1 o “Manual de Elaboração dos Contratos de Planos de Saúde”, que dispõe sobre o conteúdo mínimo que o instrumento firmado pelas partes deve conter de acordo com as cláusulas nele relacionadas.

Assim, analisando a “Minuta de Termo de Contrato”, que integra o Edital de Licitação, verifica-se que o instrumento está em desacordo com as exigências definidas pela IN n.º 23/2009, devendo ser elaborado de acordo com as cláusulas e informações a seguir indicadas.

CLÁUSULA 1ª - CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE

a) qualificação da operadora:

- Razão Social e Nome Fantasia, se houver;
- Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas;
- Registro da operadora na ANS;
- Classificação da operadora na ANS (Observação: nas operadoras classificadas como autogestão conforme artigo 4º c/c artigo 12, II, da RN 137/2006, deverá ser informado se há em sua composição a figura do mantenedor ou patrocinador);
- Endereço completo.

b) qualificação da contratante e seu representante

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 (se houver).

CLÁUSULA 2ª - ATRIBUTOS DO CONTRATO

- ✓ Indicar que se trata de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9656/1998, visando a assistência ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.
- ✓ Indicar que se trata de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA 3ª - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

- ✓ Indicar as condições de admissão dos beneficiários titulares e dependentes nos contratos.
- ✓ Definir a quem se destina o plano de acordo com o artigo 5º, caput e § 1º, da RN nº 195, de 2009, e suas posteriores alterações, ou seja: pessoas vinculadas à pessoa jurídica contratante por relação empregatícia ou estatutária.
- ✓ Dispor que a adesão do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular no plano privado de assistência à saúde (artigo 5º, § 2º, da RN nº 195, de 2009, e suas posteriores alterações).
- ✓ Especificar a garantia de inscrição do filho adotivo menor de 12 anos, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo usuário adotante (artigo 12, VII, da Lei 9656/1998).
- ✓ Garantir o direito de inscrição do recém-nascido, filho adotivo ou natural, como dependente, com isenção de carência (artigo 12, III, "b", da Lei 9656/1998), sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo (artigo 20 da RN 162/2007).

CLÁUSULA 4ª - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Dispor sobre as seguintes coberturas:

- 1) As coberturas assistenciais contratadas, abrangem todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (artigo 10 da Lei 9656/1998) e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.
- 2) cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9656/1998, previstos no Anexo I da RN 192/2009;



3) a participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica;

4) o atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, deve ser assegurado independentemente do local de origem do evento.

5) a cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (artigo 12, I, "a", da Lei 9656/1998 e artigo 14, I, da RN 167/2008);

6) a cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação (artigo 12, I, "b", da Lei 9656/1998, artigo 14, II, da RN 167/2008 e Súmula da Diretoria Colegiada da ANS 11/2007);

7) a cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente (artigo 14, III, da RN 167/2008), sempre que atendidas as Diretrizes de Utilização (DUT);

8) a cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente (artigo 14, IV, da RN 167/2008), sempre que atendidas as Diretrizes de Utilização (DUT);

9) a cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente (artigo 14, V, da RN 167/2008);

10) a cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais (artigo 14, VIII, da RN 167/2008):

- hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- quimioterapia oncológica ambulatorial;
- radioterapia ambulatorial;
- procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
- hemoterapia ambulatorial e;
- cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;

11) o atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes (artigo 2º, I, "a", da Resolução CONSU 11/1998);



- 12)** a psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de doze semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e podendo ser limitada a doze sessões por ano de contrato, não cumulativas (artigo 2º, I, "b", da Resolução CONSU 11/1998).
- 13)** a cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos, nos planos sem cobertura obstétrica (artigo 12, II, "a" c/c artigo 33, ambos da Lei 9656/1998);
- 14)** a cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente (artigo 12, II, "b", da Lei 9656/1998);
- 15)** a cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação (artigo 12, II, "c", da Lei 9656/1998);
- 16)** a cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar (artigo 12, II, "d", da Lei 9656/1998);
- 17)** a cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados (artigo 12, II, "e", da Lei 9656/1998);
- 18)** a cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro (artigo 12, II, "e", da Lei 9656/1998);
- 19)** a cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos e com idade igual ou superior a sessenta anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente (artigo 12, II, "f", da Lei 9656/1998 c/c artigo 16 da Lei 10741/2003 - Estatuto do Idoso e artigo 15, I e II, da RN 167/2008);
- 20)** a cobertura de cirurgia odontológica buco-maxilo-facial que necessite de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar (artigo 15, III c/c artigo 17, § 4º, ambos da RN 167/2008);
- 21)** a cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico

necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar (artigo 15, IV c/c artigo 17, §§ 2º e 4º, ambos da RN 167/2008);

22) a cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar (artigo 15, V, da RN 167/2008):

- hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
- quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no artigo 14, VIII, "b", da RN 167/08;
- radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente para ambas as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- hemoterapia;
- nutrição parenteral ou enteral;
- procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- radiologia intervencionista;
- exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- procedimentos de fisioterapia: aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

23) a cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer (artigo 10-A da Lei 9656/1998, incluído pela Lei 10223/2001);

24) a cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

25) o custeio integral de, pelo menos, trinta dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise (artigo 2º, II, "a", da Resolução CONSU 11/1998, alterado pela Resolução CONSU 15/1999);

26) custeio integral de, pelo menos, quinze dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização (artigo 2º, II, "b", da Resolução CONSU 11/1998, alterado pela Resolução CONSU 15/1999);

27) a cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas (artigo 2º, II, parágrafo único, da Resolução CONSU 11/1998);



28) nos casos em que houver limitação para o custeio integral das internações psiquiátricas, na forma prevista no artigo 2º, II, "a" e "b", da Resolução CONSU 11/1998, o contrato deve estipular a forma como se dará a cobertura da internação psiquiátrica nos dias excedentes.

