

**Ao
Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**

A/C: Sr. Luiz Felipe Mathias Cantarino – Pregoeiro Oficial

Assunto: EDITAL PREGÃO ELETRÔNICO Nº 03/2020 – (Processo nº 27/2019)

A CENTRAL NACIONAL UNIMED – COOPERATIVA CENTRAL, com sede na cidade de São Paulo, no Estado de São Paulo, inscrita no CNPJ/MF nº 02.812.468/0001-06 e registrada na ANS sob o nº 339679, situada na Alameda Santos, 1826 – Cerqueira César – CEP 01418-102, com fulcro no item 7.1 do Edital epigrafado, vem respeitosamente, apresentar à V.Sa.

IMPUGNAÇÃO

Aos termos do referido Edital, pelos fatos e fundamentos a seguir especificados.

Preliminarmente esclareceremos que o objetivo desta impugnação é tão-somente apresentar a V.Sa. os itens do Edital e Anexos que efetivamente necessitam de regularização, visto não possuírem a necessária clareza e objetividade que permitam a participação do maior número de operadoras de planos de saúde que atuam no mercado, e conseqüentemente a obtenção da proposta mais vantajosa por essa instituição.

I – DA TEMPESTIVIDADE

Considerando que o item 7.1 do Edital dispõe que “Até 03 (três) dias úteis antes da data fixada para recebimento das propostas, qualquer pessoa poderá solicitar esclarecimentos, providências ou impugnar o ato convocatório deste Pregão” e, que a data de abertura do Pregão Eletrônico nº 03/2020 está prevista para o dia 10/07/2020, resta devidamente comprovada a tempestividade desta Impugnação.

II – DO OBJETO DA LICITAÇÃO

O objeto do edital de Pregão Eletrônico nº 03/2020 – Processo nº 27/2019 é “a contratação de Operadora de Plano de Saúde e Odontológico Coletivo, para a prestação de serviços de assistência médica englobando os segmentos ambulatorial, hospitalar, obstétrico, e odontológico para os servidores e respectivos dependentes, do COFFITO, nas demais condições estabelecidas neste Edital e seus Anexos”.

III - DOS FATOS E FUNDAMENTOS

3.1. DO PARCELAMENTO DO OBJETO

De acordo com o item 1.1 do Edital, ora impugnado, o objeto do Pregão é “a contratação de Operadora de Plano de Saúde e Odontológico Coletivo, para a prestação de serviços de assistência médica englobando os segmentos ambulatorial, hospitalar, obstétrico, e odontológico para os servidores e respectivos dependentes, do COFFITO, nas demais condições estabelecidas neste Edital e seus Anexos.”

Entretanto, verifica-se que a licitante deverá cotar plano de saúde que contemple a segmentação médica hospitalar e odontológica, porém, nem todas as operadoras de saúde suplementar possuem produtos registrados junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS, englobando a assistência médica hospitalar e odontológica no mesmo produto, como é o caso desta Impugnante.

É importante ressaltar que no mercado de saúde suplementar existem várias operadoras que ofertam produtos diversificados, quais sejam: planos com cobertura médica e hospitalar, exclusivamente odontológica, e médica hospitalar e odontológica. Deste modo, parcelar o objeto da referida licitação, consistirá na maior econômica para esse conselho, visto que permite a participação de um número maior de empresas, o que objetivamente amplia a competitividade do certame.

O parcelamento do objeto é previsto no art. 23, §1º, da Lei n. 8.666/1993.

“§ 1º As obras, serviços e compras efetuadas pela Administração serão divididas em tantas parcelas quantas se comprovarem técnica e economicamente viáveis, procedendo-se à licitação com vistas ao melhor aproveitamento dos recursos disponíveis no mercado e à ampliação da competitividade sem perda da economia de escala.”

Assim, manter a contratação de apenas uma operadora que apresente plano de saúde, registrado na ANS, com a cobertura médica-hospitalar e odontológica no mesmo produto, impede a participação desta Impugnante, que opera planos sem cobertura de odontologia, e certamente impedirá também outras operadoras nesta mesma condição e ainda aquelas que operam exclusivamente planos odontológicos.

A restrição de participação em função do plano definido no edital certamente prejudicará o resultado da licitação, impedindo a obtenção de uma proposta economicamente mais viável, sem perda da economia de escala, considerando que mesmo quantitativo para o plano de saúde será considerado para o plano odontológico, e a formação de custo dessas planos são diferentes.

O simples fato de uma operadora possuir planos com cobertura odontológica agregada, não torna o plano mais barato, ao contrário, fica mais caro, justamente por ser uma cobertura adicional, cujo valor é acrescido ao valor do plano de saúde.

Outra questão que pode comprovar que a separação do objeto, ora requerida, é técnica e economicamente viável, é o fato dos serviços serem regulados pela ANS de forma específica, ou seja, tanto na assistência médica-hospitalar, quanto na assistência exclusivamente odontológica a agência regulou as condições mínimas de atendimento e cobertura, tanto assim que existe um rol específico para os serviços de odontologia, instituído por intermédio da Resolução Normativa nº 59/2003, o que permite ao COFFITO definir às licitantes quais coberturas devem ser dispensadas aos beneficiários, e quanto ao preço, este poderá ser definido como valor único para todos os beneficiários, independente da faixa etária, de acordo com as práticas de mercado.

