

**ILUSTRÍSSIMO PREGOEIRO DO TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE MATO GROSSO-
TRE /MT**

PREGÃO ELETRÔNICO nº 18/2022

SEI Nº 06360.2021-5

UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 04.487.255/0001-81, com sede em São Paulo/SP, na Alameda Ministro Rocha Azevedo, nº 366, 1º ao 6º andares, por seu procurador infra assinado, vem, respeitosamente à presença de Vossa Senhoria, nos termos do art. 41, §1º, da Lei nº 8.666/93 e item 20.1 do Edital, apresentar **IMPUGNAÇÃO DO ATO CONVOCATÓRIO DE PREGÃO ELETRÔNICO**, pelas razões adiante expostas.

I- DAS NORMAS TIDAS COMO VIOLADAS

Trata-se de edital para licitação, que visa a “contratação de empresa especializada na prestação de serviços de assistência médica complementar, com coberturas adicionais na área da saúde, para a Justiça Eleitoral do Estado de Mato Grosso, conforme Termo de Referência anexo a este Edital”.

Por óbvio que, sendo a saúde suplementar atividade econômica extremamente regulada no país, **o instrumento convocatório deve obedecer**, não apenas as normas de licitação previstas nas Leis Federais 8.666/93 e 10.520/2002, **mas também a todo o arcabouço normativo que regula e fiscaliza o setor, previsto na Lei Federal 9.656/98 e nos atos normativos da ANS.**

Nesse sentido, a redação do art. 1º e seu parágrafo 1º da Lei nº 9.656/98, *in verbis*:

“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:

(...)

*§ 1º **Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:**”*

Em idêntico sentido, o próprio ente licitante faz expressa menção às normas regulamentares da ANS como parte integrante da disciplina dos serviços objeto do presente certame, constante em diversas passagens do Edital, em destaque no próprio Termo de Referência, veja:

“Nos termos da Lei 10.520, de 17 de julho de 2002, do Decreto nº 3.555 de 08 de agosto de 2000, do Decreto nº 10.024 de 20 de setembro de 2019, e, subsidiariamente, de 21 de junho de 1993, alterada pelas Leis nº 8.883/94 e 9.648/98 **e nos termos da Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar nº 387, de 28 de outubro de 2015 e nº 259, de 17 de junho de 2011 e alterações, apresenta-se este termo de referência para subsidiar os procedimentos administrativos necessários à contratação de empresa especializada na prestação de**

serviços de assistência médica complementar àquela prestada diretamente por este Tribunal, por meio dos médicos da Coordenadoria de Assistência Médica e Social(CAMS).” (grifo nosso)

Pois bem: passa-se a discorrer, portanto, os motivos pelos quais o instrumento convocatório está eivado de vício de ilegalidade, que deve ser sanado por este Ente Licitante, sob pena de se macular de nulidade todo o certame.

II – DAS INCLUSÕES, EXCLUSÕES E ALTERAÇÕES DE BENEFICIÁRIOS - ITEM 6.1 DO TERMO DE REFERÊNCIA (ANEXO I) - CONTRARIEDADE A RESOLUÇÃO NORMATIVA N° 412/2016 DA ANS

O Termo de Referência do Edital, na Cláusula 6 – Das Inclusões, Exclusões e Alterações de Beneficiários, em seu item 6.1, prevê que o beneficiário é obrigado a permanecer no plano por 1 (um) ano, veja :

“6.1. O beneficiário inscrito em um plano fica obrigado a permanecer nesse plano por 1 (um) ano a contar da data da sua inscrição ou transferência, ressalvados os casos de desligamento do servidor.”

Ocorre que o disposto no item 6.1, do Termo de Referência, está em desacordo com os termos contidos na Resolução Normativa N° 412/2016, visto que o pedido de exclusão pode ser realizado pelo beneficiário a pessoa jurídica a qualquer momento, inexistindo no referido normativo qualquer obrigatoriedade em relação a permanência mínima em contrato, veja:

“Art. 7º O beneficiário titular poderá solicitar à pessoa jurídica contratante, por qualquer meio, a sua exclusão ou a de dependente de contrato de plano de saúde coletivo empresarial.

§1º A pessoa jurídica contratante deverá cientificar a operadora em até 30 (trinta) dias que, a partir de então, ficará responsável pela adoção das providências cabíveis ao processamento da exclusão.

