

ILUSTRÍSSIMO SENHOR PREGOEIRO DO PREGÃO ELETRÔNICO N. 08/2021 DO TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 14ª REGIÃO

REFERENTE: EDITAL DE LICITAÇÃO PREGÃO ELETRÔNICO N. 08/2021

Contratação de Operadora de Plano de Assistência à Saúde

AMERON - ASSISTÊNCIA MÉDICA E ODONTOLÓGICA RONDÔNIA S/A, pessoa jurídica de direito privado, CNPJ. n. 84.638.345/0001-65, com sede na Av. Calama, nº 2615, bairro Liberdade, Porto Velho/RO, CEP: 76.803-884, através de seus advogados, que ao final subscreve e com fundamento no Edital, vem **APRESENTAR IMPUGNAÇÃO AO EDITAL**, na forma **dos itens 30.01 e 30.02 do Edital Pregão Eletrônico n. 08/2021**, pelas razões a seguir aduzidas.

I - DA IMPUGNAÇÃO AO ITEM 9.5.2 do EDITAL E 5.2 DO TERMO DE REFERÊNCIA

1. Para fins de comprovação de qualificação técnica do licitante, o presente Edital, considera serviço compatível ao objeto deste contrato, a contratação de plano de saúde que comprove atendimento em âmbito nacional, a um quantitativo de beneficiários não inferior ao público potencial do TRT 14ª Região, estimado em 2.500 beneficiários, vejamos as disposições:

“9.5.2. Pelo menos, um Atestado de Capacidade Técnica fornecido por pessoas jurídicas de direito público ou privado, de forma que comprove

atendimento em âmbito nacional já prestado em Plano de Assistência à Saúde, **a um quantitativo de beneficiários não inferior ao público potencial do TRT 14ª Região (2.500 beneficiários).** (g.n)

2. No mesmo sentido segue o item 5.2 do Termo de Referência, vejamos:

“5.2. Pelo menos, um Atestado de Capacidade Técnica fornecido por pessoas jurídicas de direito público ou privado, de forma que comprove atendimento em âmbito nacional já prestado em Plano de Assistência à Saúde, **a um quantitativo de beneficiários não inferior ao público potencial do TRT 14ª Região;**”

3. No entanto, tem-se que exigir número mínimo, tal como exigido no item **9.5.2 do EDITAL** e **5.2 DO TERMO DE REFERÊNCIA**, se mostra desarrazoado, uma vez que a quantidade de beneficiários não é meio cabível para se aferir a qualificação técnica do licitante, uma vez sendo esta, regularmente suprida com a previsão contida nos itens 9.5.4, 9.5.5, 9.5.6 e 9.5.6.1 do presente edital.

4. Registra-se que o item 9.5.6.1 é expresso ao condicionar, comprovação até a “data de assinatura do contrato” e não na fase de habilitação, vejamos o teor:

“9.5.6.1 Que possuirá, **na data de assinatura do contrato**, cobertura e custeio de atendimento em rede credenciada, através de um número de credenciados suficiente para atender ao grupo de beneficiários distribuídos em todo o território Nacional e nos estados de Rondônia e Acre, em conformidade com o presente Termo de Referência.” (g.n.)

5. Assim sendo, a referida previsão editalícia contida no **item 9.5.2 do EDITAL e 5.2 DO TERMO DE REFERÊNCIA** fere os *princípios da impessoalidade e igualdade* que devem nortear o presente certame, tendo em vista que tal exigência mínima não se mostra capaz de aferir a capacidade técnica do licitante, ainda mais, se este demonstrar o regular cumprimento dos **itens 9.5.4, 9.5.5, 9.5.6 e 9.5.6.1 do presente edital**.

6. Diante do exposto, impugna-se integralmente o **item 9.5.2 do EDITAL e 5.2 DO TERMO DE REFERÊNCIA**, devendo a respeitável Comissão excluí-lo integralmente do EDITAL DE LICITAÇÃO PREGÃO ELETRÔNICO Nº 08/2021, PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 10273/2021, **sob pena de afrontar os princípios da impessoalidade e igualdade, e por conseguinte da legalidade**.

II - DA IMPUGNAÇÃO À ALÍNEA “C” DO 6.4 DO TERMO DE REFERÊNCIA

7. Analisando a **alínea “c” do item 6.4 do Termo e Referência**, verifica-se que se mostra imprescindível a imediata exclusão e/ou alteração da aludida previsão editalícia com a finalidade de se alcançar a objetividade e a previsibilidade contratual.

8. Na mencionada previsão editalícia, o termo “**nas hipóteses de demora da contratada** em garantir o serviço ou procedimento” é carregada de subjetividade que denota clara imprevisibilidade. e dizemos isso porque:

(i) **A uma**, não se definiu, claramente, **qual prazo que caracteriza “a demora”**;

(ii) **A duas**, a aludida previsão editalícia, sequer faz qualquer remissão expressa aos prazos definidos pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar para atendimento dos beneficiários de plano de saúde, na forma da **RN 259 da ANS**;

(iii) **A três**, a ausência de definição objetiva para o termo “demora da contratada” com o risco de ressarcimento integral pela contratada, configura patente imprevisibilidade contratual, uma vez que o beneficiário, diante de um caso concreto, poderá não aguardar o regular trâmite administrativo da contratada para autorizar o serviço ou procedimento, por acreditar, sob sua ótica, injustificada demora, e como consequência disso, **contratar serviços às suas expensas açodadamente**.

9. Em outras palavras, se mostra necessário a definição objetiva para a configuração do termo “**demora da contratada**”, em atenção **aos princípios do julgamento objetivo e vinculação ao instrumento convocatório**.

10. Diante do exposto, impugna-se integralmente a **alínea “c” do item 6.4 do Termo e Referência**, devendo a respeitável Comissão excluí-la integralmente do EDITAL DE LICITAÇÃO PREGÃO ELETRÔNICO Nº 08/2021, PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 10273/2021, sob pena de afrontar os **princípios do julgamento objetivo e vinculação ao instrumento convocatório**.

III - DA IMPUGNAÇÃO AO ITEM 6.33 DO TERMO DE REFERÊNCIA

11. Preconiza o item 6.33 do Termo de Referência, *verbis*:

“6.33. No caso de falecimento do titular, os usuários dependentes terão direito aos serviços prestados pelo plano de saúde, onde forem cadastrados, durante a vigência do contrato, sem o pagamento das mensalidades;” (g.n)

12. Com o máximo respeito, de igual modo, tem-se que a previsão contida no mencionado item merece adequação à predominante jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça que, nestes casos, assegura ao dependente do beneficiário falecido permanecer no plano, desde que assuma o seu pagamento integral. **Nesse sentido, em 23.03.2021, o STJ julgou o Recurso Especial n. 1.841.285/DF¹, de relatoria da Ministra Nancy Andrigh, da 3ª Turma do STJ.²**

