

**PREGÃO ELETRÔNICO n. 07/2013 - MODIFICADO**

**OBJETO: Contratação de pessoa jurídica de direito privado que opere plano de assistência à saúde, devidamente registrada e ativa na Agência Nacional de Saúde Suplementar, para prestação dos serviços especificados no instrumento convocatório aos beneficiários regularmente inscritos no Plano de Assistência à Saúde do Tribunal Regional do Trabalho da Terceira Região.**

**IMPUGNANTE: UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**

**1. RELATÓRIO.**

A **UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, CNPJ/MF n. 16.513.178/0001-76, **devidamente qualificada nos autos**, apresentou impugnação ao Edital do procedimento licitatório Pregão Eletrônico n. 07/2013-EDITAL MODIFICADO, em síntese, quantos os seguintes tópicos: (1) impossibilidade de inclusão de aposentados e pensionistas no plano de saúde coletivo empresarial a ser contratado; (2) do óbito dos beneficiários titulares: do direito assegurado aos beneficiários dependentes e especiais de se tornarem clientes da contratada; (3) da precificação diferenciada entre beneficiários dependentes dos beneficiários especiais: adoção de preço único para os dois primeiros e preço por faixa etária para o terceiro; (4) das autorizações de procedimentos.

Por tratar-se de questões de ordens técnicas, a impugnação foi encaminhada à Diretoria da Secretaria de Saúde - DSS, unidade administrativa requisitante e responsável pela elaboração do Termo de Referência (Anexo II ao Edital), atendendo-se ao disposto no item 19 do Edital.

É o relatório.

**2. ADMISSIBILIDADE.**

**2.1 - Tempestividade.**

Conhecemos da impugnação, por tempestiva, com fulcro no art. 18 do Decreto n. 5.450/05 e item 19 do Edital, vez que interposta no dia **25/07/2013** e a sessão pública se realizará em **30/07/2013**.

**3. MÉRITO.**

**3.1- Impugnação.**

**3.1.1 - Dos Beneficiários Titulares, Dependentes e Especiais - da impossibilidade de inclusão de aposentados e pensionistas no plano de saúde coletivo empresarial a ser contratado.**

A Impugnante apresenta nessa peça a mesma argumentação usada para impugnar os termos do edital anterior, item 02 da impugnação de f.628/ 635.

Desta forma a matéria já foi objeto de apreciação pelo pregoeiro e pela Administração do Tribunal, cuja resposta transcrevemos a seguir:

“Sem razão.

Os magistrados e servidores, inativos, serão mantidos no rol de beneficiários titulares, nos termos do que dispõe a legislação vigente, a saber:

a) Lei n. 8.112/90:

“Art. 230. A assistência à saúde do servidor, ativo ou inativo, e de sua família compreende assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica, ... mediante convênio ou contrato... na forma estabelecida em regulamento” (g. n.);

b) Resolução Normativa da ANS n. 279/2011, Sessão VII:

“Art. 13. Para manutenção do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado como beneficiário de plano privado de assistência à saúde, os empregadores poderão:

I - manter o ex-empregado no mesmo plano privado de assistência à saúde em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;  
...” (g. n.).

c) O Plano de Assistência à Saúde do TRT – 3ª Região:

### **“CAPÍTULO III DOS BENEFICIÁRIOS**

Art. 7º. Poderão ser considerados beneficiários titulares, para os efeitos do presente plano:

I - os desembargadores, juízes e servidores, ativos e aposentados, os juízes classistas aposentados do quadro do TRT, inclusive os ocupantes dos cargos em comissão CJ-1 a CJ-4;  
...” (g. n.)

Por tais fundamentos, não procede a impugnação, no particular.

Desprovejo.”

Assim sendo, como não foi apresentado nenhum argumento novo que pudesse modificar a decisão anterior, esta fica mantida.

Desprovejo.

**3.1.2 - DO ÓBITO DOS BENEFICIÁRIOS TITULARES: DO DIREITO ASSEGURADO AOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES E ESPECIAIS DE SE TORNAREM CLIENTES PARTICULARES DA CONTRATADA.**

O conteúdo desta questão já foi apreciado na resposta à impugnação anterior da mesma forma do item 3.1.1 acima.