§2º Expirado o prazo disposto no §1º deste artigo sem que a pessoa jurídica tenha providenciado a comunicação de exclusão do beneficiário à operadora, o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à operadora.”

Verifica-se que o dispositivo acima não prevê qualquer obrigatoriedade em relação a cumprimento de prazo mínimo de permanência para que o beneficiário possa ser excluído do plano.

Corroborando o exposto acima, nas perguntas e respostas divulgadas pela ANS no seu endereço eletrônico (http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_comite_estrutura_produtos/FAQ_RN-412-DEZEMBRO-2017.pdf), são esclarecidas as principais dúvidas em relação a Resolução Normativa nº 412, dentre elas destacamos as respostas das perguntas nº17 e 36:

17. A pessoa jurídica contratante poderá recusar o pedido de exclusão de beneficiário de planos coletivos empresariais quando existir acordos coletivos/sindicais de trabalho que obriguem à pessoa jurídica contratante a fornecer o plano de saúde para todos os seus beneficiários?

Caso haja qualquer contribuição para o pagamento do plano de saúde por parte do beneficiário, este não poderá ser obrigado a se manter vinculado ao contrato.

36. É possível a cobrança de multa prevista em contrato por parte da Operadora/Administradora de Benefícios pelo pedido de cancelamento/exclusão de beneficiário que permaneceu por prazo inferior da vigência mínima de 12 (doze) meses?

Os normativos vigentes permitem apenas a cobrança de multa rescisória nos contratos individuais ou familiares e na rescisão de contratos coletivos pela pessoa jurídica contratante, com cobrança da multa exclusivamente à pessoa jurídica, se prevista em contrato, conforme prevê o artigo 17 da RN nº 195/2009. A Operadora/Administradora de Benefícios não poderá, em hipótese alguma, cobrar multa rescisória do beneficiário de plano coletivo que solicitou sua exclusão do contrato.

Da leitura dos esclarecimentos colacionados acima, bem como das disposições contidas na Resolução Normativa nº 412/2016, verifica-se que não é possível condicionar a permanência do beneficiário no plano quando este for responsável pelo pagamento, bem como por inexistir na legislação qualquer disposição que verse sobre permanência mínima.

Portanto, verifica-se que a previsão do Edital para que o beneficiário do TRE-MT permaneça pelo período de 1 (um) ano no plano, infringe o normativo regulatório supracitado, razão pela qual deve ser adaptado pelo i. Pregoeiro no instrumento convocatório, visto que é uma prerrogativa do beneficiário solicitar a sua exclusão do plano à qualquer momento.

III- DOS PEDIDOS

Posto isto, requer seja acolhida integralmente a presente impugnação, para retificar e adequar as exigências concernentes ao item II acima elencado, do Edital e seus respectivos anexos.



Cuidar
para
transformar

Termos em que,
Pede deferimento.



Unimed Seguros Saúde S/A
CNPJ/MF nº 04.487.255/0001-81
Vinicius de Souza Sampaio
Analista de Licitações
RG nº 47.755.570-6
CPF nº 397.072.848-70



TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE MATO GROSSO

Av. Historiador Rubens de Mendonça, 4750 - Bairro Centro Político e Administrativo - CEP 78049-941 - Cuiabá - MT - <http://www.tre-mt.jus.br/>

DECISÃO Nº 0406102/2022

Vistos, etc.

Trata-se de impugnação ao edital do Pregão Eletrônico nº 18/2022 (doc. 0405118), relativo à contratação de empresa especializada na prestação de serviços de assistência médica complementar, com coberturas adicionais na área da saúde, pela Justiça Eleitoral do Estado de Mato Grosso, apresentada pela empresa UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A (CNPJ nº 04.487.255/0001-81).

O Pregoeiro Oficial deste Tribunal e a Assessoria Jurídica atestam a tempestividade na interposição da aludida impugnação (docs. 0405119 e 0405817).

A Assessoria Jurídica (doc. 0405817) relata que a impugnante, em síntese, “se insurge com relação ao subitem 6.1 do Termo de Referência, sob o argumento que este estaria em desconformidade com a Resolução Normativa ANS nº 412/2016, uma vez que obriga o beneficiário a permanecer no plano por 1 (um) ano (ID. 0405118)”.

