



ILUSTRÍSSIMO SENHOR PREGOEIRO DA CÂMARA MUNICIPAL DE BARUERI / SP

Ref.: Credenciamento nº 001/2024

CONECTA CONSULTORIA EM BENEFÍCIOS E CORRETORA DE SEGUROS LTDA, inscrita no CNPJ nº.: 46.339.550/0001-30, vem, perante Vossa Senhoria, por intermédio de sua representante que esta subscreve, com fundamento no item 20.7. do Edital em epígrafe, apresentar

PEDIDO DE ESCLARECIMENTOS

Com base nos fatos e fundamentos a seguir expostos:

1. Com a finalidade de apresentarmos uma proposta que atenda às expectativas da Câmara Municipal do Barueri/SP, indagamos:
 - a) Atualmente a Câmara Municipal de Barueri/SP dispõe de contrato vigente para os serviços, ora contratados?
 - b) Sendo a resposta anterior positiva, qual é a operadora e ou/administradora responsável pela prestação dos serviços?
 - c) Qual o valor mensal do contrato vigente?
 - d) Desde quando esse contrato está vigente?
 - e) Qual o último reajuste aplicado?
 - f) Qual o índice de sinistralidade nos últimos 12 meses?

2. Como será forma de custeio? A Câmara terá alguma participação no pagamento dos valores? Havendo participação, qual será o percentual?

Nestes termos,
Espera deferimento.

Brasília/DF, 09 de fevereiro de 2024.

Maria Betânia de Freitas
Diretoria Jurídica e Estratégica

Para resposta: betania@conectabeneficios.com / elaine@conectabeneficios.com

Telefone/WhatsApp nº.: 61-99177-1797

AO ILMO. PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE BARUERI/SP, SR. ANTONIO FURLAN FILHO.

Credenciamento nº 001/2024

NotreDame Intermédica Saúde S.A., pessoa jurídica de direito privado regularmente constituída, inscrita no CNPJ/ME sob o nº 44.649.812/0001-38, situada na Av. Paulista, nº 867, Bela Vista, São Paulo/SP, CEP: 01.311-100, vem, por intermédio de sua representante legal (Doc. 1), com fundamento no art. 164 e ss. da Lei Federal nº 14.133/2021 e no item 10.1 do instrumento convocatório em epígrafe, apresentar **IMPUGNAÇÃO AO EDITAL**, pelas razões de fato e de direito a seguir expostas.

I – TEMPESTIVIDADE

1. O “Cronograma” do Edital de Credenciamento nº 001/2024 – Plano de Saúde, estabelece que o instrumento convocatório poderá ser impugnado até 15.2.2024, nos termos do “*Artigo 164 da Lei nº 14.133/21 prevê 03 dias da contagem da abertura do certame (no caso como é prazo indeterminado, não há abertura do certame, por analogia, considera-se o prazo fixado para início do CREDENCIAMENTO)*” qual seja, 20.2.2024.

II – SÍNTESE FÁTICA

2. A impugnante tomou conhecimento da publicação do Edital Credenciamento nº 001/2024, por meio do qual foi tornada pública licitação a ser realizada pela Câmara Municipal de Barueri/SP, com o seguinte objeto:

“Constitui objeto do presente instrumento o CREDENCIAMENTO de empresas interessadas (diretamente ou por meio de corretores autorizados), no ramo de atividade correspondente, desde que devidamente autorizadas pela **Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**, para atuar como **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** ou **OPERADORA**, visando à disponibilização de **Planos de Saúde** para prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermaria e/ou apartamento, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, a serem oferecidos aos vereadores, servidores ativos e inativos, pensionistas, e seus respectivos dependentes, da Câmara Municipal de Barueri, para cobertura, em todo território nacional, na forma disciplinada pela **Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, com suas alterações, e pelas Resoluções Normativas 438/2018, 465/2021; 515/2022, 557/2022, 563/2022, 565/2022, 569/2022**, por meio de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições, **conforme condições e exigências estabelecidas no Anexo I deste Edital**, nos termos do artigo 79,II da Lei 14.133, de 2021 e artigo 55, II do Decreto 9.787/2023” (grifos no original)

3. O credenciamento será iniciado em 20.02.2024. Ainda, de acordo com o item 2.1 do Edital, *“Poderão participar do presente certame empresas (diretamente ou por meio de corretores autorizados), que atuem no ramo de atividade correspondente, desde que devidamente autorizadas pela **Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**, regularmente em atividade, para atuar como **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** ou **OPERADORA**, visando à disponibilização de **Planos de Saúde**, conforme legislação específica, que preencherem as condições de habilitação constantes deste Edital.”*

4. Ocorre que, ao analisar o instrumento convocatório e seus anexos, a Hapvida observou algumas inconsistências, as quais podem trazer prejuízos para os potenciais credenciados e, indiretamente, ao interesse público. Desse modo, com o objetivo de garantir o ajuste da minuta de convocação e posterior republicação, apresenta a presente impugnação ao Edital.