29) deverá constar no contrato o campo para preenchimento dos percentuais ou valores de co-participação no momento da comercialização e que obedecerão aos tetos estipulados nos normativos editados pela ANS vigentes à época;

30) a cobertura de oito semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise (artigo 5º, I, c/c artigo 2º, II, "a" ambos da Resolução CONSU 11/1998);

31) para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, a cobertura de tratamento em regime de hospital-dia por cento e oitenta dias por ano (artigo 5º, II, da Resolução CONSU 11/1998);

32) a cobertura dos transplantes de Rins e Córneas, e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento; (artigo 2º da Resolução CONSU 12/1998 e artigo 15, § 3º, III, da RN 167/2008);

33) a cobertura das despesas com os procedimentos vinculados aos transplantes mencionados acima, incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante, no que couber, como: as despesas assistenciais com doadores vivos, os medicamentos utilizados durante a internação, o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio e as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS, sendo admitida a exclusão de medicamentos de manutenção (artigo 2º e parágrafos da Resolução CONSU 12/1998);

34) nos casos em que houver garantia de assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta-permanência, deve esclarecer que esta se dará a critério do médico assistente.

35) procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério (artigo 16 da RN 167/2008);

36) a cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato (artigo 16, I, da RN 167/2008);

37) a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, titular ou dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto (artigo 12, III, "a", da Lei 9656/1998), sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo (artigo 20, da RN 162/2007). (artigo 16, II, da RN 167/2008);

CLÁUSULA 5ª - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Disponer, no mínimo, sobre as exclusões previstas no artigo 10 da Lei 9656/1998, nos artigos 13 e 14, parágrafo único e no artigo 15, § 3º, todos da RN 167/2008:



- tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e
- próteses para o mesmo fim;
- inseminação artificial;
- tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;
- fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- consultas domiciliares;
- transplantes, à exceção de córnea e rim, e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- procedimentos relacionados com acidentes do trabalho e suas conseqüências, moléstias profissionais, assim como para os procedimentos relacionados com a saúde ocupacional (artigo 11 da RN 167/2008).
- os procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento;
- os procedimentos realizados fora da área de abrangência do contrato.

CLÁUSULA 6ª - DURAÇÃO DO CONTRATO

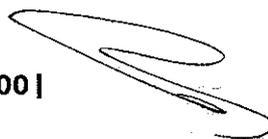
A cláusula duração do contrato deve dispor:

- Sobre o prazo do contrato, bem como o início da vigência (artigo 1º, I, da Lei 9656/1998);
- Sobre o prazo de vigência mínima, devendo, nesse caso, indicar que no caso de renovação automática do instrumento jurídico é vedada a cobrança de taxa ou qualquer outro valor;
- Que a data do início da vigência é a data de assinatura do contrato, para efeito de reajuste anual, de acordo com o artigo 16, II, da Lei 9656/1998. (Obs.: As partes contratantes podem negociar o início da vigência do contrato, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora).

CLÁUSULA 7ª - PERÍODOS DE CARÊNCIA

A cláusula que trata dos períodos de carência deve:

- Especificar os períodos de carência para consultas, exames, parto, internação, e demais serviços, conforme o inciso V, do artigo 12 da Lei 9656/1998.



- Especificar que não haverá carências nos planos com 30 participantes ou mais (artigo 6º da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009), para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.
- Estabelecer que a contagem dos prazos de carência para cada beneficiário se dará a partir de seu ingresso no plano de saúde.

CLÁUSULA 8ª - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Na cláusula que trata das doenças e lesões preexistentes deve:

- Definir corretamente "doença e lesão preexistente", que é aquela de que o beneficiário é sabedor no momento da contratação do plano;
- Esclarecer que o beneficiário deverá preencher declaração de saúde, no momento da contratação, na forma dos artigos 5º, 10 e 11 da RN 162/2007, alterada pela RN 200/2009);
- 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 162/2007, alterada pela RN 200/2009);
- 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 162/2007, alterada pela RN 200/2009);
- Especificar as obrigações e direitos do usuário, 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 consumidor e poderá oferecer as opções de CPT, agravo ou abrir processo administrativo para julgamento da alegação de informação de omissão na declaração de saúde, conforme o disposto no artigo 15 da RN 162/2007, alterada pela RN 200/2009);
- 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 162/2007, alterada pela RN 200/2009);
- 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 162/2007, alterada pela RN 200/2009).

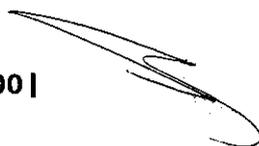


- Especificar que não haverá cláusula de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que trinta, para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante. (artigo 7º da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009).

CLÁUSULA 9ª - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A cláusula de atendimento de urgência e emergência deve no mínimo:

- definir urgência e emergência na forma do artigo 35-C da Lei 9656/1998;
- garantir de cobertura integral, ambulatorial e hospitalar para urgência e emergência (artigo 5º da Resolução CONSU 13/1998);
- garantir 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);
- garantir a 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;
- garantir a 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.
- garantir o 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);
- garantir 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);
- informar a relação dos documentos necessários para o reembolso, assegurando que o seu pagamento será efetuado em até trinta dias da entrega destes documentos;
- informar o prazo de prescrição para o beneficiário apresentar os documentos, observando o mínimo de um ano (Código Civil 2002).



- 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;

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.

CLÁUSULA 10ª - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

A cláusula de mecanismos de regulação deve no mínimo:

- 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 9656/1998 e a Resolução CONSU 8/1998.
- Especificar, nos casos de co-participação, na forma dos sub-itens 1 e 2, do item 10 do Anexo II da RN 100/2005, os eventos a que se aplicam e o seu valor monetário ou percentual, observando os limites máximos estabelecidos em normativo vigente.
- Estabelecer os valores prefixados de co-participação nos casos de internação em planos hospitalares que não poderão ser indexados a procedimentos e/ou patologias. Somente para internações em transtornos psiquiátricos a co-participação poderá ser especificada em percentual (artigo 2º, VIII, e artigo 4º, VII da Resolução CONSU 8/1998).
- 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.
- 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 (artigo 4º, IV, da Resolução CONSU 8/1998).
- Informar que os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista.