É o relato do necessário. Decido.

Em face da tempestividade na interposição e da presença dos pressupostos legais, **conheço da impugnação** interposta pela empresa UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A.

A Assessoria Jurídica (doc. 0405817) salienta que:

*A impugnante **UNIMED SEGUROS DE SAÚDE S.A** se insurge com relação ao subitem 6.1 do Termo de Referência, sob o argumento que este estaria em desconformidade com a Resolução Normativa ANS nº 412/2016, uma vez que obriga o beneficiário a permanecer no plano por 1 (um) ano (ID. 0405118).*

*Nesse sentido, o subitem impugnado, constante do item 6 – **DAS INCLUSÕES, EXCLUSÕES E ALTERAÇÕES DE BENEFICIÁRIOS** do Termo de Referência anexo ao Edital nº 18/2022 assim dispõe:*

6.1. O beneficiário inscrito em um plano fica obrigado a permanecer nesse plano por 1 (um) ano a contar da data da sua inscrição ou transferência, ressalvados os casos de desligamento do servidor.

Por outro lado, o art. 7º e seus respectivos parágrafos, todos da RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 412, de 10 de novembro de 2016², tratando do envio da solicitação de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial, assim dispõe:

Art. 7º O beneficiário titular poderá solicitar à pessoa jurídica contratante, por qualquer meio, a sua exclusão ou a de dependente de contrato de plano de saúde coletivo empresarial.

§1º A pessoa jurídica contratante deverá cientificar a operadora em até 30 (trinta) dias que, a partir de então, ficará responsável pela adoção das providências cabíveis ao processamento da exclusão.

§2º Expirado o prazo disposto no §1º deste artigo sem que a pessoa jurídica tenha providenciado a comunicação de exclusão do beneficiário à operadora, o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à operadora.

§3º A exclusão tem efeito imediato a partir da data de ciência pela operadora.

Muito embora, em princípio, a regra estabelecida no subitem 6.1 do Edital nº 18/2022 contrarie a Resolução Normativa nº 112/2016, tem-se tratar de situação excepcional, não alcançada pelo referido normativo.

Nesse sentido, importa trazer à baila o posicionamento técnico da Comissão de Saúde, instituída por meio da Ordem de Serviço nº 38/2021, que assim se manifestou (ID. 0405227):

2. Esclarecemos que o disposto no item 6.1. do termo de referência encontra respaldo em normativo deste Tribunal, qual seja, Resolução TRE 690/2011, alterada pela Resolução TRE 2680/2022, que em seu art. 9º, § 2º prevê que "o beneficiário inscrito em um dos planos oferecidos por este Tribunal fica obrigado a permanecer no mesmo pelo período de 1 (um) ano, a contar da data de sua inscrição ou transferência, ressalvados os casos de desligamento do servidor". Ademais, o termo de referência que subsidia a presente contratação estabelece em seu item 2 - Do Objeto, que a presente contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial será sem carência, o que complementa a previsão de permanência no plano por período mínimo de 1 (um) ano.

2.1. Verifica-se, ainda, que o art. 7º da Resolução Normativa nº 412/2016, que fundamenta a impugnação da citada empresa, não menciona qualquer restrição à fixação de prazo mínimo de permanência no plano.

Conforme esclarecimentos realizados pela unidade técnica, a exigência de permanência mínima não é alcançada pela inteligência da Resolução Normativa ANS nº 412/2016, uma vez que a contratação do plano privado será sem carência, isto diante das peculiaridades do serviço público.

Corroborando com o acima dito, colaciona-se a seguir a dicção do art. 15, inciso I, alínea "a", da RN ANS nº 412/2016, que trata do direito à informação dos beneficiários que pedirem a exclusão do plano:

Art. 15. Recebida pela operadora ou administradora de benefícios, a solicitação do cancelamento do contrato de plano de saúde individual ou familiar ou de exclusão de beneficiários em plano coletivo empresarial ou coletivo por adesão, a operadora ou administradora de benefícios, destinatária do pedido, **deverá prestar de forma clara e precisa, no mínimo, as seguintes informações:**

I – eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar:

a) **no cumprimento de novos períodos de carência**, observado o disposto no inciso V do artigo 12, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;

b) **na perda do direito à portabilidade de carências**, caso não tenha sido este o motivo do pedido, nos termos previstos na RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;

[...] (negritamos)

Assim, observa-se que, quanto trata do direito à informação, a referida Resolução Normativa preocupa-se com os efeitos do cancelamento do contrato, em especial, no que diz respeito à perda do período de carência.