Ainda sobre a viabilidade técnica destacamos que os serviços de assistência médico-hospitalar, bem como os serviços de assistência odontológica, são serviços regulados pela ANS de forma separada e suas características definem ao que os torna serviços especializados em cada segmento a ser contratado, diferentemente de serviços não especializados, como por exemplo limpeza, copeiragem ou garçom, pois é possível comprovar que as operadoras de planos de saúde e as de planos odontológicos atuam no mercado de forma segmentada, por especialização.

Nesse sentido, o COFFITO ao efetivar o parcelamento da licitação em dois itens, ou seja, um item para assistência médica hospitalar e outro para assistência odontológica, sem sombra de dúvidas, possibilitará a participação de outras operadoras que não se enquadram na regra atual do edital, como esta Impugnante.

É possível que essa Administração ao analisar o pedido aqui exposto, avalie ser desnecessária a separação do objeto em função do número de vidas total a serem assistidas, dos recursos humanos e administrativos a serem destinados para a gestão de apenas um contrato, e que por isso não é viável o parcelamento. Entretanto, em que pese a avaliação da viabilidade técnica preceder a avaliação sob o aspecto econômico, no ramo de saúde suplementar, a contratação dos serviços pode ser realizada de forma separada.

Considerando a afirmação acima e o fato de que o COFFITO arcará integralmente com o valor dos planos para os beneficiários, condição essa efetivamente econômica, cabe a essa administração avaliar objetivamente o custo administrativo e o custo assistencial do benefício, uma vez que é perfeitamente possível a mesma equipe que fará a gestão do contrato de saúde, efetivar a o mesmo gerenciamento ao contrato de plano odontológico, se por ventura, o resultado da licitação redundar na contratação de duas empresas distintas, visto que ambos serão oriundos do mesmo processo licitatório e serão firmados na mesma data.

Deste modo, a viabilidade técnica se dá em função dos seguintes aspectos: o COFFITO terá economia processual vez que a contratação se dará num mesmo certame; os serviços são especializados e foram segmentados pela ANS, conforme Resolução de Diretoria Colegiada – RDC Nº 39/2000; e no mercado de saúde suplementar há várias soluções disponíveis nesse sentido, o que torna a separação do objeto, ou seja, seu parcelamento em dois itens, plenamente possível, considerando que no parcelamento proposto, não haverá perda da economia de escala e o COFFITO poderá aproveitar melhor os recursos do mercado, o que ampliará a competitividade.

Por fim, sobre o parcelamento das licitações, o TCU editou a Súmula 247 que dispõe o seguinte:

“É obrigatória a admissão da adjudicação por item e não por preço global, nos editais das licitações para a contratação de obras, serviços, compras e alienações, cujo objeto seja divisível, desde que não haja prejuízo para o conjunto ou complexo ou perda de economia de escala, tendo em vista o objetivo de propiciar a ampla participação de licitantes que, embora não dispondo de capacidade para a execução, fornecimento ou aquisição da totalidade do objeto, possam fazê-lo com relação a itens ou unidades autônomas, devendo as exigências de habilitação adequar-se a essa divisibilidade.”

Sobre a licitação por itens, Marçal Justen Filho nos ensina que “a licitação por itens deriva do interesse em economizar tempo e recursos materiais da Administração Pública, agilizando a atividade licitatória”ⁱ

Por derradeiro, com a separação do objeto, a estimativa de preços necessariamente deverá vir separada, devendo no edital constar os valores orçados para a assistência médica-hospitalar e para a assistência odontológica. Com relação à odontologia, essa Administração pode pesquisar os valores estimados junto a outros Conselhos Regionais e Federais que promoveram processos para contratação de assistência odontológica, e certamente esses valores tornaram mais objetivo o caráter de avaliação ao *quantum* necessário a ser estimado.

Diante do exposto, requeremos a separação do objeto em dois itens, ou seja, item 1 – Plano de Assistência Médica Hospitalar e Item 2 – Plano Odontológico, o que possibilitará a participação desta Impugnante no certame e de outras empresas do mercado de planos de saúde e odontológicos.

3.2. DA ILEGALIDADE NA CONTRATAÇÃO DE PLANO COLETIVO POR ADESÃO

De acordo com o item 1.1 do Termo de Referência, Anexo I, a contratação de Operadora de Plano de Saúde Coletivo, para a prestação de serviços de assistência médica, caracterizado como Plano ou Seguro Saúde Coletivo por ADESÃO, englobando os segmentos ambulatorial, hospitalar, obstétrico para os servidores, e respectivos dependentes, do COFFITO, sem fator moderador ou coparticipação, e nas demais condições estabelecidas no Edital e seus Anexos.

Sobre a modalidade de Plano Coletivo por Adesão, o item 2.1 do Termo de Referência, Anexo I ao Edital, dispõe sobre as características do serviço e estabelece a seguinte regra:

“2.1. Regime e Cobertura Geográfica: Plano de Saúde Suplementar (ambulatorial, hospitalar, obstétrico, odontológico e sem a cobrança de fator moderador) coletivo por adesão, custeado integralmente pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, englobando atendimento ambulatorial e hospitalar; quarto individual com ar-condicionado, banheiro privativo, com direito a acompanhante nas internações, alimentação, roupas de cama e de banho.”(grifamos)

Entretanto, a modalidade de contratação coletiva por adesão está definida no art. 9º da Resolução Normativa nº 195/2009 da ANS e destina-se a outro tipo de pessoa jurídica contratante, de natureza jurídica completamente diferente do COFFITO, conforme a seguir:

“Art 9º Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial:

- I – conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;
- II – sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;
- III – associações profissionais legalmente constituídas;
- IV - cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;
- V - caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução;
- VI - entidades previstas na Lei no 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei no 7.398, de 4 de novembro de 1985.”