¹ RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO. FALECIMENTO DA TITULAR. BENEFICIÁRIA AGREGADA. PRETENSÃO DE MANUTENÇÃO DO BENEFÍCIO. ART. 30 DA LEI 9.656/1998. INTERPRETAÇÃO EXTENSIVA DOS DISPOSITIVOS E PRECEITOS LEGAIS. JULGAMENTO: CPC/15. 1. Ação de obrigação de fazer c/c compensação por dano moral ajuizada em 22/05/2018, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 30/07/2019 e atribuído ao gabinete em 01/07/2020. Julgamento: CPC/15. 2. O propósito recursal consiste em decidir sobre a manutenção de membro pertencente a grupo familiar (beneficiário agregado) em plano de saúde coletivo, após o falecimento do beneficiário titular. 3. **A Terceira Turma decidiu que, na hipótese de falecimento do titular do plano de saúde coletivo, seja este empresarial ou por adesão, nasce para os dependentes já inscritos o direito de pleitear a sucessão da titularidade, nos termos dos arts. 30 ou 31 da Lei 9.656/1998, a depender da hipótese, desde que assumam o seu pagamento integral (REsp 1.871.326/RS, julgado em 01/09/2020, DJe 09/09/2020).** 4. Apesar de o § 3º do art. 30, que trata da hipótese de permanência em caso de morte do beneficiário titular, fazer uso da expressão “dependentes”, o § 2º assegura a proteção conferida pelo referido art. 30, de manutenção do plano de saúde nas hipóteses de rompimento do contrato de trabalho do titular, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar, sem fazer nenhuma distinção quanto aos agregados. 5. De acordo com o art. 2º, I, “b” da Resolução ANS 295/2012, beneficiário dependente é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo contratual com a operadora depende da existência de relação de dependência ou de agregado a um beneficiário titular. **6. No caso de morte do titular, os membros do grupo familiar – dependentes e agregados – podem permanecer como beneficiários no plano de saúde, desde que assumam o pagamento integral, na forma da lei.**

²

<https://www.stj.jus.br/sites/portallp/Paginas/Comunicacao/Noticias/14042021-Dependentes-e-agregados-tem-o-mesmo-limite-de-tempo-para-permanecer-em-plano-de-saude-apos-morte-do-beneficiario.aspx>

13. Diante do exposto, impugna-se integralmente o **item 6.33 do Termo e Referência**, devendo a respeitável Comissão excluí-lo integralmente do EDITAL DE LICITAÇÃO PREGÃO ELETRÔNICO Nº 08/2021, PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 10273/2021 ou ajustá-lo à consolidada Jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça.

IV - DOS PEDIDOS

14. Diante do exposto, pugna-se pelo acolhimento e deferimento das impugnações acima apontadas, pelas razões lógico-jurídicas delineadas, e como consequência, **seja definida e publicada nova data para realização do certame, na forma do item 30.4 do Edital.**³

Termos em que,
Pede deferimento.

Porto Velho, 31 de maio de 2021.

MARÍLIA GUIMARÃES BEZERRA
OAB/RO 10.903

JÔNATAS JOEL MORETES SILVESTRE
OAB/RO 10.021

JAIME PEDROSA
DOS SANTOS
NETO:76072282253

Assinado de forma digital por
JAIME PEDROSA DOS SANTOS
NETO:76072282253
Dados: 2021.05.31 23:15:53
+04'00"

JAIME PEDROSA NETO
OAB/RO 4.315

³ 30.4 - Acolhida a impugnação, será definida e publicada nova data para a realização do certame.

PROCURAÇÃO

AMERON - ASSISTÊNCIA MÉDICA E ODONTOLÓGICA RONDÔNIA S.A., pessoa jurídica de direito privado, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o n. 84.638.345/0001-65, com sede na Av. Calama, nº 2615, bairro Liberdade, CEP 76.803-884, Porto Velho/RO, neste ato representada por **RAPHAEL DA SILVA RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, administrador, portador da cédula de Identidade nº 1589544 SEDESC/RO, CPF/MF sob o nº 080.768.647-63, residente e domiciliado na Rua César Guerra Peixe, 6048, Igarapé, Porto Velho, Rondônia, Diretor Financeiro da outorgante, nomeado e constituído como procurador de **PAULO ROBERTO DA SILVA**, brasileiro, divorciado, maior e capaz, médico, portador da Cédula de Identidade de nº 670/RO CRM/RO IFP/RJ, CPF/MF sob o nº 334.747.617-49, residente e domiciliado na Rua Guanabara, 2753, apartamento 1803, Residencial Salvador Dali, São Cristóvão, Porto Velho, Rondônia, Presidente da outorgante, pelo presente instrumento particular de mandato, ao final assinado, nomeia e constitui como seus procuradores os advogados **JAIME PEDROSA DOS SANTOS NETO**, brasileiro, inscrito na OAB/RO sob o n. 4.315, **JÔNATAS JOEL MORETES SILVESTRE**, brasileiro, inscrito na OAB/RO sob o n. 10.021 e **MARÍLIA GUIMARÃES BEZERRA**, brasileira, inscrita na OAB/RO sob o n. 10.903, com sede profissional na Av. Lauro Sodré, 2330, bairro Pedrinhas, CEP 76801-575, Porto Velho/RO, onde recebem as correspondências de estilo, inclusive intimações, aos quais confere amplos e ilimitados poderes para o foro em geral, com cláusula *Ad Judicia* a fim de que possam defender os interesses e direitos do Outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, Órgãos da Administração Direta ou Indireta, de qualquer esfera política (Federal, Estadual ou Municipal, Autarquia ou entidade Paraestatal e Instituições Financeiras, bem como negociar dívidas perante a Fazenda Nacional, dentre outras, propondo as ações competentes quer seja autor ou reclamante e defendendo-o quando for demandado ou reclamado, podendo conciliar, desistir, transigir, acordar, recorrer, receber, dar quitação, confessar, bem como substabelecer o presente instrumento de outorga, com ou sem reserva de poderes, se assim lhes convier, enfim, praticar todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato.

Porto Velho/RO, 22 de março de 2021.


Outorgante

Ofício n.º 039/2021 – Unimed Porto Velho

EXCELENTÍSSIMO SENHOR PREGOEIRO DO TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 14ª
REGIÃO - PREGÃO ELETRÔNICO Nº 08/2021

Ref. Impugnação ao edital do pregão eletrônico nº 08/2021

UNIMED PORTO VELHO - SOCIEDADE COOPERATIVA MÉDICA LTDA., pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ/MF sob nº 05.657.234/0001-20 com sede na Av. Carlos Gomes, n.º 1259 Centro, nesta Capital, através de seu Diretor Presidente, que ao final subscreve, vem por meio deste com fulcro no item 30.0, subitem 30.1, que tratam da impugnação ao edital e do pedido de esclarecimento, **I M P U G N A R** alguns pontos do referido Edital, passando a dispô-los abaixo, fundamentando-se nas inclusas razões.

I. DO TERMO DE REFERÊNCIA

Segue o trecho do Termo de Referência, para o qual Impugnamos:

1) Termo de Referência (página 30, item 4.3):

4.3. Os serviços e procedimentos a serem ofertados pela contratada estarão em conformidade com o constante nos artigos 10 a 12 da Lei nº 9.656/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, bem como devem observar as coberturas mínimas obrigatórias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde divulgados pela ANS (edição atualizada), e demais atos normativos que venham a ser publicados pelo referido órgão regulador, ressalvadas as especificações contratuais a serem definidas neste Termo de Referência e seus anexos.

Sobre a previsão de que os serviços ofertados “devem observar as coberturas MÍNIMAS obrigatórias previstas no Rol” da ANS, ressalvadas as especificações contratuais presentes no Termo de Referência, entendemos que o termo “mínimas” deveria ser retirado do texto, porquanto a norma reguladora atual e vigente das operadoras de saúde a partir de 01/04/2021 (Resolução Normativa n.465/21-ANS, art.1º) foi alterada em relação à norma antiga e não mais vigente (Resolução Normativa n.428/17-ANS, art.1º), sendo que o

normativo vigente define que o Rol da ANS é cobertura OBRIGATÓRIA a todas as operadoras de saúde (não mais acrescentando a palavra "mínima").