- Informar os meios de divulgação da rede de prestadores de serviços (impresso, telefônico ou eletrônico).
- Definir que eventual alteração na rede hospitalar observará o disposto no artigo 17 e parágrafos, da Lei 9656/1998, com a comunicação prévia nos casos de substituição de rede hospitalar ou autorização da ANS nos casos de redimensionamento por redução de rede hospitalar.
- Indicar, quando houver, orientações diferenciadas para determinados procedimentos (ex: transplantes de rim e córnea e transtornos psiquiátricos).
- Dispor sobre a junta médica para definição de impasses em casos de divergências médicas ou odontológicas, na forma do artigo 4º, V, da Resolução CONSU 8/1998.

CLÁUSULA 11 - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

O contrato deve:

- Definir a forma de se estabelecer os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada, ou seja, pré ou pós-estabelecido na forma de custo operacional ou rateio.
- Definir as obrigações do contratante relativas ao pagamento da mensalidade;
- Dispor claramente que o pagamento total será feito pela pessoa jurídica contratante, sendo de sua exclusiva responsabilidade, ressalvadas as hipóteses dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998
- Dispor sobre as conseqüências da mora, se houver, no pagamento da mensalidade, limitadas ao percentual de juros de 1% ao mês (0,033 ao dia) e à multa de 2% sobre o valor do débito em atraso.
- Constar que não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados (artigo 21 da RN nº 195, de 2009, e suas posteriores alterações).
- Constar o critério adotado para a determinação do preço único e da participação do empregador, indicando-se a sua relação com o custo por faixa etária apresentado (artigo 15, § 1º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).

CLÁUSULA 12 - REAJUSTE

A cláusula de reajuste deve obrigatoriamente:

- Definir os critérios de reajuste das contraprestações e a comunicação deste reajuste a ANS (artigos 13, 14 e 15 da RN 171/2008).



• prever as seguintes regras para aplicação de reajuste, considerado como qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive quando decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato (artigo 19, § 1º, da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009):

1. nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98 (artigo 19, da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009);

2. deverá ser informado que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice eleito pela operadora que será apurado no período de 12 meses consecutivos, e o tempo de antecedência em meses da aplicação do reajuste em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato;

3. na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerada como o mês de assinatura do Contrato;

4. nos casos de aplicação de reajuste por sinistralidade o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 2;

5. 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;

6. não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato (artigo 20 da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009);

• Os contratos coletivos empresariais celebrados pela pessoa jurídica contratante com a operadora, que disponibilizam plano privado de assistência à saúde exclusivo para ex-empregados deverão:

1- informar que, para fins de aplicação de reajuste, a carteira de planos privados de assistência à saúde de ex-empregados da operadora é tratada de forma unificada e que será adotado um único critério de apuração do percentual de reajuste para todos os contratos (artigo 21 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

2- informar que será divulgado no Portal Corporativo da operadora na Internet o percentual aplicado à carteira dos planos privados de assistência à saúde de ex-empregados em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação (parágrafo único do artigo 21 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).

CLÁUSULA 13 - FAIXAS ETÁRIAS

• Devem ser dispostas as variações de faixas etárias, se houver, de acordo com as regras da RN 63/2003:



- 1) 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
- 2) 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;
- 3) 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;
- 4) 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;
- 5) 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
- 6) 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
- 7) 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;
- 8) 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;
- 9) 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;
- 10) 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

- Deve conter as seguintes regras sobre os percentuais de variação de faixa etária:

- o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

- a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

CLÁUSULA 14 - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

- Dispor sobre os direitos de permanência no plano aos demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados que contribuírem para o plano, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, observada a RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações, especificando:

1. o prazo máximo de 30 dias para o exercício da opção assegurada contado a partir da comunicação inequívoca do empregador ao ex-empregado sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho (artigo 10 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

2. o período de manutenção da condição de beneficiário (artigo 30, § 1º, da Lei nº 9.656, de 1998 cumulado com o parágrafo único do artigo 4º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações, e artigo 31, caput e § 1º da Lei nº 9.656, de 1998 cumulado com artigo 5º, caput e parágrafo único da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

3.a garantia de extensão do benefício ao grupo familiar do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa, ou aposentado, inscrito quando da vigência do contrato de trabalho (artigo 30, § 2º, e artigo 31, § 2º da Lei nº 9.656, de 1998), ressaltando que a manutenção da condição de beneficiário pode ser mantida individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar (artigo 7º, § 1º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

4.a garantia da possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado no período de manutenção da condição de beneficiário (artigo 7º, § 2º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

5.a garantia de permanência no plano aos dependentes em caso de morte do beneficiário titular demitido ou exonerado sem justa causa, ou aposentado, nos termos do disposto no artigo 30 da



Lei nº 9.656, de 1998 (artigo 30, § 3º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9.656, de 1998, e artigo 8º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

6.a garantia de que o benefício dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho (artigo 30, § 4º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9.656, de 1998, e artigo 9º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

7. que a condição prevista neste artigo deixará de existir nos seguintes casos:

a) decurso dos prazos de manutenção previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações;

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 (artigo 30, § 5º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9.656, de 1998 cumulado com inciso II e § 1º do artigo 26 e inciso III do artigo 2º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações); 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 artigo 26 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).

8. que ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário observado o disposto no artigo 31 da Lei nº 9.656, de 1998 cumulado com artigo 5º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações;

9. que o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em outra operadora (artigo 28 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações, cumulado com artigo 7º-C da RN nº 186, de 2009, e suas posteriores alterações).