Assim, uma vez que a contratação é para os funcionários do COFFITO e seus dependentes, ou seja, fica caracterizada a vinculação empregatícia e/ou estatutária entre os beneficiários e esse Conselho, a modalidade correta do plano é a coletiva empresarial, conforme dispõe o art. 5º da Resolução Normativa nº 195/2009, da ANS, a seguir descrito:

“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.”(grifamos)

Além da definição específica quanto ao plano coletivo empresarial, a responsabilidade do pagamento da mensalidade deste tipo de plano é da pessoa jurídica contratante, conforme art. 8º da RN 195/2009, e esta condição está prevista no 15 do Termo de Referência, Anexo I, que refere-se ao pagamento da fatura mensal, a ser realizado por esse Conselho à Contratada.

Assim, requeremos a alteração do Edital para prever que o plano a ser ofertado na proposta da licitante deve ser registrado na modalidade coletivo empresarial, considerando as disposições da RN 195/2009 da ANS, que definiu essa modalidade de plano quanto a contratação for realizada pela pessoa jurídica e a relação com o beneficiário seja de ordem empregatícia ou estatutário, devendo assim essa Administração promover a adequação necessária nos itens 1.1 e 2.1 do Termo de Referência, Anexo I ao Edital.

3.3. DA IMPOSSIBILIDADE DA PARTICIPAÇÃO DE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

De acordo com o disposto no subitem 5.1.11.2 do Termo de Referência, Anexo I ao Edital, que trata da Qualificação Técnica, exige que as licitantes apresentem “Documento comprobatório que esteja devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS a atuar como Operadora na modalidade Administradora de Benefícios, conforme exigência da Resolução Normativa nº 196/2009.”(grifamos)

Entretanto, a participação de administradoras de benefícios no certame, ora impugnado, conforme previsto no item acima, é inviável, considerando as vedações e limitações impostas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, às atividades desenvolvidas pelas administradoras, visto as disposições da Resolução Normativa – ANS nº 196, de 14 de julho de 2009.

A RN nº 196/2009 regulamenta todas as atividades da administradora de benefícios. Nesse contexto, o art. 3º estabelece que a Administradora de Benefícios não poderá atuar como representante, mandatária ou prestadora de serviço da Operadora de Plano de Assistência à Saúde, nem executar quaisquer atividades típicas da operação de planos privados de assistência à saúde.

“Art. 3º A Administradora de Benefícios não poderá atuar como representante, mandatária ou prestadora de serviço da Operadora de Plano de Assistência à Saúde nem executar quaisquer atividades típicas da operação de planos privados de assistência à saúde.”

Acrescenta-se à referida vedação, os termos do art. 8º da mesma RN nº 196/2009 que também proíbe à Administradora de Benefícios possuir rede de atendimento própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos, para oferecer aos beneficiários da pessoa jurídica contratante, a seguir disposto:

“Art. 8º A Administradora de Benefícios não poderá ter rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos, para oferecer aos beneficiários da pessoa jurídica contratante.”

Assim, de forma clara e objetiva, a RN Nº 196/2009 expõe todas as vedações a que se submetem as Administradoras de Benefícios, e por isto, o Edital ora impugnado, não pode permitir a participação desse tipo de empresa na licitação, uma vez que a contratação se destina à prestação dos serviços de assistência médica hospitalar e odontológica, por intermédio de rede credenciada.

Ainda sobre o impedimento da participação das Administradoras de Benefícios na licitação, ora impugnada, as obrigações e atividades a serem desenvolvidas para atendimento aos beneficiários e previstas no instrumento convocatório e seus anexos, são incompatíveis com as atividades praticadas pelas administradoras, vez que para a prestação dos serviços aos beneficiários do COFFITO, é imprescindível a disponibilização de rede de atendimento própria ou credenciada pela operadora, o que não é permitido às Administradoras de Benefícios.

As operadoras segmentadas e autorizadas pela ANS a disponibilizar assistência médica e hospitalar, por intermédio de rede de atendimento própria ou credenciada, e aptas a participar do certamente em comento, são somente aquelas classificadas na modalidade de cooperativa médica, medicina de grupo, conforme a RDC nº 39/2000 que trata sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.

Poderão participar ainda do certame, ora impugnado, as seguradoras, cujas atividades de saúde suplementar foram reguladas pela Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, que dispôs sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde.

Deste modo, reiteramos que o processo de licitação, instaurado por intermédio do Edital de Pregão Eletrônico nº 003/2020, não prevê a contratação de administradora de benefícios, mas sim, a “Contratação de Operadora de Plano de Saúde Coletivo, para a prestação de serviços de assistência médica, caracterizado como Plano ou Seguro Saúde Coletivo por ADESÃO, englobando os segmentos ambulatorial, hospitalar, obstétrico para os servidores, e respectivos dependentes, do COFFITO, sem fator moderador ou coparticipação, e nas demais condições estabelecidas neste Edital e seus Anexos”.

Assim, considerando que as administradoras de benefícios desempenham atividades especificamente discriminadas na RN 196/2020 e que diferem das atividades precípua das demais Operadoras de Planos de Saúde e Odontológicos, e que, somente as empresas classificadas pela RDC 39/2000, como operadoras na modalidade de cooperativa médica e medicina de grupo, e as seguradoras reguladas pela Lei 10.185/2001, atendem ao objeto do Edital ora impugnado, requeremos a alteração do subitem 5.1.11.2 do Termo de Referência, Anexo I ao Edital, para prever que a seguinte redação:

“Documento comprobatório que esteja devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS a atuar como Operadora de Planos de Assistência à Saúde ou Plano Odontológico.”