2) Termo de Referência (página 32, item 6.1):

6.1. Prestação de assistência médica, hospitalar e obstétrica, ambulatorial e laboratorial em nível nacional, para os que optarem por este tipo de plano e nos estados de Rondônia e Acre, com atendimento de urgência e emergência em nível nacional para os beneficiários que optarem pelo plano de Grupo de Estados, em todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e demais órgãos fiscalizadores do exercício profissional, que estejam previstas neste Termo de Referência e, ainda, qualquer procedimento clínico e cirúrgico com os respectivos exames complementares de diagnóstico necessários para o pleno desempenho das especialidades abaixo elencadas:

Na segunda linha, a palavra "laboratorial" precisa ser substituída por "hospitalar", há aí um erro de grafia, pois a prestação garantida é ambulatorial e hospitalar (e não ambulatorial e laboratorial).

Na sétima linha, é preciso incluir, após "que estejam previstas neste Termo de Referência" a previsão "notadamente especificadas no item 4.3", para vincular os serviços prestados aos limites estabelecidos no Rol da ANS (além de outras ampliações do Termo de Referência, obviamente, mas é preciso deixar vinculado, neste item, que não se oferece TODA E QUALQUER ASSISTÊNCIA MÉDICA existente no mercado, pois da forma como foi escrito o item, leva-se a essa equivocada ideia. O instrumento precisa ser claro, transparente, idôneo, que não paire dúvidas especialmente em atenção aos direitos dos beneficiários e seus dependentes.

3) Termo de Referência (página 34, item 6.2):

6.2 A CONTRATADA deverá efetuar a prestação de serviços aos beneficiários em assistência médica, hospitalar e obstétrica, ambulatorial e laboratorial, em nível nacional, para os que optarem pelo Plano Nacional e nos estados de Rondônia e Acre com atendimento de urgência e emergência em nível nacional, para os que optarem pelo Plano de Grupo de Estados, de acordo com as condições e prazos propostos, sendo a cobertura de consultas médicas em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM e previstas no presente instrumento, incluindo atendimento de emergência 24 (vinte e quatro horas) em todos os dias da semana;

É preciso acrescentar "em Prontos-Socorros ou unidades apropriadas para atendimentos de emergência" ao final da frase, para especificar que, em relação à garantia dos atendimentos emergenciais 24h todos os dias da semana, deverão ser buscados locais apropriados para os atendimentos, caso contrário, poderemos ser obrigados a ter que garantir atendimentos de emergência em clínicas e consultórios especializados, o que não procede.

4) Termo de Referência (página 34, item 6.4):

6.4 Na hipótese de indisponibilidade ou inexistência de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, incluindo urgência e emergência, no município onde o beneficiário demandar o serviço, a contratada deverá:

O item 6.4 deverá sofrer acréscimo, ao final dos itens "a" e "b" do seguinte termo: "conforme prazos definidos pela ANS". Isso se justifica por que, no item "c", o instrumento garante ao beneficiário o reembolso para os casos de DEMORA. Portanto, o beneficiário e as partes contratantes precisam que seja muito bem esclarecido, em relação à DEMORA, qual o prazo definido, para que esta seja caracterizada e enseje reembolso.

No item "c", é necessário que antes da palavra "dificuldade de comunicação do beneficiário com a contratada", seja acrescentada a palavra "comprovada", caso contrário, haverá uma insegurança jurídica na constatação da dita dificuldade de comunicação, sendo que em muitos casos, o beneficiário bastaria simplesmente "alegar" a dificuldade, sem que fosse compelido a comprovar o efetivo contato prévio com a operadora.

5) Termo de Referência (página 35, item 6.5):

6.5. Na hipótese de haver um número reduzido de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, de forma que impossibilite que o beneficiário tenha um mínimo de escolha, no município onde o beneficiário demandar o serviço, nesses casos, a contratada deverá observar o item anterior {6.4; a) b) c) d) e e});

Este dispositivo inclui obrigação à Operadora além das previsões legais existentes na regulamentação da saúde suplementar, uma vez que a Operadora é obrigada a garantir rede disponível para realizar o atendimento ao beneficiário no prazo máximo de espera já previsto pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, conforme previsto no item 6.4 do Termo de Referência (também objeto de questionamento do presente termo de impugnação).

Cabe destacar que, na realidade da saúde privada no Brasil não permite, em muitas regiões, ter a disponibilidade em quantidade de especialistas em diversas áreas, impor tal condição no Edital de licitação é tornar inviável a execução do serviço em determinadas cidades e regiões, razões pela impugnamos tal previsão e sugerimos a sua exclusão.

6) Termo de Referência (página 35, item 6.7):

6.7. Cobertura de todos os serviços de apoio diagnóstico e tratamento, bem como os demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente, ou aqueles solicitados pelos médicos membros da Seção Médica deste Regional, incluindo exames periódicos anuais.

É necessário incluir, após "todos os serviços de apoio diagnóstico e tratamento" o termo "conforme cobertura obrigatória definida pela ANS", pois da forma como consta no item 6.7 leva a crer que haverá garantia ilimitada a toda e qualquer tecnologia na área da saúde.

7) Termo de Referência (página 35, itens 6.8 e 6.9):

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

6.9. A cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente, especificamente nos casos de internação de:

O item 6.8 está divergente do item 6.9, de modo que este último especifica quais categorias de acompanhantes terão direito a alimentação durante a internação, e o 6.8 leva a crer que todo e qualquer acompanhante terá direito a alimentação. Sugere-se retirar o seguinte trecho, do item 6.8 "com fornecimento de alimentação pela unidade hospitalar", pois o item 6.9 já dispõe sobre essa situação.

8) Termo de Referência (página 35, item 6.12, alínea):

No item em questão, na previsão de reembolso, faz-se necessária a inclusão da previsão para dedução do valor a ser reembolsado o valor equivalente a coparticipação que seria devida pelo beneficiário a título de participação financeira, assim, sugere-se a inclusão de um subitem com a seguinte previsão: ***"No caso de reembolso de despesas para planos***



com previsão de cobrança de coparticipação, sobre o valor a ser reembolsado já incidirá o desconto correspondente à coparticipação prevista no contrato.”

9) Termo de Referência (página 36, itens 6.19, alínea):

6.19. A coparticipação dos beneficiários tem objetivo de manter uma utilização consciente e sustentável do plano, todavia a contratada observará, entre outros, os seguintes critérios:

a) A cobrança de coparticipação mensal não poderá ultrapassar o valor de R\$1.000,00 (Hum mil reais), por Titular (magistrado(a)/ servidor(a)/ ativo, inativo e pensionista)

b) (...)

c) Com objetivo de promoção e prevenção a saúde, não haverá cobrança de coparticipação nos seguintes exames:

Hemograma completo - (1 vez por ano)

Lipidograma - (1 vez por ano) Glicemia de jejum - (1 vez por ano)

Hemoglobina Glicada - (1 vez por ano)

Creatinina - (1 vez por ano) TGP e TGO

(1 vez por ano)

Citologia oncótica - (mulheres de 21 a Mamografia (mulheres com mais de 40 anos a cada 2 anos) Sangue oculto nas fezes (homens e mulheres com mais de 50 anos 1 vez por ano)

Vitamina D (1 vez por ano)

Sobre a previsão de coparticipação, conforme estabelecido na Resolução CONSU n.º 08/98, entende-se como coparticipação a parte efetivamente paga pelo consumidor à Operadora de Plano de saúde, referente à realização do procedimento, logo o produto registrado junto a ANS – Agência Nacional de Saúde, através da Nota Técnica Atuarial, conforme obrigatoriedade da normativas N.183/2008 possui a previsão do fator moderador na sua composição, sendo prevista a cobrança da coparticipação para os todos os serviços utilizados pelos Beneficiários, de acordo com o percentual especificado no contrato e limite por guia e por internação.