- Constar que não é considerada contribuição os valores relacionados aos dependentes e agregados e a co-participação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica (artigo 30, § 6º da Lei nº 9.656, de 1998, cumulado com inciso I do artigo 2º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).

- Constar que será garantida a disponibilidade de plano privado de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar ao universo de beneficiários, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, no caso de cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados.

CLÁUSULA 15 - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO



- Especificar em que condições a pessoa jurídica contratante pode solicitar a suspensão ou exclusão dos beneficiários titulares e dependentes do contrato que continua vigente (artigo 18, da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009).
- Informar que caberá tão-somente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.
- Informar 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, nas seguintes hipóteses: **a)** fraude; ou **b)** por perda dos vínculos do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, desde que previstos em regulamento ou contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998 e demais casos previstos na legislação vigente.

CLÁUSULA 16 - RESCISÃO/SUSPENSÃO

- definir as condições para rescisão e suspensão (artigo 17 da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009);
- dispor que somente poderão ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias (artigo 17, parágrafo único, da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009);
- especificar as causas que autorizam a rescisão motivada do contrato antes de completar o período de doze meses (artigo 17, parágrafo único, da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009);
- especificar a multa negociada entre as partes nos casos de rescisão imotivada requerida antes do período de doze meses.

CLÁUSULA 17 - DISPOSIÇÕES GERAIS

- Dispor sobre todas as condições ou obrigações gerais referentes à relação operadora–consumidor, que não sejam pertinentes a nenhum dos temas específicos elencados neste Manual.
- Dispor que fazem parte do contrato quaisquer documentos entregues ao beneficiário que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde. Dentre esses documentos, incluem-se: proposta de adesão, declaração de saúde, tabela de reembolso, guia do beneficiário, guia de leitura contratual, etc.

CLÁUSULA 18 - ELEIÇÃO DE FORO

- Especificar que o foro é o da Comarca do contratante.



Por fim, as demais cláusulas e condições constantes na "Minuta de Termo de Contrato" devem constar na Cláusula 17 - Disposição Gerais, conforme estabelece a letra "A" do Tema XVIII do Anexo I da IN n.º 23/2009.

3 - DOS REQUERIMENTOS

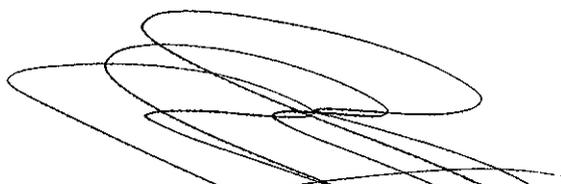
Ante o exposto, requer a Vossa Senhoria:

3.1 - Em síntese, requer sejam analisados os pontos detalhados nesta impugnação, com as correções necessárias para que se afaste qualquer antijuridicidade que macule todo o procedimento que se iniciará.

3.2 - Tendo em vista que a sessão eletrônica está designada para 26/02/2018, requer, ainda, seja conferido **efeito suspensivo** a esta impugnação, adiando-se a referida sessão para data posterior à solução dos problemas ora apontados.

Pede deferimento.

Florianópolis, 21 de fevereiro de 2018.



Ricieri do Rosário Ramos
Gestor de Relacionamento Corporativo
Unimed Grande Florianópolis

UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

Representante: Ricieri do Rosário Ramos

CPF: 011.104.810-98



Tribunal Regional Eleitoral de Santa Catarina

PREGÃO N. 007/2018

PAE N. 33.310/2017

UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO apresentou, por meio de mensagem eletrônica encaminhada ao endereço pregao@tre-sc.jus.br, pedido de impugnação ao edital do Pregão n. 007/2018, cujo objeto é a contratação de operadora de saúde para prestação de serviço médico-hospitalar, laboratorial e auxiliar de diagnóstico e tratamento (plano de saúde) aos servidores do Tribunal Regional Eleitoral de Santa Catarina (TRESC) e seus dependentes.

Considerando a sua tempestividade, o pedido de impugnação é recebido por esta Pregoeira, passando-se a sua análise.

A Impugnante apresenta diversas questões que, a seu entender, motivariam alterações no edital licitatório para as devidas correções. Tais questões foram submetidas à avaliação da Assessoria Jurídica de Licitações e Contratos deste TRESC, bem como à unidade demandante (Seção de Saúde da Coordenadoria de Pessoal). As considerações expendidas pelas mencionadas unidades orientaram esta Pregoeira na presente decisão. Serão a seguir analisados os pontos detalhados pela Impugnante em sua petição.

1. Do subitem 12.1.17 do Edital:

Prevê o subitem:

12.1. O licitante vencedor ficará obrigado a:

[....]

12.1.17. nos casos de procedimentos eletivos que demandem perícia médica para a sua liberação, a autorização deverá ocorrer no prazo máximo de 7 (sete) dias;

Argui a Impugnante que os prazos máximos para as operadoras de plano de saúde garantirem os procedimentos, **independentemente da realização de perícia**, são os fixados na Resolução Normativa n. 259/2011.

A Resolução Normativa n. 259, de 17 de junho de 2011, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde, estabelece em seu art. 3º os prazos máximos para atendimento ao beneficiário pela operadora de saúde (**prazos esses que serão rigorosamente respeitados por este Tribunal na execução do contrato por parte da operadora de**



Tribunal Regional Eleitoral de Santa Catarina

saúde a ser contratada).

Tanto que constou, inclusive, da subcláusula 1.2 da minuta de contrato anexa ao edital (Caracterização e Composição do Objeto):

“Assistência médica de natureza clínica, cirúrgica e laboratorial, prestada por médicos, hospitais, clínicas e serviços de diagnóstico e terapia, com abrangência em 80% dos Municípios sede de Zona Eleitoral em Santa Catarina e no território nacional, viabilizando a possibilidade de diagnóstico e tratamento em qualquer estabelecimento de saúde credenciado ou conveniado, conforme o rol de procedimentos médicos vigentes estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Com observância da legislação vigente e das normas, resoluções e demais atos expedidos pela ANS, vigentes e vindouros durante o período de contratação**, inclusive os termos da Resolução Normativa ANS n. 387, 28 de outubro de 2015.” [grifou-se]

Contudo, a subcláusula 12.1.17 da minuta de contrato é regra suplementar, a qual não exclui a aplicação dos prazos máximos previstos no art. 3º da Resolução Normativa n. 259/2011.