3.4. DA REPACTUAÇÃO DOS PREÇOS E DO REEQUILÍBRIO ECONÔMICO DO CONTRATO

O item 13 do Termo de Referência, Anexo I trata da estimativa, do pagamento e do reajuste dos preços. A partir do subitem 13.3 são definidas todas as regras de repactuação dos preços, discriminando as condições a serem atendidas pela Contratada, cuja redação não define um índice financeiro, nem um índice técnico que possibilite à operadora calcular seus preços de forma objetiva, para participar da licitação.

Dentre as disposições do item 13, destacamos também o item 13.12 que dispõe que as repactuações não interferem no direito das partes de solicitar, a qualquer momento, a manutenção do equilíbrio econômico dos contratos com base no disposto no art. 65 da Lei nº 8.666, de 1993.

Embora as disposições do Edital relativas à repactuação dos preços e reequilíbrio econômico e financeiro do contrato tenham previsão legal, o índice mais adequado de reajuste dos planos coletivos, especialmente dos planos coletivos registrados na modalidade coletivo empresarial, é o percentual

apurado pela Variação de Custos Médicos Hospitalares (VCMH), índice este que considera tanto a variação do preço médio por procedimento de saúde, quanto a variação da frequência de utilização dos procedimentos de saúde.

Esclarecemos que o plano coletivo empresarial, conforme descrito anteriormente, é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária. Além disso, quando o número de participantes do contrato empresarial for igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários e se os mesmos formalizarem o pedido de ingresso no prazo estipulado no edital, a operadora não poderá exigir o cumprimento de prazos de carência, para cobertura dos procedimentos contratados, nem poderá ser aplicada a Cobertura Parcial Temporária (CPT), aos casos de doenças ou lesões preexistentes.

Outrossim, considerando que a ANS não regula os reajustes dos planos coletivos, as operadoras podem adotar o VCMH como índice financeiro de reajuste. Esta condição, permite efetivamente reajustar financeiramente os preços, além do fato de que periodicamente a incorporação de novas tecnologias e do processo natural de envelhecimento da massa a ser assistida, são fatores que aumentam, tanto a frequência de utilização quanto o preço dos serviços e, conseqüentemente, fazem os custos em saúde crescer em ritmo superior ao da inflação geral.

Outra questão relevante, e que não constou no Edital e Anexos, é a previsão de reajuste do plano pela taxa de sinistralidade (utilização do plano de saúde). A sinistralidade do plano é a razão entre a receita e a despesa assistencial do contrato, calculada com base nos valores pagos à rede credenciada pelos serviços utilizados pelos beneficiários do COFFITO.

Desta forma, em que pese a disposição sobre a repactuação dos preços e do reequilíbrio econômico e financeiro do contrato do Edital, é necessário que essa Administração indique no instrumento convocatório o índice financeiro de reajuste específicos, bem como os critérios para a aplicação também do reajuste técnico, vinculado à utilização dos serviços, ou seja, ao resultado apurado quanto ao índice de sinistralidade do contrato, estipulando um percentual limite para que se possa ter um parâmetro objetivo de avaliação, considerando que as condições de reajuste, também afetam diretamente a cotação dos preços a serem apresentados na licitação.

Em que pese o poder discricionário do ente público para definir regras e estabelecer condições de prestação de serviços a serem contratados, é imprescindível que o Edital traga regras claras e objetivas que poderão ser mensuradas pelas licitantes ao elaborar suas propostas de preços, pois tais critérios são determinantes para a apresentação de uma proposta concreta e irrefutável, bem como trará segurança jurídica às partes, uma vez que ambas terão parâmetros objetivos de avaliação de aplicação de reajuste, o que impactará diretamente no orçamento destinado ao benefício de saúde suplementar previamente aprovado.

No quesito da sinistralidade, o limite técnico objetivo adequado é na faixa de 70% (setenta por cento), calculados sobre a receita do contrato, ou seja, caso o valor total das despesas ultrapassem esse limite, e desde que devidamente comprovado pela Contratada, o preço será reajustado no patamar necessário para o reequilíbrio econômico e financeiro do contrato.

Mais importante que o reajuste financeiro e o reajuste técnico é a possibilidade de continuidade dos serviços prestados. Sempre que um contrato não permite que a Contratada reponha seus custos e reequilibre economicamente a avença, é certo que após determinado período de tempo, a contratação se torna economicamente inviável à operadora, que certamente amargará alguns prejuízos até a rescisão contratual, o que será prejudicial aos beneficiários e também ao ente público que terá que promover novo

processo de contratação, arcando com os custos oriundos desta decisão e o desgaste com os beneficiários.

O que se pretende demonstrar nesta peça é que por vezes, com intuito de mitigar reajustes abusivos ou adequar o contrato aos ajustes orçamentários disponíveis para arcar com o custo do benefício de saúde, o ente público onera a operadora ao definir regras, ainda que legais, que se mostram ineficazes na preservação do equilíbrio econômico financeiro do contrato.

Deste modo, é importante entender que para a perenidade do contrato e, obviamente do benefício, cada partícipe nesta empreitada deve contribuir para o todo. Assim, o ente deve dispor de orçamento adequado para o produto e coberturas que pretende contratar ou readequá-los aos limites orçamentários disponíveis.