Destacamos o texto do referido documento

*“Com razão, em parte.*

*Será promovida a alteração do instrumento convocatório, item 3.3 do Termo de Referência (Anexo II ao Edital) e do Parágrafo Quarto da Cláusula Terceira da Minuta Contratual (Anexa ao Edital), para exclusão, em ambos, do vocábulo “particular”. Todavia, será mantido o direito dos beneficiários dependentes e especiais de inclusão no Termo de Adesão no caso de óbito do beneficiário titular. (grifo nosso).*

*Por conseguinte, será promovida a alteração da alínea g do item 3.3.2 do Termo de Referência (Anexo II ao Edital) e da alínea g do Parágrafo Quinto da Cláusula Terceira da Minuta Contratual (Anexa ao Edital) com a supressão, em ambos, da seguinte redação: “... (nas condições de preços vigentes à época na empresa CONTRATADA)”.*

*Por tais fundamentos, procede, em parte, a impugnação, no particular.*

*Provejo, parcialmente”*

Como foram acatadas parcialmente as razões apresentadas pela Impugnante, o edital foi modificado naquilo que foi julgado justo e devido assegurando o direito dos beneficiários dependentes e especiais.

A Impugnante, por sua vez, aduz, na presente peça, o seguinte:

Ademais, verifica-se que a adoção da sistemática imposta pela Resolução Normativa nº 279/2011 à presente contratação, sem que para tanto permaneçam os beneficiários dependentes ou especiais incluídos no contrato de “empregados ativos” ou mesmo no contrato para “ex-empregado”, opção que não se cogita, vez que, repita-se, a supracitada norma não se direciona aos “empregados com vínculo estatutário”; além de violar os ditames da Lei nº 9.656/98, não traz qualquer benefício aos sujeitos da norma, vez que a contratação de plano individual, em qualquer momento, seguirá a tabela de preços ofertada a tal mercado pela operadora para tal seguimento, restando tal questão solucionada em virtude do posicionamento do II. órgão à impugnação apresentada pela UNIMED-BH – item 3.1.2.

Do texto acima, grifamos os termos relevantes:

... “verifica-se que a adoção da sistemática imposta pela Resolução Normativa nº 279/2011 à presente contratação, sem que para tanto permaneçam os beneficiários dependentes ou especiais incluídos no contrato de ‘empregados ativos’ ou mesmo no contrato ‘para ex-empregado’, opção que não se cogita, vez que, repita-se, a supracitada norma não se direciona ao ‘empregados com vínculo estatutário’...” (original sem grifo)

Entendemos como inoportunas e inapropriadas as assertivas supracitadas apresentadas pela Impugnante.

Com o objetivo de imprimir maior transparência e ratificando os termos do edital-modificado, no que tange aos direitos dos beneficiários dependentes e especiais ora tratados, transcrevemos na íntegra as razões apresentadas pela área técnica e que fundamentam a decisão administrativa.

Para análise da questão cabe citar a norma regulamentadora que define a população que será coberta pelo **modelo de plano coletivo empresarial** de que trata o presente certame.

*“RN ANS 195/2009, Seção II, Do Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo Empresarial, Subseção I, Da Definição*

[...]

*Art. 5º Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.*  
(Original sem grifo)

[...].”

Da simples leitura do artigo acima transcrito, é clara a intenção de definir regras iguais para a população vinculada à pessoa jurídica, seja por relação empregatícia ou estatutária.

No art. 18, inciso II, da Subseção III, Da Exclusão e Suspensão da Assistência à Saúde dos Beneficiários dos Planos Coletivos, Seção IV, Das Disposições Comuns aos Planos Coletivos da RN ANS 195/2009, destacamos os seguinte:

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

*Parágrafo único. As operadoras só poderão excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:*

*I - fraude; ou*

*II - por perda dos vínculos do titular previstos nos artigos 5º e 9º desta resolução, ou de dependência, desde que previstos em regulamento ou contrato ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656 de 1998.*  
(Original sem grifo)

A Lei Federal nº 9.656/98, por sua vez, trata no art. 30 do seguinte:

*“Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de*

rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral."

Destarte, se a legislação assegura ao consumidor a ressalva de "em decorrência de vínculo empregatício" o "direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava..., desde que assuma o seu pagamento integral" por qual razão excluiria deste benefício os consumidores "estatutários", visto que a RN ANS 195/2009 situa esta população no mesmo modelo de contrato - coletivo empresarial - sob o qual estão acobertados os consumidores vinculados à pessoa jurídica por relação empregatícia.

Em razão do exposto.

Desprovejo.