A metodologia de cobrança já adotada atualmente permite a correta aplicação do valor de coparticipação a ser cobrado de cada beneficiário, sendo prevista a exclusão da incidência tão somente para os casos de exames periódicos relacionados ao programa de saúde ocupacional para os servidores do Tribunal. Incluir novas excepcionalidades na cobrança de coparticipação reduzem o valor da recomposição financeira prevista com o reembolso já esperado, ampliando ainda mais o ônus à Operadora contratada e inviabilizando a operacionalização do contrato.

Assim, impugnamos a inclusão de tal excepcionalidade, como também a previsão de parcelamento do valor de coparticipação, uma vez que já há previsão de limite de valor por guia.

10) Termo de Referência (página 38, item "6.28"):

6.28. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar:

No item 6.28, ao falar sobre a garantia do atendimento relacionado à quimioterapia, foi incluída Resolução Normativa não vigente da ANS (RN 387/15), o correto é RN 465/21.

11) Termo de Referência (página 39, item 6.40):

6.40. Os serviços de urgência e emergência, assim caracterizados pelo médico assistente, serão autorizados imediatamente pela contratada, nos termos da Lei Nº 9.656 de 03 de junho de 1998, e os serviços que dependem de autorização prévia, fora do domicílio, serão autorizados conforme prazos definidos pela RN 259 da ANS, pela operadora do plano de saúde, mediante apresentação da carteira de beneficiário e solicitação do médico assistente.

O instrumento possui diversas passagens que refere atendimentos de "urgência e emergência", mas em nenhum momento faz referência ao conceito legal de urgência e emergência, previsto na Lei n.9.656/98, art.35 C, I e II. Diante disso, importa acrescentar ao final da frase deste dispositivo, "de acordo com art.35, C, I e II, da Lei n.9.656/98".

12) Qualificação Técnica (item 9.53.3)

Qualificação técnica, 9.5.3. Tabela de serviços e procedimentos médicos, com respectivos valores, praticados pela contratada, inclusive para questões de reembolso;

O valor de coparticipação é calculado com base no valor da tabela de serviços praticado pela Operadora junto a sua rede credenciada, não sendo possível a inclusão de uma tabela de valores no momento da licitação, considerando a imposição legal de reajuste contratual da Operadora junto aos seus prestadores (o que ocorre de maneira dinâmica, flutuando de acordo com as condições do mercado da saúde privada) não sendo viável vincular a cobrança a uma tabela fixa. Por esta razão sugere-se a previsão de que o

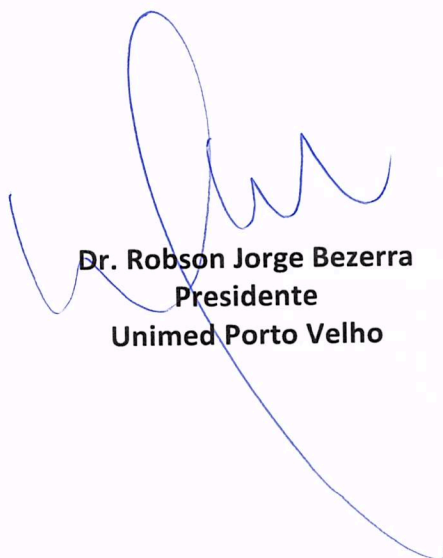
percentual de coparticipação e reembolso seja calculado com base na tabela de preços vigente à época do procedimento, seguindo a previsão vigente no contrato atual.

II. DO PEDIDO:

Considerando que o Edital em referência possui, como fundamento, a Lei 9.656/98 da Agência Nacional de Saúde e demais Normais em vigor, diante dos questionamentos acima expostos, requer o acolhimento da presente IMPUGNAÇÃO, nos termos dos fundamentos jurídicos apresentados, alterando-se os itens impugnados para os moldes legais.

Nestes termos, pede deferimento.

Porto velho, 01 de junho de 2021.



Dr. Robson Jorge Bezerra
Presidente
Unimed Porto Velho



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 14ª REGIÃO
COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PROAD N 10273/2021

INFORMAÇÃO

Considerando a impugnação da AMERON apresentada ao Edital n. 08/2021 conforme consta do documento n. 45;

Considerando reunião realizada com equipe de Coordenação de Licitações em 8 de junho de 2021 conforme documento n.54;

Considerando a Suspensão do EDITAL N. 08/2021, conforme documento n. 56 ;

Considerando que estes autos foram encaminhados à CAS para prosseguimento;

Apresentam-se as respostas, aos questionamentos de impugnação efetuados pela AMERON, elaboradas pela equipe da Coordenadoria de Assistência à Saúde a fim de subsidiar as respostas da equipe de Coordenação de Licitações e Contratos, conforme abaixo descrito:

ITEM I - Solicita a impugnação do item 9.5.2 do EDITAL e 5.2 DO TERMO DE REFERÊNCIA, sob pena de afrontar os princípios da impessoalidade e igualdade, e por conseguinte da legalidade.”

Informa-se que não é possível excluir nenhum dos itens citados, pois solicitam documentos que comprovem atendimento em âmbito nacional já prestado à um quantitativo de beneficiários não inferior ao público potencial do TRT 14ª Região. (2.500 beneficiários)

Tal exigência não fere princípios de impessoalidade, igualdade e legalidade pois visa resguardar o direito coletivo dos beneficiários que já são atendidos por plano de saúde com cobertura nacional. Ademais, conforme pode-se consultar no Portal Transparência

<https://appserver1.trt14.jus.br/transparencia/reports/transbeneficio.php?ano=2021&mes=5> o total de beneficiários de plano de saúde e odontológico do TRT 14ª Região em maio de 2021 é de **3366 beneficiários**, entre titulares e dependentes.

Ao solicitar então o Atestado Técnico que a empresa interessada comprove que já ofereça o serviço em nível nacional a determinado número de beneficiários, o TRT 14 resguarda, pela complexidade que tal serviço demanda, a continuidade da prestação de serviço em nível nacional. A exigência do referido documento está em consonância com o previsto na Lei 8.666/1993:

Art. 30. “A documentação relativa à qualificação técnica limitar-se-á a:

(...) II - comprovação de aptidão para desempenho de atividade pertinente e compatível em características, quantidades e prazos com o objeto da licitação, e indicação das instalações e do aparelhamento e do pessoal técnico adequados e disponíveis para a realização do objeto da licitação, bem como da qualificação de cada um dos membros da equipe técnica que se responsabilizará pelos trabalhos;

§ 3º Será sempre admitida a comprovação de aptidão através de certidões ou atestados de obras ou serviços similares de complexidade tecnológica e operacional equivalente ou superior.”