Por outro lado, os beneficiários devem utilizar o plano de forma consciente e a operadora deve oferecer o melhor serviço ao menor custo x benefício, disponibilizando programas de saúde específicos para aquela massa e orientando a todos sobre a melhor forma de utilizar o benefício concedido pelo COFFITO, tudo sem prejudicar a saúde financeira do contrato e impeça a solução de continuidade da prestação, sendo que os parâmetros nesta peça indicados encontram respaldo jurídico legal.

Por fim, requeremos que esse COFFITO inclua no Edital o índice de reajuste financeiro pelo índice apurado pela Variação de Custos Médicos Hospitalares (VCMH), bem como estabeleça para o reajuste técnico, o percentual de 70% (setenta por cento) como limite de sinistralidade calculado sobre o valor da receita, para que possa ser aplicado o reajuste necessário ao reequilíbrio econômico e financeiro do contrato.

3.5. DA INAPLICABILIDADE DO DECRETO Nº 7.174, DE 12 DE MAIO DE 2010.

De acordo com o subitem 2.2.7 do Edital, a licitante apta ao exercício do direito de preferência estabelecido no Decreto n.º 7.174/2010 deverá declarar, em campo próprio do Sistema, que atende aos requisitos previstos na legislação.

Entretanto, o Decreto nº 7.174/2020 regulamenta a contratação de bens e serviços de informática e automação pela administração pública federal, direta ou indireta, pelas fundações instituídas ou mantidas pelo Poder Público e pelas demais organizações sob o controle direto ou indireto da União, ou seja, é um serviço completamente diverso do previsto no Edital.

Uma vez que o subitem 2.2.7 é obrigatório e está inserido no item que prevê as declarações que deverão ser feitas pelas licitantes no sistema eletrônico, a sua exigência é irregular, considerando o objeto da licitação ora impugnada, o que necessita ser efetivamente adequado no Edital, de forma clara visto que as disposições do Decreto nº 7.174/2010, não se aplicam aos serviços de Operadora de Plano de Saúde e Odontológico Coletivo, para a prestação de serviços de assistência médica englobando os segmentos ambulatorial, hospitalar, obstétrico, e odontológico para os servidores e respectivos dependentes, do COFFITO, e a declaração respectiva não poderá ser firmada pelas licitantes aptas a participar do certame e enquadradas na natureza dos serviços a serem contratados.

3.6. DA INAPLICABILIDADE DO DECRETO Nº 5.450, DE 31 DE MAIO DE 2005

De acordo com o subitem 3.17.3 do Edital, o Pregoeiro deverá suspender a sessão pública do Pregão quando constatar que a avaliação da conformidade das propostas, de que trata o art. 22, § 2º, do Decreto n.º 5.450/2005, irá perdurar por mais de um dia.

Entretanto, o Decreto 5.450/2005 foi revogado pelo Decreto nº 10.024/2019, e neste novo regulamento, a previsão de suspensão da licitação somente ocorrerá em duas situações previstas nos artigos 35 e 47, os quais transcrevemos a seguir:

“Art. 35. Quando a desconexão do sistema eletrônico para o pregoeiro persistir por tempo superior a dez minutos, a sessão pública será suspensa e reiniciada somente decorridas vinte e quatro horas após a comunicação do fato aos participantes, no sítio eletrônico utilizado para divulgação.

(...)

DO SANEAMENTO DA PROPOSTA E DA HABILITAÇÃO

Erros ou falhas

Art. 47. O pregoeiro poderá, no julgamento da habilitação e das propostas, sanar erros ou falhas que não alterem a substância das propostas, dos documentos e sua validade jurídica, mediante decisão fundamentada, registrada em ata e acessível aos licitantes, e lhes atribuirá validade e eficácia para fins de habilitação e classificação, observado o disposto na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999.

Parágrafo único. Na hipótese de necessidade de suspensão da sessão pública para a realização de diligências, com vistas ao saneamento de que trata o caput, a sessão pública somente poderá ser reiniciada mediante aviso prévio no sistema com, no mínimo, vinte e quatro horas de antecedência, e a ocorrência será registrada em ata.”

Desta forma, não há previsão legal que permita que o Pregoeiro suspenda a sessão pública do Pregão, na fase de avaliação da conformidade das propostas, conforme indicado no Edital.

No mesmo sentido, não há previsão legal que possa embasar as disposições contidas no subitem 3.17.3.1 do Edital que determina que após a suspensão da sessão pública, o Pregoeiro enviará, via chat, mensagens às licitantes informando a data prevista para o início da oferta de lances, visto os artigos acima transcritos regulamentarem as situações de suspensão do pregão eletrônico, sua forma de condução e o prazo para retorno da sessão após a suspensão.

Neste contexto, requeremos que a disposição do subitem 3.17.3.1 seja excluída ou devidamente adequado ao que estabelece o Decreto nº 10.024/2019, relativo às possibilidades de suspensão do pregão eletrônico.

3.7. DA IRREGULARIDADE DO PRAZO PARA AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

O item 10.1 do Termo de Referência, Anexo I ao Edital, que trata das Autorizações Prévias, determina que os procedimentos que necessitem de autorização prévia deverão ser fornecidos pela Contratada no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis.

Cabe esclarecer, que as disposições do item 10.1 acima estão em desacordo com as normas estabelecidas pela ANS, especialmente as dispostas na Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011, que trata da garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa – IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO.