III – RAZÕES DA IMPUGNAÇÃO

a) Exigências que excedem a área de competência das administradoras de benefícios, exclusão necessária

5. De início, o objeto do Edital, previsto no item 1.1, possibilita que tanto Administradoras de Benefícios quanto Operadoras se credenciem para disponibilizar plano de saúde coletivo empresarial “aos vereadores, servidores ativos e inativos, pensionistas, e seus respectivos dependentes, da Câmara Municipal de Barueri”.

6. Ocorre que, o Edital e seus anexos preveem de forma equivocada diversas exigências que tecnicamente somente poderiam ser cumpridas por Administradora de Benefícios, responsável pela gestão administrativa da contratação do plano de saúde. Inclusive, em diversos trechos há menção apenas à Administradora de Benefícios. Veja-se exemplos no Termo de Referência:

4.3. A Administradora de Benefícios poderá admitir a adesão de agregados em plano de assistência à saúde, desde que o titular assumira integralmente o respectivo custeio.

15.4. A Administradora de Benefícios poderá ofertar adicionalmente aos produtos apresentados para atender às exigências deste Termo de Referência, outros planos de saúde com condições contratuais diferenciadas, desde que observados os requisitos mínimos exigidos na legislação. (...)

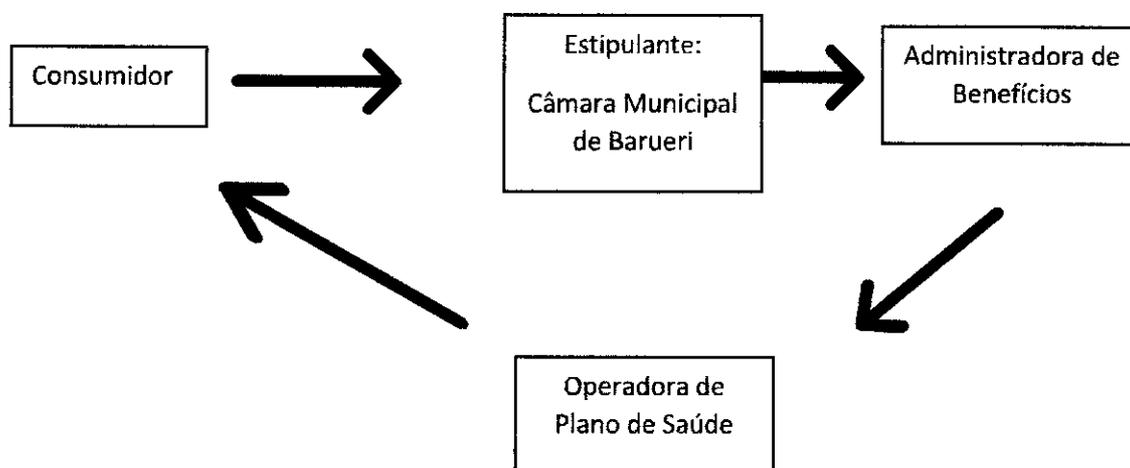
18. DAS OBRIGAÇÕES

18.1. São obrigações da Administradora de Benefícios: (...)

18.2.1. Caberá às Operadoras contratadas pelas Administradoras de Benefícios (...)

7. Essas especificações são equivocadas, pois a Operadoras de plano de saúde garantem a rede de serviços e são responsáveis pelos planos de saúde em si, ou seja, atendem diretamente (e, em consequência, com maior eficiência) a contratação pretendida. Ao passo que a Administradora de Benefícios apenas propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante, a ser disponibilizado para pessoas jurídicas capazes de contratar. É o que se passa a demonstrar.

8. Para melhor compreender essa diferença, importante volver ao surgimento dessas administradoras, que veio da crescente complexidade existente na administração de planos de saúde, com tarefas que desviavam as contratantes suas atividades-fim. Decorre, também, do natural ganho de escala que se obtém quando uma única administradora engloba contratos de várias pessoas jurídicas, em termos de perfil de sinistralidade, diluição de risco e unificação de procedimentos. Com essa nova figura no mercado, os planos coletivos passaram a ter a seguinte configuração subjetiva:



9. Tem-se, então, uma situação mais complexa, com o acréscimo de mais um “intermediário” entre a Operadoras e o consumidor final, relativamente ao pagamento e à gestão administrativa dos benefícios. No sentido inverso, porém, da prestação de serviços, a relação continua a ocorrer diretamente entre as Operadoras e o consumidor, a quem serão disponibilizados ou reembolsados os serviços de saúde.