Mantido o direito dos beneficiários dependentes e especiais de inclusão no Termo de Adesão no caso de óbito do beneficiário titular.

### **3.1.3 – Da Precificação Diferenciada entre Beneficiários Titulares e Dependentes dos Beneficiários Especiais: adoção de preço único para os dois primeiros e preço por faixa etária para o terceiro.**

Afirma a Impugnante que a adoção deste sistema ocasionaria descumprimento da legislação vigente, expondo a Impugnante às sanções aplicadas pela Agência Reguladora.

Cabe ressaltar que a matéria ora impugnada já foi tratada anteriormente, quando da publicação do primeiro edital, cujo julgamento teve como espeque a CONSU 06/2011.

Portanto, mais uma vez, não assiste razão, pelos fundamentos a seguir aduzidos.

Damos destaque ao art. 1º e art. 4º da CONSU 06/2011, que "dispõe sobre critérios e parâmetros de variação das faixas etárias dos consumidores para efeito de cobrança diferenciada, bem como de limite máximo de variação de valores entre as faixas etárias definidas para planos e seguros de assistência à saúde", conforme a seguir:

*"Art. 1º Para efeito do disposto no artigo 15 de Lei 9.656/98, as variações das contraprestações pecuniárias em razão da idade do usuário e de seus dependentes, obrigatoriamente, deverão ser estabelecidas nos contratos de planos ou seguros privados a assistência à saúde, observando-se as 07 (sete) faixas etárias...*

[...]

*Art. 4º O valor atribuído de contraprestação para cada faixa etária dos titulares e dependentes, dentro do limite previsto nos artigos anteriores, deverá ser previamente esclarecido e constar expressamente do instrumento contratual.”*

Observamos que o texto é claro em definir que as variações das contraprestações pecuniárias podem ocorrer de forma diferenciada em um mesmo contrato, em razão do tipo de consumidor, identificados. no texto supracitado, como usuários e dependentes.

Não existe razão para que a legislação obrigue o contratante a definir valores iguais para grupo de usuários diferentes.

Ressaltamos que existe no mercado produto com as características aqui apresentadas, e que resta à interessada registrar na Agencia Nacional de Saúde o produto que atenda às condições estabelecidas no instrumento convocatório.

Será, portanto, mantida a decisão anteriormente prolatada, por não ferir a legislação vigente, ratificando-se desta forma os termos do edital-modificado.

Sem razão.

Desprovejo.

### **3.1.4 – Das Autorizações de Procedimentos.**

Alega a impugnante que o prazo de dois dias estabelecido no edital não está previsto na resolução que regulamenta a matéria.

Mais uma vez, a matéria impugnada já foi apreciada, quando da impugnação anteriormente interposta.

Ressaltamos que o prazo de 02 dias úteis **para autorização** de Procedimento de Alta Complexidade, citado no item 4.8.1 do Termo de Referência (Anexo II ao Edital) e no Parágrafo Sexto da Cláusula Décima Segunda da Minuta Contratual (Anexa ao Edital) não fere o disposto na RN 259/2011.

O art. 3º da RN ANS 259/2011 está situado no capítulo II, Das Garantias do Atendimento, Seção I, Dos prazos máximos **para atendimento** ao beneficiário.

*“Art. 3º A operadora deverá garantir o atendimento integral das coberturas referidas no art. 2º nos seguintes prazos:*

[...]

*XI - procedimentos de alta complexidade - PAC: em até 21 (vinte e um) dias úteis; [...]”*

A RN ANS 259/2011 somente normatiza o prazo para que o usuário utilize o serviço e não o tempo que a operadora dispõe para autorizar o procedimento.

Desta forma, a autorização no prazo de 02 dias úteis não fere o estipulado no referido instrumento legal.

Sem razão.

Desprovejo.

#### **4. CONCLUSÃO.**

Pelos fundamentos acima expostos **RESOLVE** a Pregoeira **conhecer** da Impugnação ao Edital, interposta pela **UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, por tempestiva, e, no mérito, **desprovê-la**, nos termos da fundamentação supra, mantendo, na íntegra, o edital convocatório.

Remeta-se cópia desta decisão, por meio eletrônico, à Impugnante, disponibilizando-a e publicando-a no sítio eletrônico deste Tribunal e no *licitacoes-e*.

Belo Horizonte, 26 de julho de 2013.

  
**Áurea Coutens de Menezes**  
Pregoeira