

ILMOS. SRS.

ALESSANDRO SOARES ANDRADE

MARIA DO DESTERRO GOMES

PREGOEIROS DO PROCESSO DE COMPRA / SERVIÇO Nº 0079/2020

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA PARAÍBA

PREGÃO ELETRÔNICO Nº. 001/2020

PROTOCOLO CRM-PB Nº 53/2020

PROCESSO DE COMPRA / SERVIÇO Nº 0079/2020

A **UNIMED JOÃO PESSOA – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, sociedade cooperativa de primeiro grau, regularmente inscrita no CNPJ nº 08.680.639/0001-77, com registro na ANS sob o nº 32.104-4, com sede na Avenida Marechal Deodoro da Fonseca, nº 420 – Torre, João Pessoa/PB– CEP: 58.040-140, por intermédio de seu representante legal, vem, com fundamento no art. 12 do Decreto 3.555/00 e no item 16 do Edital do Pregão Eletrônico n. 001/2020, apresentar

IMPUGNAÇÃO

contra os termos do edital em epígrafe, que tem por objeto “*contratação de empresa especializada no ramo de plano ou seguro privado de assistência à saúde para a prestação e serviços de assistência médico-hospitalar, laboratorial, exames complementares e serviços auxiliares de diagnósticos, terapia e internações, na modalidade COLETIVO SEM COPARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO, PLANO BÁSICO EM ENFERMARIA – COBERTURA NACIONAL E TIPO OPCIONAL – APARTAMENTO INDIVIDUAL COM BANHEIRO PRIVATIVO – COBERTURA NACIONAL, incluindo REEMBOLSO onde não tiver rede própria de atendimento, para os funcionários do CRM-PB e seus dependentes diretos, familiares,*



ascendentes e dependentes, todas a PREÇO, no total estimado de 31 (trinta e uma) vidas”, com base no que se segue:

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA PARAÍBA abriu licitação na modalidade PREGÃO ELETRÔNICO, tipo MENOR VALOR GLOBAL a ser realizado no dia 16 de novembro de 2020, às 09h00, em sessão pública, por meio do Sistema Eletrônico de Administração de Compras, através do site www.comprasgovernamentais.gov.br

O documento convocatório (edital) é composto por 67 (sessenta e sete) páginas, contemplando as condições para participação do processo. O ANEXO I do documento é o TERMO DE REFERÊNCIA, acerca do qual a UNIMED JOÃO PESSOA vem apresentar IMPUGNAÇÃO aos seguintes itens:

4. BENEFICIÁRIOS

O item 4.1 estabelece que são beneficiários dos serviços objeto do presente T.R. “a) Os funcionários ativos e os aposentados POR DOENÇA INCAPACITANTE do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA PARAÍBA, familiares ascendentes até o 3º grau”.

A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde estabelece em seus artigos 30 e 31, o direito de manutenção da condição de beneficiário ao consumidor que contribuir para o plano de saúde em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa ou aposentadoria, *in verbis*:

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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001).

§1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o caput será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001).

§2º A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.¹

§3º Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo.

§4º O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

¹ Essa obrigatoriedade não impede que a condição de beneficiário seja mantida pelo ex-empregado, individualmente, ou com parte do seu grupo familiar, sendo, ainda, possível a inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado no período de manutenção da condição de beneficiário.



§5º A condição prevista no caput deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001).

§6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a coparticipação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001).

Art. 31. Ao aposentado que contribuir para plano ou seguro coletivo de assistência à saúde, decorrente de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.

§1º Ao aposentado que contribuir para plano ou seguro coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no caput é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.

§2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art. 30. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001).

§3º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º e 4º do art. 30.

O referido direito² encontra-se regulamentado pela Resolução Normativa RN/ANS nº 279, de 24 de novembro de 2011, que estabelece que possuem o direito à manutenção da condição de beneficiário: **a) o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa que contribuiu para o plano, em decorrência de vínculo empregatício; b) o ex-empregado aposentado que contribuiu para o plano, em decorrência de vínculo empregatício** (arts. 4º e 5º).

Observa-se, portanto, que a restrição constante do subitem “a” do item 4.1 do T.R. (**aposentados por doença incapacitante**) está em desconformidade com a legislação vigente, visto que traz restrição ao direito de manutenção de ex-empregado demitido ou aposentado (por tempo de serviço ou por doença incapacitante), nos termos referenciados na RN nº 279/2011.

Da mesma forma, o item 4.6 do documento determina a exclusão do beneficiário titular do programa de assistência à saúde nos casos de 2. Demissão e 3. Aposentadoria. A exclusão desses grupos de beneficiários também afronta à legislação vigente, em especial, os artigos 30 e 31 da Lei Federal nº 9.656/1998 e RN/ANS n. 279/2011, bem como está em desconformidade com o item 4.1 do T.R.