Referida Resolução prevê os prazos máximos a serem observados pelas operadoras de assistência à saúde suplementar, para garantir o atendimento às coberturas contratadas, conforme descrito no art. 3º e seus parágrafos a seguir transcritos:

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

- I – consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até 7 (sete) dias úteis;
- II – consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;
- III – consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
- IV – consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;
- V – consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
- VI – consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;
- VII – consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 (dez) dias úteis;
- VIII – consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: em até 7 (sete) dias úteis;
- IX – serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis;
- X – demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;
- XI – procedimentos de alta complexidade - PAC: em até 21 (vinte e um) dias úteis;
- XII – atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;
- XIII – atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis; e
- XIV – urgência e emergência: imediato.

§ 1º Os prazos estabelecidos neste artigo são contados a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento até a sua efetiva realização.

§ 2º Para fins de cumprimento dos prazos estabelecidos neste artigo, será considerado o acesso a qualquer prestador da rede assistencial, habilitado para o atendimento no município onde o beneficiário o demandar e, não necessariamente, a um prestador específico escolhido pelo beneficiário.

§ 3º O prazo para consulta de retorno ficará a critério do profissional responsável pelo atendimento.

§ 4º Os procedimentos de alta complexidade de que trata o inciso XI são aqueles elencados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no endereço eletrônico da ANS na internet.

§ 5º Os procedimentos de que tratam os incisos IX, X e XII e que se enquadram no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS como procedimentos de alta complexidade, obedecerão ao prazo definido no item XI.

Assim, considerando haver regulamentação específica sobre os prazos de atendimento aos beneficiários, incluindo os procedimentos que requerem autorizações prévias para sua execução, a disposição do item 10.1 do Termo de Referência está irregular, devendo ser reformulada para prever as mesmas regras estabelecidas pela ANS. Essas condições não são privilégios à operadora, mas garantias

aos beneficiários, não podendo as pessoas jurídicas contratantes dispor de forma diversa ao estabelecido na RN 259/2011.

3.8. DO REEMBOLSO PELA TABELA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

De acordo com o subitem 11.1.2 do Termo de Referência, Anexo I ao Edital, “nos casos do item anterior, será respeitado como teto 100% (cem por cento) dos respectivos valores de referência da Lista de Procedimentos Médicos da Associação Médica Brasileira em vigor, com medicamentos e materiais utilizados durante o período de internação, de acordo com os preços fixados e publicados no Diário Oficial da União e as taxas hospitalares em consonância com a Tabela da Sociedade Hospitalar local.”

Sobre o teto estabelecido no subitem acima que deve se dá pela Lista de Procedimentos da tabela AMB, cabe ressaltar que ao estabelecer essa condição, para efeito de reembolso, essa Administração restringe a participação desta Impugnante no referido certame, uma vez que adotamos Tabela Própria de Reembolso, conforme faculta a ANS.

Ressalte-se que a legislação atual não obriga às operadoras a utilizar a tabela da AMB como referencial de reembolso em seus planos, ao contrário a ANS já se manifestou sobre o assunto ao divulgar no site esclarecimento a questionamento feito por beneficiário.

Deste modo, indicar a obrigatoriedade de utilização apenas da Tabela da AMB é condição restritiva de participação desta Impugnante e de operadoras do mercado que utilizam outras tabelas ou tabelas próprias de reembolso, o que afetará diretamente o resultado do pregão, reduzindo a quantidade de oferta de propostas, frustrando assim o caráter competitivo da licitação, necessário ao alcance da proposta mais vantajosa para essa instituição.

Assim, para permitir a participação desta Impugnante e de outras operadoras do mercado, em condições de atender aos requisitos do edital, é necessário que essa Administração altere o subitem 11.1.2 do Termo de Referência, Anexo I ao Edital para prever que nos casos do item anterior, será respeitado como teto 100% (cem por cento) dos respectivos valores da Tabela de Reembolso da Contratada em vigor na data do evento, com medicamentos e materiais utilizados durante o período de internação, de acordo com os preços fixados e publicados no Diário Oficial da União e as taxas hospitalares em consonância com a Tabela da Sociedade Hospitalar local.”

3.9. DA INAPLICABILIDADE DA EXIGÊNCIA DO ITEM 16.5 DO EDITAL E SEUS SUBITENS

O item 16.5 do Termo de Referência, Anexo I ao Edital, determina o que segue:

16.5. No início e o término da execução contratual, ou em caso de admissão/demissão de empregados:

16.5.1. No primeiro mês da prestação dos serviços:

- a) Até 1 (um) dia útil antes do início dos trabalhos, relação nominal dos empregados, contendo nome completo, cargo ou função, horário do posto de trabalho, RG e CPF;
- b) Em nenhuma hipótese será permitido o acesso às dependências do COFFITO de empregados não inclusos na relação;
- c) Qualquer alteração referente a esta relação deverá ser imediatamente comunicada à FISCALIZAÇÃO.
- d) Até 15 (quinze) dias após o início da prestação dos serviços, ou após a admissão de novo empregado, cópias autenticadas em cartório ou cópias simples

acompanhadas dos originais das CTPS dos empregados admitidos para a execução dos serviços, devidamente assinadas, e dos exames médicos admissionais dos empregados da CONTRATADA.

Entretanto, as exigências estabelecidas no item 16.5 transcrito acima, não se aplicam à Contratação de Operadora de Plano de Saúde e Odontológico Coletivo, para a prestação de serviços de assistência médica englobando os segmentos ambulatorial, hospitalar, obstétrico, e odontológico para os servidores e respectivos dependentes, do COFFITO.