ITEM II - Da impugnação à alínea “c” do item 6.4 do Termo e Referência,

Para garantir a objetividade e a previsibilidade contratual a equipe de saúde acolhe a impugnação e sugere a exclusão não somente da alínea “c”, mas das alíneas de “a” à “e” do item 6.4 do Termo de Referência, e também a exclusão do item 6.5 do Termo de Referência de forma que:

Onde consta:

6.4 Na hipótese de indisponibilidade ou inexistência de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, incluindo urgência e emergência, no município onde o beneficiário demandar o serviço, a contratada

deverá:

Passe a constar:

6.4 Na hipótese de indisponibilidade ou inexistência de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, incluindo urgência e emergência, no município onde o beneficiário demandar o serviço, a contratada deverá garantir o atendimento conforme previsto na Resolução Normativa ANS n 259 de 2011, ou outra que passe a vigorar na vigência do contrato.

Justificativa: Tal adequação serviu para dar objetividade ao edital, nos termos da Resolução Normativa n. 259/2011, da ANS.

ITEM III - DA IMPUGNAÇÃO DO ITEM 6.33 DO TERMO DE REFERÊNCIA

A equipe de saúde sugere a manutenção do Item 6.33, pois trata-se neste item de período de remissão em caso de morte de titular, cuja previsão pode e deve estar prevista no contrato e pode ser de 12 a 60 meses. Somente após o período de remissão é que os beneficiários que permanecerem na condição de pensionistas ou dependente já inscrito, passarão a pagar pelas mensalidades, caso optem por continuar no plano de saúde contratado conforme previsto na:

SÚMULA NORMATIVA Nº 13, DE 3 DE NOVEMBRO DE 2010.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no uso da competência que lhe conferem os arts. 3º e 4º, incisos II, XXIV e XXVIII, combinado com o art. 10, inciso II, da Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e em conformidade com o inciso III do art. 6º do Regimento Interno, aprovado pela Resolução Normativa – RN nº 197, de 16 de julho de 2009.

Considerando os princípios dispostos no texto da Constituição da República de 1988, especialmente o da igualdade (art. 5º, caput), o da dignidade da pessoa humana (art. 1º, inciso III), o da liberdade (art. 5º, caput), o da proteção da segurança jurídica e o da proteção à entidade familiar (art. 226, § 4º);

Considerando as hipóteses de manutenção de titularidade, previstas no art. 6º, § 2º, da RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, e no art. 3º, § 1º, da RN nº 195, de 14 de julho de 2009.

RESOLVE:

Adotar o seguinte entendimento vinculativo:

1 – **O término da remissão não extingue o contrato de plano familiar**, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes, para os contratos firmados a qualquer tempo. (grifos são nossos)

Ressalta-se que a ausência de cláusula contratual prevendo um prazo de remissão em caso de morte do titular, pode resultar em processos judiciais e, conseqüentemente, oneração e desequilíbrio financeiro do contrato.

Porto Velho, 16 de junho de 2021

Carlos Roberto Carvalho de Jesus Chefe da Seção de Controle das Concessões de Benefícios de Pessoal	Taís Betânia Fusinato Seção de Assistência Psicossocial
Jéssica Jévanny Rocha Góes dos Santos Coordenadora de assistência à Saúde	



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 14ª REGIÃO
COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PROAD N 10273/2021

INFORMAÇÃO

Considerando a impugnação da UNIMED PORTO VELHO apresentada ao Edital n. 08/2021 conforme consta do documento n. 47;

Considerando reunião realizada com equipe de Coordenação de Licitações em 8 de junho de 2021 conforme documento n.54;

Considerando a Suspensão do EDITAL N. 08/2021, conforme documento n. 56;

Considerando que estes autos foram encaminhados a CAS para prosseguimento;

Apresentam-se as respostas, aos questionamentos de impugnação efetuados pela UNIMED PORTO VELHO, elaboradas pela equipe da Coordenadoria de Assistência à Saúde a fim de subsidiar as respostas da equipe de Coordenação de Licitações e Contratos, conforme tabela abaixo

UNIMED - PORTO VELHO	TRT 14 - Equipe da CAS
R1. 1) Termo de Referência (página 30, item 4.3): 4.3. Os serviços e procedimentos a serem ofertados pela contratada estarão em conformidade com o constante nos artigos 10 a 12 da Lei no 9.656/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, bem como devem observar as coberturas mínimas obrigatórias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde divulgados pela ANS (edição atualizada), e demais atos normativos que venham a ser publicados pelo referido órgão regulador, ressalvadas as especificações contratuais a serem definidas neste Termo de Referência e seus anexos. Sobre a previsão de que os serviços ofertados "devem observar as coberturas MÍNIMAS	Concordam em alterar a redação do item 4.3, excluindo a palavra "mínima", pois não haverá perda ou prejuízo no serviço pretendido. Tal adequação serviu para dar objetividade ao edital, nos termos da Resolução Normativa n. 259/2011, da ANS. Sugere-se a seguinte redação para o item 4.3, incluída na nova minuta de Termo de Referência: 4.3. Os serviços e procedimentos a serem ofertados pela contratada estarão em conformidade com o constante nos artigos 10 a 12 da Lei no 9.656/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, bem como devem observar as coberturas obrigatórias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde divulgados pela ANS

obrigatórias previstas no Rol” da ANS, ressalvadas as especificações contratuais presentes no Termo de Referência, entendemos que o termo "mínimas" deveria ser retirado do texto, porquanto a norma reguladora atual e vigente das operadoras de saúde a partir de 01/04/2021 (Resolução Normativa n.465/21-ANS, art.1o) foi alterada em relação à norma antiga e não mais vigente (Resolução Normativa n.428/17-ANS, art.1o), sendo que o normativo vigente define que o Rol da ANS é cobertura OBRIGATÓRIA a todas as operadoras de saúde (não mais acrescentando a palavra "mínima").	(edição atualizada), e demais atos normativos que venham a ser publicados pelo referido órgão regulador, ressalvadas as especificações contratuais a serem definidas neste Termo de Referência e seus anexos.
R2. 2) Termo de Referência (página 32, item 6.1): 6.1. Prestação de assistência médica, hospitalar e obstétrica, ambulatorial e laboratorial em nível nacional, para os que optarem por este tipo de plano e nos estados de Rondônia e Acre, com atendimento de urgência e emergência em nível nacional para os beneficiários que optarem pelo plano de Grupo de Estados, em todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e demais órgãos fiscalizadores do exercício profissional, que estejam previstas neste Termo de Referência e, ainda, qualquer procedimento clínico e cirúrgico com os respectivos exames complementares de diagnóstico necessários para o pleno desempenho das especialidades abaixo elencadas: Na segunda linha, a palavra "laboratorial" precisa ser substituída por "hospitalar", há aí um erro de grafia, pois a prestação garantida é ambulatorial e hospitalar (e não ambulatorial e laboratorial). Na sétima linha, é preciso incluir, após "que estejam previstas neste Termo de Referência" a previsão "notadamente especificadas no item 4.3", para vincular os serviços prestados aos limites estabelecidos no Rol da ANS (além de outras ampliações do Termo de Referência, obviamente, mas é preciso deixar vinculado, neste item, que não se oferece TODA E QUALQUER ASSISTÊNCIA MÉDICA existente no mercado, pois da forma como foi escrito o item, leva-se a essa equivocada ideia. O instrumento precisa ser claro, transparente, idôneo, que não paire dúvidas especialmente em atenção aos direitos dos beneficiários e seus dependentes.	Quanto à primeira sugestão, não concordam com a exclusão da palavra laboratorial, da segunda linha do item 6.1 do Termo de Referência, pois visa deixar expresso detalhadamente a prestação de assistência pretendida. Quanto à segunda sugestão concordam com a inclusão na sétima linha do item 6.1 do Termo de Referência, após "que estejam previstas neste Termo de Referência" do complemento "notadamente especificadas no item 4.3" - para que a redação fique o mais objetiva e clara possível e não gere dúvidas quanto ao atendimento pretendido, Sugere-se a seguinte redação para o item 6.1, incluído na nova minuta de Termo de Referência: 6.1. Prestação de assistência médica, hospitalar e obstétrica, ambulatorial e laboratorial em nível nacional, para os que optarem por este tipo de plano e nos estados de Rondônia e Acre, com atendimento de urgência e emergência em nível nacional para os beneficiários que optarem pelo plano de Grupo de Estados, em todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e demais órgãos fiscalizadores do exercício profissional, que estejam previstas neste Termo de Referência e, ainda, qualquer procedimento clínico e cirúrgico com os respectivos exames complementares de diagnóstico necessários para o pleno desempenho das especialidades abaixo elencadas, conforme o Item 4.3 deste Termo de Referência:

R3. 3) Termo de Referência (página 34, item 6.2): 6.2 A CONTRATADA deverá efetuar a prestação de serviços aos beneficiários em assistência médica, hospitalar e obstétrica, ambulatorial e laboratorial, em nível nacional, para os que optarem pelo Plano Nacional e nos estados de Rondônia e Acre com atendimento de urgência e emergência em nível nacional, para os que optarem pelo Plano de Grupo de Estados, de acordo com as condições e prazos propostos, sendo a cobertura de consultas médicas em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM e previstas no presente instrumento, incluindo atendimento de emergência 24 (vinte e quatro horas) em todos os dias da semana; É preciso acrescentar "em Prontos-Socorros ou unidades apropriadas para atendimentos de emergência" ao final da frase, para especificar que, em relação à garantia dos atendimentos emergenciais 24h todos os dias da semana, deverão ser buscados locais apropriados para os atendimentos, caso contrário, poderemos ser obrigados a ter que garantir atendimentos de emergência em clínicas e consultórios especializados, o que não procede.	Concordam em alterar a redação do item 6.2 incluindo "conforme previsto na RN ANS 259/2011, ao invés de usar a expressão pronto atendimento, pois tal adequação serviu para dar objetividade ao edital, nos termos da Resolução Normativa vigente da ANS. Sugere-se a seguinte redação para o item 6.2, já incluído na nova minuta de Termo de Referência: 6.2 A CONTRATADA deverá efetuar a prestação de serviços aos beneficiários em assistência médica, hospitalar e obstétrica, ambulatorial e laboratorial, em nível nacional, para os que optarem pelo Plano Nacional e nos estados de Rondônia e Acre com atendimento de urgência e emergência em nível nacional, para os que optarem pelo Plano de Grupo de Estados, de acordo com as condições e prazos propostos, sendo a cobertura de consultas médicas em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM e previstas no presente instrumento, incluindo atendimento de emergência 24 (vinte e quatro horas) em todos os dias da semana, nos termos da Resolução nº259/2011 da ANS ou outra que venha substituí-la.
R4. 4) Termo de Referência (página 34, item 6.4): 6.4 Na hipótese de indisponibilidade ou inexistência de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, incluindo urgência e emergência, no município onde o beneficiário demandar o serviço, a contratada deverá: O item 6.4 deverá sofrer acréscimo, ao final dos itens "a" e "b" do seguinte termo: "conforme prazos definidos pela ANS". Isso se justifica por que, no item "C", o instrumento garante ao beneficiário o reembolso para os casos de DEMORA. Portanto, o beneficiário e as partes contratantes precisam que seja muito bem esclarecido, em relação à DEMORA, qual o prazo definido, para que esta seja caracterizada e enseje reembolso.	Para maior objetividade do edital, nos termos da Resolução Normativa n. 259/2011, da ANS. sugerimos a exclusão das alíneas "a" a "e" Sugere-se a seguinte redação para o item 6.4, já incluído na nova minuta de Termo de Referência: 6.4 Na hipótese de indisponibilidade ou inexistência de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, incluindo urgência e emergência, no município onde o beneficiário demandar o serviço, a contratada deverá garantir a prestação do serviço conforme previsto na Resolução nº259/2011 da ANS ou outra que venha substituí-la.

No item "c", é necessário que antes da palavra "dificuldade de comunicação do beneficiário com a contratada", seja acrescentada a palavra "comprovada", caso contrário, haverá uma insegurança jurídica na constatação da dita dificuldade de comunicação, sendo que em muitos casos, o beneficiário bastaria simplesmente "alegar" a dificuldade, sem que fosse compelido a comprovar o efetivo contato prévio com a operadora.	
R5. 5) Termo de Referência (página 35, item 6.5): 6.5. Na hipótese de haver um número reduzido de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, de forma que impossibilite que o beneficiário tenha um mínimo de escolha, no município onde o beneficiário demandar o serviço, nesses casos, a contratada deverá observar o item anterior {6.4; a) b) c) d) e e}); Este dispositivo inclui obrigação à Operadora além das previsões legais existentes na regulamentação da saúde suplementar, uma vez que a Operadora é obrigada a garantir rede disponível para realizar o atendimento ao beneficiário no prazo máximo de espera já previsto pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, conforme previsto no item 6.4 do Termo de Referência (também objeto de questionamento do presente termo de impugnação). Cabe destacar que, na realidade da saúde privada no Brasil não permite, em muitas regiões, ter a disponibilidade em quantidade de especialistas em diversas áreas, impor tal condição no Edital de licitação é tornar inviável a execução do serviço em determinadas cidades e regiões, razões pela impugnamos tal previsão e sugerimos a sua exclusão.	Concordam com a exclusão do item 6.5 do Termo de Referência, para maior objetividade do edital, nos termos da Resolução Normativa n. 259/2011.