5. CARÊNCIAS

As regras do **CARÊNCIA** para os planos coletivos empresariais estão previstas no artigo 6º da Resolução Normativa – RN nº 195/2009, nos seguintes termos:

² O direito à manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados se refere apenas aos contratos que foram celebrados após 1º de janeiro de 1999, ou que foram adaptados à Lei nº 9.656/1998.



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

Parágrafo único. Quando a contratação ocorrer na forma do inciso III do artigo 23 desta RN será considerada a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano coletivo estipulado.

O item 5.1 do T.R. traz regras em desconformidade com o que dispõe a legislação vigente, senão vejamos:

Não poderá ser exigida qualquer carência para utilização dos beneficiários doo Plano Básico e Opcional, conforme se segue:	
REDAÇÃO DO T.R.	LEGISLAÇÃO VIGENTE
a) Dos beneficiários incluídos na relação constante do Anexo II do Edital CRM-PB nº 001/2020, desde que firmem o termo de adesão no prazo máximo de 60 (sessenta) dias da data da assinatura do Contrato.	O prazo para ingresso de beneficiário, sem o cumprimento de períodos de carência é de 30 dias da assinatura do contrato, e desde que o contrato possua 30 vidas ou mais.
b) Dos beneficiários titulares que entrarem em exercício no CRM-PB, bem como de seus dependentes, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, contados da data de sua admissão.	O prazo para ingresso de beneficiário, sem o cumprimento de períodos de carência é de 30 dias da assinatura da contratação junto ao CRM-PB, e desde que o contrato possua 30 vidas ou mais.
c) Dos demais dependentes, se inscritos até 60 (sessenta) dias a contar da data em que, legalmente adquirirem aquela condição.	O prazo para ingresso de beneficiário dependente, sem o cumprimento de períodos de carência é de 30 dias a partir da data em que adquirirem aquela condição, e desde que o contrato possua 30 vidas ou mais.
d) dos funcionários que vierem a ser contratados pelo CRM-PB durante a	Futuros funcionários poderão aderir ao contrato, sem carência, desde que exerçam

vigência do contrato, se inscritos até 60 (sessenta) dias a contar da data de sua admissão.	esse direito no prazo de 30 dias da sua admissão e desde que o contrato possua 30 vidas ou mais.
---	--

Os prazos de carência dispostos no item 5.2 também não observaram o disposto no art. 12, V, da Lei Federal nº 9.656/1998.

Por outro lado, o documento é omissivo acerca do cumprimento do Cobertura Parcial Temporária para Doenças e Lesões Preexistentes, na forma como disposto no art. 7º da Resolução Normativa – RN nº 195/2009.

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

Parágrafo único. Quando a contratação ocorrer na forma do inciso III do artigo 23 desta RN será considerada a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano coletivo estipulado.

6. SERVIÇOS

O item 6 do T.R. faz referência aos serviços contratados, acerca dos quais apresentamos impugnação aos seguintes subitens:



TEMA**6.2 SERVIÇOS MÉDICOS / SERVIÇOS AUXILIARES**

Os **SERVIÇOS MÉDICOS / SERVIÇOS AUXILIARES** só terão cobertura pelos planos de saúde se previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e preencherem as diretrizes clínicas e de utilização previstas pela ANS. Logo, esse órgão deve incluir a observação que só terão cobertura pelo plano de saúde se expressamente previstos no rol da ANS, em conformidade com as Diretrizes de Utilização e Diretrizes Clínicas previstas no Anexo II da RN 428/2017.

Além da cobertura de Transplantes de rins e córnea, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS também prevê a cobertura para o **Transplante Alogênico de Medula Óssea** e o **Transplante Autólogo de Medula Óssea**, desde que cumpridas as Diretrizes de Utilização previstas no Anexo II.

TEMA**6.21 PRAZOS PARA AUTORIZAÇÕES OU JUSTIFICATIVAS DE INDEFERIMENTOS**

O prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas para autorização ou justificativa de indeferimentos está em desconformidade com as seguintes resoluções da ANS:

Resolução Normativa RN	Assunto
259/2011	Prazos máximos de garantia de atendimento
395/2016	Solicitações de procedimentos e negativas

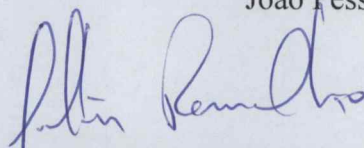
Desta forma, a redação do item 6.21 do T.R. deve ser revisto a fim de adequar-se à legislação vigente.

DO PEDIDO

Ante todo o exposto, requer a impugnante que seja apreciada e acolhida a presente impugnação, com o fim precípua de que seja **adiada a realização do Pregão Eletrônico**, bem como sejam sanadas as incorreções verificadas, para propiciar que se possam formular propostas consistentes e factíveis para o objeto licitado em condições que observem as exigências mínimas de isonomia, legalidade e julgamento objetivo que regem as licitações.

Nestes Termos,
Pede Deferimento.

João Pessoa, 06 de novembro de 2020.



GUALTER LISBOA RAMALHO
Presidente do Conselho de Administração
Unimed João Pessoa