As disposições do item acima estão relacionadas à contratação de serviços de “mão de obra” terceirizada em que é necessário efetivamente demonstrar todos os documentos relacionados no Edital. Com isso, é necessário adequar o instrumento convocatório, para a exclusão da exigência do item 16.5 e seus subitens e alíneas, visto não serem adequados ao tipo de objeto da contratação definida no edital.

3.10. DA INAPLICABILIDADE DA RDC Nº 81, DE 10 DE AGOSTO DE 2001 E DA RN Nº 9 DE 26 DE JUNHO DE 2002, AMBAS DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

O item 2.3 do Termo de Referência dispõe que “considera-se o mínimo, não exaustivo e conforme Rol de Procedimentos da Lei nº 9.656, de 03/jun/98, bem como nos termos dos Atos Normativos vigentes da Agência Nacional de Saúde – ANS, quais sejam a Resolução RDC nº 81, de 10/ago/01, e Resolução RN nº 9, de 26/jun/02, considerando sempre suas alterações.”

Em complemento, o item 2.4 determina que “todas as especialidades médicas previstas na Lei nº 9.656, de 03/jun/98 e suas alterações, bem como na Resolução RDC nº 81, de 10/ago/01 e suas alterações (rol não exaustivo), sem limite de utilização ou de valor, deverão ser cobertas pela Contratada.”

Entretanto a RDC nº 81/2001 foi revogada, e a resolução normativa vigente é a RN nº 428, de 7 de novembro de 2017 que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga as Resoluções Normativas – RN nº 387, de 28 de outubro de 2015, e RN nº 407, de 3 de junho de 2016.

Deste modo, considerando que instrumento convocatório é vinculante e que a RDC n 81/2001 foi revogada, necessário se faz a correção desta norma em todos os itens do Edital que fazem remissão a essa, e alterar para prever a norma vigente que é a RN nº 428/2017.

Outra norma citada no Termo de Referência, Anexo I ao Edital é a Resolução do Conselho de Saúde Suplementar nº 10, de 3 de novembro de 1998, conforme a seguir:

“2.4. Todas as especialidades médicas previstas na Lei nº 9.656, de 03/jun/98 e suas alterações, bem como na Resolução RDC nº 81, de 10/ago/01 e suas alterações (rol não exaustivo), sem limite de utilização ou de valor, com destaque:

(...)

48. Qualquer outra patologia clínica classificada pela Organização Mundial da Saúde cuja cobertura seja determinada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e/ou pelo respectivo órgão fiscalizador da área médica. Todas aquelas relacionadas na Tabela de Especialidades Médicas da AMB atualizada e as constantes do Rol de Procedimentos e Eventos anexo à Resolução nº 10 do

Conselho de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde (CONSU/MS), considerando sempre a Resolução ou Ato normativo vigente.

(...)

2.5. Todos os exames previstos em lei, necessários ao diagnóstico e ao tratamento, sem limite de utilização ou de valor, destacando-se:

(...)

65. Todos os demais exames relacionados na Tabela de Exames da AMB, atualizada, cuja cobertura seja determinada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e as constantes do Rol de Procedimentos e Eventos anexo à Resolução nº 10 do Conselho de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde (CONSU/MS), considerando sempre a Resolução vigente.

(...)

2.6. Todos os procedimentos e os serviços auxiliares a seguir, sem limite de utilização ou de valor, ressalvadas as limitações aqui consignadas:

(...)

44. Todos os demais procedimentos e serviços auxiliares cuja cobertura seja determinada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e os constantes do Rol de Procedimentos e Eventos anexo à Resolução nº 10 do Conselho de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde (CONSU/MS), considerando sempre a Resolução vigente.”

Entretanto, a Resolução CONSU nº 10/1998 também foi revogada, prevalecendo a norma vigente que é a RN nº 428, de 7 de novembro de 2017. Deste modo, também será necessário excluir do Edital e Anexos todas as referências relativas a essa resolução.

3.11. DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO DAS SOCIEDADES COOPERATIVAS

O subitem 5.1.12.8 do Edital determina que “A documentação de habilitação, no caso das sociedades cooperativas deverá obedecer rigorosamente, o disposto na Instrução Normativa SLTI/MP n.º 2/2008.”

Preliminarmente informamos que a Instrução Normativa SLTI/MP n.º 2/2008 foi revogada pela Instrução normativa nº 05, de 26 de maio de 2017. Neste contexto, todos os itens e subitens que fazem referência à IN 02-2008 devem ser alterados para prever a IN 05/2017.

Em segundo lugar, sobre os serviços prestados por cooperativas e instituições sem fins lucrativos, a IN 05/2017-MP dispôs sobre algumas regras que não se aplicam às cooperativas de saúde, reguladas pela ANS, como no caso desta Impugnante.

A norma de regência das cooperativas médicas está estabelecida na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro 1971 que define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências. Em seu art. 6º estabelece o seguinte:

Art. 6º As sociedades cooperativas são consideradas:

I - singulares, as constituídas pelo número mínimo de 20 (vinte) pessoas físicas, sendo excepcionalmente permitida a admissão de pessoas jurídicas que tenham por objeto as mesmas ou correlatas atividades econômicas das pessoas físicas ou, ainda, aquelas sem fins lucrativos;

II - cooperativas centrais ou federações de cooperativas, as constituídas de, no mínimo, 3 (três) singulares, podendo, excepcionalmente, admitir associados individuais;

III - confederações de cooperativas, as constituídas, pelo menos, de 3 (três) federações de cooperativas ou cooperativas centrais, da mesma ou de diferentes modalidades.