Tal subcláusula refere-se a procedimentos eletivos que **demandem perícia médica**. Nessa situação, realizada a perícia de procedimentos eletivos, a autorização, ou seja, o resultado da perícia, deve ser liberada em até 7 dias.

O prazo de 7 (sete) dias foi definido pela equipe técnica deste Tribunal, como prazo máximo necessário para que se dê continuidade ao tratamento de saúde dos beneficiários, enquadrados nesta situação.

Nesse sentido, mantém-se a subcláusula 12.1.17 da Cláusula Décima Segunda da minuta do contrato, por ser regra suplementar e diversa daquela prevista na Resolução Normativa n. 259/2011. Da mesma forma, reitera-se que deverão ser observados os prazos previstos no art. 3º da mencionada Resolução Normativa, conforme destacado na subcláusula 1.2 da minuta do Contrato antes transcrita.

2. Do Item XV do Edital

Requer a Impugnante a inclusão da menção à Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, na subcláusula 15.1 da minuta de contrato anexa ao edital.

Quanto a essa solicitação, não haveria necessidade à menção, já que não se trata de rol exaustivo, porém, a fim de atender à solicitação, é possível a inclusão – tanto na subcláusula 15.1 quanto no Preâmbulo do edital –, da menção à



Tribunal Regional Eleitoral de Santa Catarina

Lei, bem como à Resolução Normativa n. 259, de 17 de junho de 2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ressaltando que tais inclusões em nada alteram a formulação das propostas, já que ambas normas são de observância obrigatória pelas operadoras de planos de saúde.

3. Do Item XVII da minuta de Edital

3.1. Alega a Impugnante que o subitem 17.1 do edital não está de acordo com o art. 19 da Resolução Normativa n. 195, de 14 de julho de 2009.

Ocorre que o subitem 17.1 está redigido de acordo com a Lei n. 10.192, de 14 de fevereiro de 2001, que dispõe sobre medidas complementares ao Plano Real e dá outras providências:

Art. 3º Os contratos em que seja parte órgão ou entidade da Administração Pública direta ou indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, serão reajustados ou corrigidos monetariamente de acordo com as disposições desta Lei, e, no que com ela não conflitarem, da [Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993](#).

§ 1º A periodicidade anual nos contratos de que trata o caput deste artigo será contada a partir da data limite para apresentação da proposta ou do orçamento a que essa se referir.

§ 2º O Poder Executivo regulamentará o disposto neste artigo. [grifou-se].

Sendo assim, não há possibilidade de ser alterado o subitem 17.1 do edital.

3.2. Solicita a Impugnante que conste no edital que as variações do valor das contraprestações pecuniárias em razão da mudança de faixa etária poderão ocorrer em período inferior a doze meses.

Tais variações de valor não se confundem com o reajuste contratual, razão pela qual não há necessidade de constar do subitem em questão.

Consoante já previsto no subitem 4.2 do edital e na subcláusula 2.1 da minuta de Contrato anexa ao edital, o valor da contraprestação pecuniária se dará de acordo com a faixa etária do beneficiário.

Assim, considerando que se trata de item já previsto no edital, não há que se falar em alteração.

3.3. A Impugnante requer a previsão de aplicação de reajuste por sinistralidade de forma complementar ao reajuste anual, sempre que a sinistralidade da carteira ultrapassar 75%.



Tribunal Regional Eleitoral de Santa Catarina

Tal previsão consiste em revisão contratual em caso de haver um desequilíbrio econômico-financeiro do Contrato.

Sobre o reequilíbrio, traz-se a lume o contido no artigo 65, II, *d*, da Lei n. 8.666/1993:

Art. 65. Os contratos regidos por esta Lei poderão ser alterados, com as devidas justificativas, nos seguintes casos:

[...]

II – por acordo das partes:

[...]

d) para restabelecer a relação que as partes pactuaram inicialmente entre os encargos do contrato e a retribuição da Administração para a justa remuneração da obra, serviço ou fornecimento, objetivando a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro inicial do contrato, na hipótese de sobrevirem fatos imprevisíveis, ou previsíveis porém de consequências incalculáveis, retardadores ou impeditivos da execução do ajustado, ou ainda, em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe, configurando álea econômica extraordinária e extracontratual.

[...]

Consoante disposto na norma citada, quando configurado desequilíbrio do contrato, as partes devem restabelecer a relação inicialmente pactuada. Para isso, a análise é feita caso a caso, mediante comprovação.

Desta feita, não há necessidade de a previsão constar da minuta de edital e do contrato, uma vez que já se trata de disposição legal.

Cabe ressaltar, ainda, que a previsão estabelecida na Lei de Licitações é, inclusive, mais abrangente que a pleiteada pela Impugnante, uma vez que abarca situações outras além daquela trazida à colação.

Nesse sentido, havendo desequilíbrio, independentemente de percentual estabelecido, basta a Contratada requerer a revisão contratual, mediante requerimento comprovado do desequilíbrio, pois é dever das partes restabelecer a relação inicialmente pactuada, sob pena de enriquecimento ilícito.

3.4. Solicita a Impugnante a inclusão de informação de que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustadas mensalmente, de acordo com a variação do índice de reajuste apurado no período de 12 meses consecutivos.



Tribunal Regional Eleitoral de Santa Catarina

Tal solicitação já encontra guarida no Item XVII do Edital, o qual trata do reajuste dos preços inicialmente contratados, por meio da aplicação do índice lá estabelecido.