R6. 6) Termo de Referência (página 35, item 6.7): 6.7. Cobertura de todos os serviços de apoio diagnóstico e tratamento, bem como os demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente, ou aqueles solicitados pelos médicos membros da Seção Médica deste Regional, incluindo exames periódicos anuais. É necessário incluir, após "todos os serviços de apoio diagnóstico e tratamento" o termo "conforme cobertura obrigatória definida pela ANS", pois da forma como consta no item 6.7 leva a crer que haverá garantia ilimitada a toda e qualquer tecnologia na área da saúde.	Concordam com alteração pois a adequação serviu para dar objetividade ao edital, nos termos das Resoluções da ANS. Sugere-se a seguinte redação para o item 6.7, que passará a ser o item 6.6, já incluído na nova minuta de Termo de Referência: 6.7. Cobertura de todos os serviços de apoio diagnóstico e tratamento, bem como os demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente, conforme cobertura obrigatória definida pela ANS, ou aqueles solicitados pelos médicos membros da Seção Médica deste Regional, incluindo exames periódicos anuais.
R7. 7) Termo de Referência (página 35, itens 6.8 e 6.9): 6.8. Cobertura de internações hospitalares em quarto individual com banheiro privativo e com direito a um acompanhante, com fornecimento de alimentação pela unidade hospitalar, sendo vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em todas as clínicas básicas e especializadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, inclusive procedimentos obstétricos. 6.9. A cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra indicação do médico ou cirurgião dentista assistente, especificamente nos casos de internação de: O item 6.8 está divergente do item 6.9, de modo que este último especifica quais categorias de acompanhantes terão direito a alimentação durante a internação, e o 6.8 leva a crer que todo e qualquer acompanhante terá direito a alimentação. Sugere-se retirar o seguinte trecho, do item 6.8 "com fornecimento de alimentação pela unidade hospitalar", pois o item 6.9 já dispõe sobre essa situação.	Sugerem a manutenção dos itens 6.8 e 6.9 com adequação da redação, de forma que fique claro que o item 6.8 refere-se ao paciente internado e o item 6.9 refere-se ao acompanhante.
R8. 8) Termo de Referência (página 35, item 6.12, alínea): No item em questão, na previsão de reembolso, faz-se necessária a inclusão da previsão para dedução do valor a ser reembolsado o valor equivalente a coparticipação que seria devida pelo beneficiário a título de participação financeira, assim, sugere-se a inclusão de um	Para dar objetividade ao edital, nos termos da Resolução Normativa n. 259/2011, da ANS sugere-se a seguinte redação para o item 6.12, já incluído na nova minuta de Termo de Referência: 6.12. Reembolso, nos limites das obrigações contratuais das despesas efetuadas pelo beneficiário, titular ou dependente, com

subitem com a seguinte previsão: “No caso de reembolso de despesas para planos com previsão de cobrança de coparticipação, sobre o valor a ser reembolsado já incidirá o desconto correspondente à coparticipação prevista no contrato.”	assistência à saúde, de acordo com a relação de preços de serviços médicos hospitalares praticados pelo plano contratado, pagáveis no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega à operadora da documentação adequada, de acordo com a Resolução Normativa RN nº 259.
R9. 9) Termo de Referência (página 36, itens 6.19, alínea): 6.19. A coparticipação dos beneficiários tem objetivo de manter uma utilização consciente e sustentável do plano, todavia a contratada observará, entre outros, os seguintes critérios: a) A cobrança de coparticipação mensal não poderá ultrapassar o valor de R\$1.000,00 (Hum mil reais), por Titular (magistrado(a)/ servidor(a)/ ativo, inativo e pensionista) b) (...) c) Com objetivo de promoção e prevenção a saúde, não haverá cobrança de coparticipação nos seguintes exames: Hemograma completo - (1 vez por ano) Lipidograma - (1 vez por ano) Glicemia de jejum - (1 vez por ano) Hemoglobina Glicada - (1 vez por ano) Creatinina - (1 vez por ano) TGP e TGO (1 vez por ano) Citologia oncótica - (mulheres de 21 a Mamografia (mulheres com mais de 40 anos a cada 2 anos) Sangue oculto nas fezes (homens e mulheres com mais de 50 anos 1 vez por ano) Vitamina D (1 vez por ano) Sobre a previsão de coparticipação, conforme estabelecido na Resolução CONSU n.o 08/98, entende-se como coparticipação a parte efetivamente paga pelo consumidor à Operadora de Plano de saúde, referente à realização do procedimento, logo o produto registrado junto a ANS – Agência Nacional de Saúde, através da Nota Técnica Atuarial, conforme obrigatoriedade da normativas N.183/2008 possui a previsão do fator moderador na sua composição, sendo prevista a cobrança da coparticipação para os todos os serviços utilizados pelos Beneficiários, de acordo com o percentual especificado no contrato e limite por guia e por internação. A metodologia de cobrança já adotada atualmente permite a correta aplicação do valor de coparticipação a ser cobrado de cada beneficiário, sendo prevista a exclusão da incidência tão somente para os casos de exames periódicos relacionados ao programa de saúde ocupacional para os servidores do Tribunal. Incluir novas excepcionalidades na cobrança de coparticipação reduzem o valor da	Sugere-se a manutenção do item 6.19 pois a Lei 9656/1998 que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, define em seu: “Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei <u>devem constar dispositivos que indiquem com clareza:</u> (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) VIII - a <u>franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação</u> do consumidor ou beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) (Grifos são nosso) Dessa forma justifica-se a inclusão no Termo de Referência dos exames especificados no item 6.19, inciso III, que possam ser realizados anualmente, ou seja, pelo menos uma vez ao ano por cada beneficiário, sem cobrança de coparticipação. Essa inclusão tem como objetivo expandir a prevenção da saúde a todos os beneficiários e não apenas aos magistrados e servidores em

recomposição financeira prevista com o reembolso já esperado, ampliando ainda mais o ônus à Operadora contratada e inviabilizando a operacionalização do contrato. Assim, impugnamos a inclusão de tal excepcionalidade, como também a previsão de parcelamento do valor de coparticipação, uma vez que já há previsão de limite de valor por guia.	atividade, para os quais está previsto a realização de exames periódicos ligados à saúde ocupacional. O estímulo da não cobrança de coparticipação nos exames especificados no item 6.19, inciso III incentiva a realização anual dos mesmos e tem como objetivo principal incentivar a Prevenção à Saúde e também evitar a incidência de beneficiários com patologias crônicas, não controladas, que demandam tratamento de alta complexidade, estes sim reconhecidos por aumentar a sinistralidade do contrato e causar possíveis desequilíbrios financeiros. Justifica-se também com a legislação apresentada o Item 6.19, inciso I, que prevê limites financeiros na cobrança mensal de co participação, pois embora exista um limite de coparticipação por guia no atual contrato, esse limite não mostrou-se suficiente para evitar cobrança exorbitante de co participação mensal. Estabelecer um limite mensal de cobrança de coparticipação visa proporcionar aos beneficiários a previsibilidade do valor máximo a ser cobrado, evitando exclusões de beneficiários, ou que o plano se torne inviável.
R10. 6.28. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar: No item 6.28, ao falar sobre a garantia do atendimento relacionado à quimioterapia, foi incluída a Resolução Normativa não vigente da ANS (RN 387/15), o correto é RN 465/21.	Acolhemos a adequação sugerida pois refere-se à Resolução da ANS atualizada Sugere-se a seguinte redação para o item 6.28, já incluído na nova minuta de Termo de Referência: 6.28. Cobertura para os procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar, conforme o inciso X do Art. 19 da Resolução RN 465/21;
R11. 11) Termo de Referência (página 39, item 6.40): 6.40. Os serviços de urgência e emergência, assim caracterizados pelo médico assistente, serão autorizados imediatamente pela contratada, nos termos da Lei no 9.656 de 03 de junho de 1998, e os serviços que dependem de autorização prévia, fora do	Concordamos com a adequação sugerida, pois garantirá maior objetividade ao edital, nos termos da Lei nº9.656/98, art. 35 C, I e II. Sugere-se a seguinte redação para o item 6.40, já incluído na nova minuta de Termo de Referência 6.40. Os serviços de urgência e emergência,