§ 1º Os associados individuais das cooperativas centrais e federações de cooperativas serão inscritos no Livro de Matrícula da sociedade e classificados em grupos visando à transformação, no futuro, em cooperativas singulares que a elas se filiarão.

§ 2º A exceção estabelecida no item II, in fine, do caput deste artigo não se aplica às centrais e federações que exerçam atividades de crédito.

Art. 7º As cooperativas singulares se caracterizam pela prestação direta de serviços aos associados.

Art. 8º As cooperativas centrais e federações de cooperativas objetivam organizar, em comum e em maior escala, os serviços econômicos e assistenciais de interesse das filiadas, integrando e orientando suas atividades, bem como facilitando a utilização recíproca dos serviços.

Parágrafo único. Para a prestação de serviços de interesse comum, é permitida a constituição de cooperativas centrais, às quais se associem outras cooperativas de objetivo e finalidades diversas.

Assim, esta impugnante se enquadra na disposição o inciso II do art. 6º acima e foi constituída na forma de Cooperativa Central, na qualidade de sociedade simples, conforme disposto no Estatuto Social vigente.

Deste modo, a documentação de habilitação a ser apresentada pela Cooperativa Médica, na qualidade de Central, deve ser aquela exigida no subitem 5.1.8.3 do Edital que dispõe sobre a obrigatoriedade de apresentação do Registro do ato constitutivo, no caso de sociedades civis ou sociedades simples, acompanhada de prova da diretoria em exercício, referente à Habilitação Jurídica, e todas as demais exigidas para as demais habilitações fiscal, econômica e técnica.

As regras previstas na IN 05/2017 que revogou a IN 02/2018 se aplicam a cooperativas de trabalho, conforme a Lei Federal nº 12.690, de 19 de julho de 2012, que dispõe sobre a organização e o funcionamento das Cooperativas de Trabalho; institui o Programa Nacional de Fomento às Cooperativas de Trabalho - PRONACOOB; e revoga o parágrafo único do art. 442 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.

Deste modo, no Capítulo I – Das Cooperativas de Trabalho, art. 1º dispõe o que segue:

“CAPÍTULO I

DAS COOPERATIVAS DE TRABALHO

Art. 1º A Cooperativa de Trabalho é regulada por esta Lei e, no que com ela não colidir, pelas Leis nºs 5.764, de 16 de dezembro de 1971, e 10.406, de 10 de janeiro de 2002 -Código Civil.

Parágrafo único. Estão excluídas do âmbito desta Lei:

I - as cooperativas de assistência à saúde na forma da legislação de saúde suplementar;

II - as cooperativas que atuam no setor de transporte regulamentado pelo poder público e que detenham, por si ou por seus sócios, a qualquer título, os meios de trabalho;

III - as cooperativas de profissionais liberais cujos sócios exerçam as atividades em seus próprios estabelecimentos; e

IV - as cooperativas de médicos cujos honorários sejam pagos por procedimento.”
(grifamos)

Assim, a disposição do inciso I do art. 1º da Lei Federal nº 12.690/2012 não se aplica às cooperativas de assistência à saúde, na forma da legislação de saúde suplementar, como é o caso desta Impugnante, bem como as regras da IN 05/2017, que revogou a IN 02/2008.

Sobre as cooperativas de assistência à saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, órgão federal responsável pela regulação e fiscalização das empresas de saúde do mercado, por intermédio da Resolução da Diretoria Colegiada da nº 39 de 27 de outubro de 2000, art. 10, classificou as operadoras em:

“Art. 10 As operadoras segmentadas conforme o disposto nos arts. 3º ao 9º desta Resolução deverão classificar-se nas seguintes modalidades:

- I administradora;
- II - cooperativa médica;
- III - cooperativa odontológica;
- IV autogestão;
- V - medicina de grupo;
- VI - odontologia de grupo; ou
- VII - filantropia.”

No caso das cooperativas médica, o art. 12 da RDC-ANS 39/2000 define que classificam-se na modalidade de cooperativa médica as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências, e que operam Planos Privados de Assistência à Saúde.



www.centralnacionalunimed.com.br
Alameda Santos, 1826
01418 102 - Cerqueira César - São Paulo - SP

Deste modo, a regra estabelecida no subitem 5.1.12.8 do Edital não se aplica às cooperativas de saúde, conforme descrito acima, que são regidas pela Lei nº 5.764/71, mas sim às cooperativas de trabalho submetidas aos ditames da Lei nº 12.690/12.

Diante do acima exposto, requeremos que o subitem 5.1.12.8 seja excluído do Edital.

IV – DOS PEDIDOS

Em síntese, esta Impugnante requer, com fundamento no Edital e na legislação de regência que esta Impugnação seja recebida, considerada tempestiva e deferida, considerando que os apontamentos apresentados exigem que sejam sanadas as irregularidades contidas no Edital de Pregão Eletrônico nº 03/2020, devendo o ato convocatório ser alterado e republicado.

Pelo que PEDE DEFERIMENTO,

São Paulo-SP, 06 de julho de 2020.

Atenciosamente,

CENTRAL NACIONAL UNIMED
Nivia Borges
Relacionamento e Negócios PME e Adesão / Licitações
nivia.borges@centralnacionalunimed.com.br
Fone: 11 3268-7406