4. Da impossibilidade de firmar contrato contemplando mais de um plano

Alega a Impugnante que o Anexo I da Instrução Normativa n. 23, de 1º de dezembro de 2009, estabelece que não deve haver no mesmo documento disponibilizado aos beneficiários referência a planos com diferentes registros e que, por esse motivo, deve constar no edital que o licitante vencedor deve firmar um contrato para cada plano contratado.

Consta do Anexo I da IN n. 23/2009 a seguinte informação:

“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**. [grifou-se]

[...]

Os contratos/regulamentos de planos privados de assistência à saúde devem estar de acordo com as suas características cadastradas na ANS. Não deverá haver no mesmo documento (contrato, regulamento ou outra forma) disponibilizado aos beneficiários referência a planos com diferentes registros.”

Não há, contudo, qualquer vedação à elaboração de um Contrato entre a pessoa jurídica – no caso, o TRESA – e a operadora do plano de saúde, que contenha vários itens, correspondentes a vários planos, já que cada beneficiário optará por apenas um tipo de plano.

Dessa forma, entende-se que não há que se falar em alteração do edital.

5. Das cláusulas e informações obrigatórias do contrato conforme Anexo I da IN n. 23/2009

Alega a Impugnante que as disposições contidas na minuta de contrato anexa ao edital não estão de acordo com o previsto no Anexo I da Instrução Normativa n. 23/2009, que estabelecerá o conteúdo mínimo que os instrumentos contratuais referentes a planos de saúde deveriam conter. De destacar, novamente, o disposto no referido Anexo I:



Tribunal Regional Eleitoral de Santa Catarina

“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.**” [grifou-se]

Nesse sentido, como exposto a seguir, há disposições previstas no mencionado Anexo I que não se aplicariam à presente contratação e outras que já se encontram inseridas na minuta de contrato anexa ao instrumento convocatório da presente licitação.

5.1. Cláusula 1 – Características Gerais dos Contratos de Planos de Saúde

Todos os dados mencionados no Anexo I constam da minuta do contrato, exceto os referentes à qualificação da operadora. Considerando que se trata de processo licitatório, esses dados somente serão conhecidos com a adjudicação do objeto à empresa vencedora e posterior homologação do certame. No momento da assinatura do instrumento contratual, tais dados constarão do contrato a ser firmado entre este Tribunal e a operadora de saúde vencedora.

5.2. Cláusula 2ª – Atributos do Contrato

O edital, prevê, no Item XII, as obrigações da licitante vencedora e, dentre seus itens, estão as previsões de que se trata de plano de saúde visando à prestação de assistência médica de natureza clínica, cirúrgica e laboratorial por médicos, hospitais e serviços de diagnóstico e terapia, viabilizando a possibilidade de diagnóstico e tratamento em qualquer entidade de saúde credenciada ou conveniada, conforme o rol de procedimentos médicos vigente estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Também na minuta de contrato, a prestação dos serviços que serão contratados está devidamente caracterizada na Cláusula Primeira.

Entende-se, assim, que o disposto na primeira parte da "Cláusula 2ª - Atributos do Contrato" já está contemplado no edital.

Já no que se refere à solicitação da menção de que se trata de contrato de adesão, na forma do Código Civil Brasileiro, não é possível acatar a sugestão de alteração, visto que os contratos mantidos pela Administração Pública são regidos pela Lei n. 8.666/1993 e pelo Código de Defesa do Consumidor, sendo que ambas as leis estão citadas no preâmbulo do edital e da minuta de contrato anexa ao edital.

5.3. Cláusula 3ª – Condições de Admissão



Tribunal Regional Eleitoral de Santa Catarina

As exigências da Cláusula 3ª – Condições de Admissão estão previstas nas seguintes subcláusulas:

“1.2.1. Beneficiários:

1.2.1.1. Poderão ser beneficiários-titulares: servidor ativo, inativo e pensionista.

1.2.1.2. Poderão ser beneficiários-dependentes dos servidores ativos e inativos:

a) o cônjuge;

b) o companheiro, desde que comprovada, neste Tribunal, a união estável como entidade familiar;

c) o filho até vinte e um anos de idade, ou até vinte e quatro anos se estiver cursando ensino superior ou escola técnica de segundo grau, ou o inválido, de qualquer idade, enquanto durar a invalidez;

d) o enteado que viva às expensas do beneficiário-titular, até vinte e um anos de idade, ou até vinte e quatro anos se estiver cursando ensino superior ou escola técnica de segundo grau, ou o inválido, de qualquer idade, enquanto durar a invalidez;

e) a pessoa que esteja judicialmente sob a responsabilidade e o sustento do beneficiário-titular, até dezoito anos de idade, ou de qualquer idade se inválida;

f) o pai e a mãe do beneficiário-titular, desde que comprovada a dependência econômica; e

g) o inválido, de qualquer idade, enquanto durar a invalidez, desde que comprovada a dependência econômica em relação ao beneficiário-titular.

1.2.2 Aceitação de beneficiários:

1.2.2.1. Serão aceitos como beneficiários, sem limite de idade, todos os servidores ativos, inativos, seus dependentes e pensionistas do TRESA. Não haverá qualquer tipo de carência para os beneficiários já inscritos no plano de assistência à saúde (Contrato n. 11/2013), bem como para aqueles que solicitarem inclusão no prazo de 30 (trinta) dias do início da vigência do plano de saúde a ser contratado.

1.2.2.2. Deverão ser aceitos no plano de assistência à saúde os beneficiários portadores de doenças e lesões preexistentes, crônicas ou congênitas em igualdade de condições com os demais integrantes do grupo.

1.2.2.3. Todos os beneficiários que se encontrarem em qualquer tipo de tratamento de saúde, ambulatorial ou hospitalar, deverão ser aceitos independentemente de estarem internados em entidade hospitalar credenciada / referenciada / contratada / cooperada ou não, compreendendo-se, para este efeito, a assunção imediata das despesas com a continuidade do tratamento ou internação diretamente junto ao prestador de serviço.