10. A peculiaridade, repita-se, é que várias pessoas jurídicas poderão ser reunidas pela administradora, para figurarem num dos polos da relação jurídica. Todavia, no caso em tela não há essa necessidade, pois há apenas um ente, que pode ser atendido integralmente por uma Operadora sem necessitar de um aumento na onerosidade do contrato e maior complexidade da relação. É o que dispõem, os incisos II e III do art. 29 da Resolução Normativa nº 557/2022 da ANS:

Art. 29. As pessoas jurídicas de que trata esta resolução poderão reunir-se para contratar plano privado de assistência à saúde coletivo, podendo tal contratação realizar-se:

I – diretamente com a Operadoras; ou

II – com a participação de Administradora de Benefícios, nos termos do artigo 4º da Resolução Normativa nº 515, de 29 de abril de 2022, ou norma que vier a sucedê-la; ou

III - com a participação da Administradora de Benefícios na condição de coestipulante do contrato firmado com a Operadoras de plano de assistência à saúde, desde que a Administradora assumo o risco decorrente da inadimplência da pessoa jurídica contratante.

Parágrafo único. Fica vedada a inclusão de beneficiários sem a participação da pessoa jurídica legitimada.

11. Percebe-se que toda essa diagramação típica da atuação das Administradoras de Benefícios, com a devida vênia, não se adequa à configuração da contratação pretendida pelo Edital, que: i) já envolve, necessariamente, a participação direta do ente público como estipulante – a dispensar, na prática, a intermediação de Administradora de Benefícios – junto à Operadoras; e, além disso, ii) prevê condições particulares voltadas à população específica vinculada ao próprio ente público, a recomendar que não haja a reunião de outras pessoas jurídicas contratantes ou participação da administradora como estipulante de tais planos.

12. Numa palavra: é totalmente desnecessário – e, a rigor, mesmo prejudicial – o acréscimo de mais um intermediário na relação jurídica, pois, no fim das contas, quem presta efetivamente o serviço é a operadora, e sobre esta que vai incidir a fiscalização do contrato.

13. Ante o exposto, resta notória a necessidade de adequação do Edital para exclusão das Administradoras de Benefícios como legitimadas a se credenciar para prestação dos serviços nele dispostos, bem como das disposições que preveem obrigações aplicáveis exclusivamente a entidades dessa natureza.

b) Celebração de contratos que deve ser realizada com o ente público, responsável pelo repasse dos pagamentos

14. Apesar da notória diminuição da álea burocrática junto às Operadoras de planos de saúde, o estipulante ainda permanece como elo entre o consumidor e as Administradoras de Benefícios. Trata-se, como visto, de exigência prevista expressamente pelo art. 29, parágrafo único, da Resolução Normativa nº 557/2022 da ANS, segundo qual é *“vedada a inclusão de beneficiários sem a participação da pessoa jurídica legitimada”*.

15. Assim, o órgão estipulante deve atuar como fiscalizador, sancionador e regulador do contrato coletivo empresarial de saúde, sendo também o responsável por efetivamente estipular as contratações e por fazer o repasse dos valores das mensalidades em fatura únicas.

16. Deste modo, a previsão unicamente de desconto em folha de pagamento prevista no item 15.3 não é suficiente para garantir esses repasses, que deve ser feito pela Câmara Municipal e em fatura única.

c) UTI Móvel e exigência de plano nacional, onerosidade excessiva

17. Analisando o Edital de Credenciamento nº 001/2024 e seus anexos, a ora impugnante verificou que o item 16 do Termo de Referência (Anexo I) estabelece a exigência de disponibilização de uma UTI Móvel em todo o território de cobertura e em todos os planos de saúde a serem apresentados. Todavia, a UTI Móvel é uma unidade avançada de pronto-socorro móvel utilizada para remoção em situações emergenciais e/ou urgenciais, cuja disponibilização implica aumento considerável de custos e, por isso, não está disponível em grande parte dos planos de saúde, sobretudo nos planos mais básicos.