Ocorre que o objeto da pretendida contratação, descrito no Termo de Referência anexo ao Edital, estabelece que esta se dará sem carência, conforme adiante se observa:

2.1. O presente Termo de Referência **tem por objeto a contratação de PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL, sem carência**, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, incluindo partos, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, bem como internações, tanto em caráter eletivo como emergencial, em hospitais e clínicas, no âmbito de todo o território nacional, com padrões de enfermagem e apartamento individual com banheiro privativo, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, sem excluir doenças preexistentes ou crônicas, e nos termos da Agência Nacional de Saúde, conforme coberturas previstas no rol de Procedimentos da ANS, aos beneficiários regularmente inscritos no Tribunal Regional Eleitoral de Mato Grosso, em conformidade com o escalonamento das faixas etárias relacionadas no ANEXO I-A e nas localidades estabelecidas no ANEXO II. (negritamos e sublinhamos)

Destarte, diante da previsão constante no TR, de que a contratação dar-se-á sem carência, leva, irremediavelmente, à conclusão de inaplicabilidade do disposto no art. 7º da RN ANS nº412/2016.

É de se registrar, por outro lado, que este Regional, quando da edição da Resolução nº 690/2011, alterada pela Resolução nº 2680/2022 (que dispõe sobre a aplicação do programa de assistência médica complementar no âmbito do Tribunal Regional Eleitoral de Mato Grosso, prestado mediante contrato), previu, de forma expressa, a necessidade de permanência mínima de 1 (um) ano no plano de saúde oferecido a seus servidores, conforme se observa do §2º do seu art. 9º, adiante transcrito:

Art. 9º - É voluntária a inscrição/adesão e a exclusão de qualquer beneficiário nos planos de saúde oferecidos por este Tribunal, tratados nesta Resolução.

§ 1º - Caso não tenha interesse em participar dos planos de saúde referidos no caput, o servidor deverá firmar declaração nesse sentido.

§ 2º - O beneficiário inscrito em um dos planos oferecidos por este Tribunal fica obrigado a permanecer no mesmo pelo período de 1 (um) ano, a contar da data de sua inscrição ou transferência, ressalvados os casos de desligamento do servidor.

§ 3º - O grupo familiar previsto no inciso II do artigo 3º somente poderá ingressar no mesmo plano em que o beneficiário-titular estiver inscrito. (negritamos)

Referida regra, alias, se coaduna perfeitamente com o art. 18 da Instrução Normativa ANS nº 195/2019 (que dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências), a seguir transcrito:

Art. 18 Caberá à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários dos planos privados de assistência à saúde.

Portanto, cabendo à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiário, conclui-se que esta poderá estabelecer o período mínimo de permanência no plano, mesmo porque, do contrário, poder-se-iam os beneficiários utilizarem-se do plano, quando lhes bem aprouver, em evidente prejuízo à contratada.

Por fim, pelas razões expostas, a unidade de assessoramento jurídico opina pela negativa de provimento à impugnação interposta pela empresa UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A.

Com essas considerações, ao acolher a manifestação da Assessoria Jurídica (doc. 0405817), a qual invoco por razão de decidir, a teor do art. 50, § 1º, da Lei nº 9.784/99, **NEGO**

PROVIMENTO à impugnação interposta pela empresa UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A.

Ao Pregoeiro Oficial deste Tribunal para publicação desta decisão no Sistema Compras.gov.br e realização da sessão pública do Pregão Eletrônico nº 18/2022, agendada para o dia 9/5/2022, às 9h.

Cuiabá, 5 de maio de 2022.

Desembargador **CARLOS ALBERTO ALVES DA ROCHA**

Presidente



Documento assinado eletronicamente por **CARLOS ALBERTO ALVES DA ROCHA**,
PRESIDENTE TRE-MT, em 05/05/2022, às 09:43, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A autenticidade do documento pode ser conferida no link "[Verificador](#)" informando o código verificador **0406102** e o código CRC **942B4A58**.