domicílio, serão autorizados conforme prazos definidos pela RN 259 da ANS, pela operadora do plano de saúde, mediante apresentação da carteira de beneficiário e solicitação do médico assistente. O instrumento possui diversas passagens que refere atendimentos de "urgência e emergência", mas em nenhum momento faz referência ao conceito legal de urgência e emergência, previsto na Lei n.9.656/98, art.35 C, le II. Diante disso, importa acrescentar ao final da frase deste dispositivo, "de acordo com art.35, C, le II, da Lei n.9.656/98".	assim caracterizados pelo médico assistente, serão autorizados imediatamente pela contratada, nos termos da Lei n. 9.656 de 03 de junho de 1998, Art. 35, C, I e II, e os serviços que dependem de autorização prévia, fora do domicílio, serão autorizados conforme prazos definidos pela RN 259 da ANS, ou regulamentação que venha a substituí-la.
R12.12) Qualificação Técnica (item 9.5.3) Qualificação técnica, 9.5.3. Tabela de serviços e procedimentos médicos, com respectivos valores, praticados pela contratada, inclusive para questões de reembolso; O valor de coparticipação é calculado com base no valor da tabela de serviços praticado pela Operadora junto a sua rede credenciada, não sendo possível a inclusão de uma tabela de valores no momento da licitação, considerando a imposição legal de reajuste contratual da Operadora junto aos seus prestadores (o que ocorre de maneira dinâmica, flutuando de acordo com as condições do mercado da saúde privada) não sendo viável vincular a cobrança a uma tabela fixa. Por esta razão sugere-se a previsão de que o percentual de coparticipação e reembolso seja calculado com base na tabela de preços vigente à época do procedimento, seguindo a previsão vigente no contrato atual.	Concordamos com a adequação sugerida pois tal previsibilidade no momento da licitação mostrou-se inviável.

Porto Velho, 16 de junho de 2021

Carlos Roberto Carvalho de Jesus Chefe da Seção de Controle das Concessões de Benefícios de Pessoal	Taís Betânia Fusinato Seção de Assistência Psicossocial
Jéssica Jévanny Rocha Góes dos Santos Coordenadora de assistência à Saúde	

RESPOSTA AO PEDIDO DE ESCLARECIMENTO

1. Como será feita o controle desses descontos em folha do titular, considerando que poderá haver um acúmulo de um mês para outro, em razão da utilização diversa?

R.: A responsabilidade é da contratada a fim de gerenciar o controle deste acúmulo, tendo em vista o valor pago de 25% de taxa de administração. Ademais, deve ainda observar o limite máximo de R\$ 1.000,00 de coparticipação.

2. Em caso de falecimento do titular, como será feito os pagamentos dos valores pendentes do titular e seus dependentes no benefício de remissão ?

R.: Seguindo a mesma regra como se o beneficiário estivesse ativo. E o objetivo deste parcelamento é preservar verba de pensão aos beneficiários (natureza alimentícia), evitando o ocorrido em diversas vezes no contrato anterior, em que os beneficiários ficaram sem recebê-la, pois os proventos foram destinados para realizar os pagamentos das coparticipações de uma só vez.

3. Em quantos meses poderão ser realizadas tais cobranças?

R.: Nos termos da cláusula 6.18, do anexo I, do edital n. 08/2021, contratada terá o prazo máximo de 8 meses para realizar a cobrança da coparticipação a partir da realização dos procedimentos ou serviços.

4. Os valores serão processados/informados e não pagos, logo não poderão ser declarados no Imposto de renda.

R.: Seguem as regras estabelecidos em Lei e pela Receita Federal.

5. O tribunal se compromete a pagar todos os valores dentre do período de vigência do contrato ?

R.: Não. Este Tribunal não se compromete em pagar dívida de particular. O prazo estabelecido contratualmente é suficiente para cobrança das coparticipações. Logo, cabe a contratada otimizar os seus processos internos a fim de realizar as cobranças das coparticipações dentro do prazo estabelecido.

Porto Velho/RO, 07 de janeiro de 2021.

ÉDER PIRES PANTOJA

Pregoeiro do TRT

CARLOS ROBERTO

Fiscal do Contrato

Pedido de esclarecimentos PREGÃO ELETRÔNICO Nº 08/2021 - Item

Quívia Bispo de Souza <quivia@unimedportovelho.coop.br>
Para: SECAO DE LICITACOES E PREGOEIROS <pregoeiro@trt14.jus.br>

6 de julho de 2021 10:25

Bom dia!

Sr. Pregoeiro

Solicitamos esclarecimentos sobre item abaixo, quanto ao mecanismo de regulação da cobrança de coparticipação excedente ao limite de 1.000,00, mesmo sabendo que a contratualização é realizada pelo TRT 14ª, ora assumi todas as obrigações por seus beneficiários, questionamos:

- 1 - Como será feita o controle desses descontos em folha do titular, considerando que poderá haver um acúmulo de um mês para outro, em razão da utilização diversa?
- 2 - Em caso de falecimento do titular, como será feito os pagamentos dos valores pendentes do titular e seus dependentes no benefício de remissão?
- 3 - Em quantos meses poderão ser realizadas tais cobranças?
- 4 - Os valores serão processados/informados e não pagos, logo não poderão ser declarados no Imposto de renda.
- 5 - O tribunal se compromete a pagar todos os valores dentro do período de vigência do contrato?

6.18. A coparticipação dos beneficiários tem objetivo de manter uma utilização consciente e sustentável do plano, todavia a contratada observará, entre outros, os seguintes critérios:

I - A cobrança de coparticipação mensal não poderá ultrapassar o valor de R\$1.000,00 (Hum mil reais), por Titular (magistrado(a)/ servidor(a)/ ativo, inativo e pensionista)

II - A contratada terá o prazo máximo de 8 meses para realizar a cobrança da coparticipação a partir da realização dos procedimentos ou serviços, exceto pelo motivo previsto no inciso anterior.

No aguardo das informações.

Att.,

Quívia Bispo

Gerente da Área de Negócios
(069) 3217-2043



www.unimedportovelho.coop.br
Av. Carlos Gomes, 1259
76801-109 Centro, Porto Velho - RO
T. (69) 3217-2000





SECAO DE LICITACOES E PREGOEIROS <pregoeiro@trt14.jus.br>

Pedido de esclarecimentos PREGÃO ELETRÔNICO Nº 08/2021 - Item

SECAO DE LICITACOES E PREGOEIROS <pregoeiro@trt14.jus.br>

7 de julho de 2021 09:55

Para: Quivia Bispo de Souza <quivia@unimedportovelho.coop.br>

Recebido.

Att.,

Éder Pires Pantoja

Pregoeiro

[Texto das mensagens anteriores oculto]

[Texto das mensagens anteriores oculto]



SECAO DE LICITACOES E PREGOEIROS <pregoeiro@trt14.jus.br>

Pedido de esclarecimentos PREGÃO ELETRÔNICO Nº 08/2021 - Item

SECAO DE LICITACOES E PREGOEIROS <pregoeiro@trt14.jus.br>

8 de julho de 2021 11:25

Para: Quivia Bispo de Souza <quivia@unimedportovelho.coop.br>

Cc: CARLOS ROBERTO CARVALHO DE JESUS <carlos.carvalho@trt14.jus.br>, JESSICA JEVANNY ROCHA GOES DOS SANTOS <jessica.santos@trt14.jus.br>, RODRIGO ARAUJO DA SILVA <rodrigo.silva@trt14.jus.br>

Prezado licitante,

Em anexo, resposta ao pedido de esclarecimento.

Att.,

Éder Pires Pantoja
Pregoeiro

Em ter., 6 de jul. de 2021 às 10:25, Quivia Bispo de Souza <quivia@unimedportovelho.coop.br> escreveu:

[Texto das mensagens anteriores oculto]

[Texto das mensagens anteriores oculto]

**Reposta ao pedido de esclarecimento TRT 14.pdf**

37K