1.2.3 Inclusões de novos beneficiários

1.2.3.1. Durante a vigência do contrato, as inclusões no plano de saúde com direito à cobertura assistencial imediata deverão ser solicitadas no prazo de 30 (trinta) dias, contado da ocorrência das seguintes hipóteses:

a) do ingresso de novos servidores e respectivos dependentes; e



Tribunal Regional Eleitoral de Santa Catarina

b) de novos dependentes constituídos nos termos da regulamentação do Tribunal.

1.2.3.2. Será assegurada a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou a adoção.

1.2.3.3. Nesses 30 (trinta) dias, será assegurada a inscrição ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência.”

Desse modo, entende-se restarem previstas as disposições contidas na Cláusula 3ª - Condições de Admissão, conforme prevê a Instrução Normativa n. 23/2009.

5.4. Cláusula 4ª – Coberturas e Procedimentos Garantidos

A subcláusula 1.2 da minuta de contrato: Caracterização e Composição do Objeto, assim estabelece:

“Assistência médica de natureza clínica, cirúrgica e laboratorial, prestada por médicos, hospitais, clínicas e serviços de diagnóstico e terapia, com abrangência em 80% dos Municípios sede de Zona Eleitoral em Santa Catarina e no território nacional, viabilizando a possibilidade de diagnóstico e tratamento em qualquer estabelecimento de saúde credenciado ou conveniado, conforme o rol de procedimentos médicos vigentes estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Com observância da legislação vigente e das normas, resoluções e demais atos expedidos pela ANS, vigentes e vindouros durante o período de contratação, inclusive os termos da Resolução Normativa ANS n. 387, 28 de outubro de 2015.”

Na elaboração da minuta de contrato, optou-se por não discriminar todas as coberturas e procedimentos a serem garantidos pela operadora de saúde vencedora da licitação, mas sim remeter à observância à legislação vigente, normas, resoluções e demais atos expedidos pela Agência Nacional de Saúde – ANS, vigentes e vindouros, durante o período de contratação, pois são normas e regras de constante alteração. Ademais, tais normativos sobrepõem e regulamentam as contratações dessa natureza.

5.5. Cláusula 5ª – Exclusões de Cobertura

As exclusões de cobertura são previstas em Lei e em Resolução Normativa da ANS. Da mesma sorte, a observância da legislação vigente abarca a questão, que igualmente consistem em normas e regras de constante alteração. Independentemente de serem previstas na minuta do contrato, seria obrigatória a observância da legislação vigente também nessa questão.



Tribunal Regional Eleitoral de Santa Catarina

Por esse motivo, avaliou-se não ser necessário arrolar na minuta de contrato as situações que atualmente são legalmente estabelecidas para exclusões de cobertura da assistência à saúde a ser contratada.

5.6. Cláusula 6ª – Duração do Contrato

As disposições referentes à duração do contrato estão previstas na Cláusula Quarta da minuta de contrato anexa ao edital.

5.7. Cláusula 7ª – Períodos de Carência

Os períodos de carência estão especificados nas seguintes subcláusulas:

1.2.3. Inclusões de novos beneficiários:

1.2.3.1. Durante a vigência do contrato, as inclusões no plano de saúde com direito à cobertura assistencial imediata deverão ser solicitadas no prazo de 30 (trinta) dias, contado da ocorrência das seguintes hipóteses:

- a) do ingresso de novos servidores e respectivos dependentes; e
- b) de novos dependentes constituídos nos termos da regulamentação do Tribunal.

1.2.3.2. Será assegurada a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou a adoção.

1.2.3.3. Nesses 30 (trinta) dias, será assegurada a inscrição ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência.

1.2.3.4. As demais inscrições que não se enquadrarem nas hipóteses anteriores cumprirão os seguintes períodos de carência:

PROCEDIMENTOS	CARÊNCIAS
Análises clínicas, exames anatomopatológicos e citológicos (exceto necropsia), raio-x simples e contrastados, eletrocardiograma, ultrassonografia	30 dias
Consultas médicas	30 dias
Fisioterapias	90 dias
Parto a termo	300 dias
Sessão de fonoaudiologia, nutricionista, psicoterapia e terapia ocupacional	180 dias
Todas as demais coberturas	180 dias
Urgência e emergência	24 horas



Tribunal Regional Eleitoral de Santa Catarina

1.2.7 Modalidades de Plano de Saúde:

1.2.7.1. A empresa a ser contratada deverá apresentar proposta de valor mensal em cada uma das seguintes modalidades:

	Abrangência	Tipo de Acomodação	Coparticipação
1	Nacional	Apartamento	0%
2	Nacional	Apartamento	20%
3	Nacional	Apartamento	50%
4	Nacional	Enfermaria	0%
5	Nacional	Enfermaria	20%
6	Nacional	Enfermaria	50%
7	Estadual	Apartamento	0%
8	Estadual	Apartamento	20%
9	Estadual	Apartamento	50%
10	Estadual	Enfermaria	0%
11	Estadual	Enfermaria	20%
12	Estadual	Enfermaria	50%

1.2.7.2. Os beneficiários-titulares deverão optar por uma dessas modalidades, que vincularão seus dependentes.

1.2.7.3. Não haverá limite mínimo de beneficiários para cada uma dessas modalidades de plano de saúde.

1.2.7.4. Na execução do contrato, o prazo para alteração de abrangência e coparticipação será de até 30 (trinta) dias. A alteração do tipo de acomodação acarretará a carência de 180 (cento e oitenta) dias.

Desse modo, entende-se restarem previstas as disposições contidas na Cláusula 7ª - Condições de Admissão, conforme a IN n. 23/2009.

5.8. Cláusula 8ª – Doenças e Lesões Preexistentes

Tal questão está prevista no item 1.2.2 da minuta do contrato:

1.2.2 Aceitação de beneficiários:

1.2.2.1. Serão aceitos como beneficiários, sem limite de idade, todos os servidores ativos, inativos, seus dependentes e pensionistas do TRESA. Não haverá qualquer tipo de carência para os beneficiários já inscritos no plano de assistência à saúde (Contrato n. 11/2013), bem como para aqueles que solicitarem inclusão no prazo de 30 (trinta) dias do início da vigência do plano de saúde a ser contratado.

1.2.2.2. Deverão ser aceitos no plano de assistência à saúde os beneficiários portadores de doenças e lesões preexistentes, crônicas ou congênitas em igualdade de condições com os demais integrantes do grupo.



Tribunal Regional Eleitoral de Santa Catarina

1.2.2.3. Todos os beneficiários que se encontrarem em qualquer tipo de tratamento de saúde, ambulatorial ou hospitalar, deverão ser aceitos independentemente de estarem internados em entidade hospitalar credenciada / referenciada / contratada / cooperada ou não, compreendendo-se, para este efeito, a assunção imediata das despesas com a continuidade do tratamento ou internação diretamente junto ao prestador de serviço.

Ressalta-se que a quase totalidade dos beneficiários que farão parte do plano de saúde que se pretende contratar atualmente já possuem algum tipo de plano de saúde, sendo que grande parte destes já participam do Contrato n. 11/2013, firmado entre este TRES e a própria Impugnante — Unimed Grande Florianópolis – Cooperativa de Trabalho Médico (UNIMED). A regra inserida na minuta de contrato visa à segurança desses beneficiários em permanecer com a mesma assistência à saúde hoje vigente, definida no Programa de Assistência à Saúde do Tribunal Regional Eleitoral de Santa Catarina.

Vale salientar, ainda, que idêntica norma está prevista no Contrato n. 12/2017, firmado entre o Tribunal Regional Eleitoral do Rio Grande do Sul e a Unimed Porto Alegre – Cooperativa Médica Ltda.

5.9. Cláusula 9ª – Atendimento de Urgência e Emergência

As questões relacionadas ao atendimento de Urgência e Emergência estão previstas na Cláusula Décima-Segunda – Das Obrigações da Contratada, especificamente nas subcláusulas 12.1.17 e 12.1.18.

5.10. Cláusula 10ª – Mecanismos de Regulação

Os mecanismos de regulação também estão previstos na Cláusula Décima Segunda – Das Obrigações da Contratada, e, também, na subcláusula 1.2.9, que trata da Coparticipação.

5.11. Cláusula 11 – Formação do Preço e Mensalidade

As disposições relacionadas à formação do preço e mensalidade estão dispostas na Cláusula Segunda e Cláusula Décima-Primeira (11.4 e 11.5) da minuta de contrato.

Em relação à necessidade de previsão acerca da impossibilidade de distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre beneficiários novos e aqueles já vinculados, por tratar-se de disposição já constante em normativa do órgão regulador (RN ANS n. 195/2009), despidiendola sua inclusão no instrumento contratual, uma vez que necessária a observância às regras estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde.



Tribunal Regional Eleitoral de Santa Catarina

No tocante à necessidade de previsão de critério para determinação de preço único e da participação do empregador, entende-se que não se aplica a esta contratação, vez que este Tribunal, na condição de contratante, é o único responsável pelos pagamentos a ela inerentes, como se depreende da Cláusula Sexta e subcláusulas 11.4 e 11.5 da minuta de contrato.

5.12. Cláusula 12 – Reajuste

As disposições referentes ao reajuste do contrato estão previstas na Cláusula Décima Quinta da respectiva minuta anexa ao edital.

Referenciam-se, por oportuno, as considerações expendidas no Item 3 desta peça, que trata especificamente da questão suscitada.

5.13. Cláusula 13 – Faixas Etárias

No que se refere às disposições acerca das faixas etárias dos beneficiários, infere-se que estão de acordo com as Regras da Resolução RN n. 63/2013, como é possível verificar na subcláusula 1.2.8 da minuta de contrato anexa ao edital.

5.14. Cláusula 14 – Regras para Instrumentos Jurídicos de Planos Coletivos

Os beneficiários-titulares do plano de saúde que se pretende contratar são regidos pela Lei n. 8.112/1990, não se aplicando as disposições previstas a beneficiário de plano de saúde regido pela Consolidação das Leis do Trabalho.

5.15. Cláusula 15 – Perda da qualidade de beneficiário

A perda da qualidade de beneficiário, por tratar-se de relação entre este TRES e seus servidores e respectivos dependentes, encontra-se prevista em norma *interna corporis*, especificamente, a Portaria P n. 47, de 1º de fevereiro de 2013, sendo despendida sua previsão contratual.

5.16. Cláusula 16 – Rescisão/Suspensão

As disposições relativas à rescisão contratual estão contidas na Cláusula Décima Quarta da minuta de contrato, bem como previstas no art. 78 da Lei n. 8.666/1993.



Tribunal Regional Eleitoral de Santa Catarina

5.17. Cláusula 17 – Disposições gerais

No entender desta Pregoeira, trata-se de cláusula genérica e não obrigatória, estando os assuntos relacionados no Anexo I da IN n. 23/2009 a ela referentes já contemplados em diversas cláusulas da minuta de contrato anexa ao edital.

5.18. Cláusula 18 – Eleição de Foro

Tal disposição já conta no § 2º do art. 55 da Lei n. 8.666/1993, sendo ele o foro da sede do órgão contratante.

Diante do exposto, de acordo com as considerações antes expendidas, decide esta Pregoeira, uma vez que o instrumento convocatório obedeceu a todas as normas legais que regulamentam a matéria, deferir, parcialmente, a impugnação apresentada por UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, apenas para incluir na subcláusula 15.1 e no Preâmbulo do edital a menção à Lei n. 9.656/1998 e à Resolução Normativa n. 259/2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ressaltando-se que tais inclusões em nada alteram a formulação das propostas, já que ambas normas são de observância obrigatória pelas operadoras de planos de saúde.

Florianópolis, 22 de fevereiro de 2018.

Heloísa Helena Bastos Silva Lübke
Pregoeira