18. Além desse aumento de custos apresentado pela UTI Móvel, há no item 1.1 do referido Edital a previsão de necessidade de cobertura em todo o território nacional para todos os planos. É necessário destacar que a abrangência geográfica de um plano de saúde é a área em que há cobertura de procedimentos e eventos aos planos contratados e pode ser municipal, regional, estadual, nacional e até com garantia de reembolso em procedimentos fora do Brasil.

19. Assim, percebe-se que a exigência disposta no item 1.1 do Edital de Credenciamento nº 001/2024, apresenta a segunda maior cobertura possível de uma Operadoras de saúde e obriga que esta seja apresentada em todos os planos ofertados. Isso, inegavelmente, aumenta muito os custos de toda a operação.

20. Com todo respeito e acatamento, a ora impugnante entende que essas imposições geram onerosidade injustificada ao contrato administrativo a ser celebrado com a Administração Pública e, por isso, tem o potencial de afastar a melhor proposta.

21. De acordo com o art. 5º da Lei Federal nº 14.133/2021, um dos princípios das licitações e contratos administrativos é o da competitividade.¹ Esse princípio visa estimular a concorrência entre os licitantes, a fim de assegurar que será alcançada a proposta mais vantajosa para a Administração Pública.

¹ Art. 5º Na aplicação desta Lei, serão observados os princípios da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade, da eficiência, do interesse público, da probidade administrativa, da igualdade, do planejamento, da transparência, da eficácia, da segregação de funções, da motivação, da vinculação ao edital, do julgamento objetivo,

22. Portanto, em observância ao aludido princípio, cabe aos agentes públicos se absterem de estabelecer cláusulas ou condições capazes de comprometer, restringir ou frustrar o caráter competitivo do processo licitatório, consoante determina o art. 9º, I, alínea “a” da Lei Federal nº 14.133/2021.²

23. Além disso, segundo o art. 37, XXI³, da Constituição Federal, no processo de licitação pública deve ser assegurada a igualdade de condições aos concorrentes. Da interpretação do dispositivo depreende-se que, para atingir esse fim, devem ser estabelecidas somente cláusulas indispensáveis à garantia do cumprimento das obrigações que constituem o objeto da licitação.

24. Ora, a previsão de que as Operadoras devem fornecer UTI Móvel e cobertura de abrangência nacional para todos os planos acarreta um grande investimento financeiro – e sem qualquer justificativa técnica, diga-se de passagem. Isso contraria, inclusive, o princípio da supremacia do interesse público, detalhado pelo professor Celso Antônio de Bandeira Mello:

“Trata-se de verdadeiro axioma reconhecível no moderno Direito Público. Proclama a superioridade do interesse da coletividade, firmando a prevalência dele sobre o do particular, como condição, até mesmo, da sobrevivência e asseguramento deste último” (Curso de Direito Administrativo, 32ª ed., São Paulo: Malheiros Editores, 2015, p. 70).

25. Por fim, essas exigências causariam alta imprevisibilidade e desequilíbrio atuarial – exatamente o que se pretende evitar – podendo, inclusive, impedir as Operadoras/licitantes de formularem adequadamente suas propostas. Isso também afetaria a competitividade e, em última análise, o interesse público.

da segurança jurídica, da razoabilidade, da competitividade, da proporcionalidade, da celeridade, da economicidade e do desenvolvimento nacional sustentável, assim como as disposições do Decreto-Lei nº 4.657, de 4 de setembro de 1942 (Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro).

² Art. 9º É vedado ao agente público designado para atuar na área de licitações e contratos, ressalvados os casos previstos em lei:

I - admitir, prever, incluir ou tolerar, nos atos que praticar, situações que:

a) comprometam, restrinjam ou frustrem o caráter competitivo do processo licitatório, inclusive nos casos de participação de sociedades cooperativas;

³ Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte: (...) XXI - ressalvados os casos especificados na legislação, as obras, serviços, compras e alienações serão contratados mediante processo de licitação pública que assegure igualdade de condições a todos os concorrentes, com cláusulas que estabeleçam obrigações de pagamento, mantidas as condições efetivas da proposta, nos termos da lei, o qual somente permitirá as exigências de qualificação técnica e econômica indispensáveis à garantia do cumprimento das obrigações.

26. Por fim, esse engessamento dos planos também acarreta ônus demasiado aos usuários, arranhando o princípio da igualdade, já que todos terão que custear itens que nunca vão usar, especialmente a cobertura nacional. Melhor seria se fosse possível ofertar diferentes planos, com diferentes preços, deixando ao usuário final a decisão de pagar ou não por serviços que não lhe são adequados.

27. Assim, tendo em vista a clara contrariedade aos princípios da legalidade, da competitividade e da supremacia do interesse público, bem como a falta de justificativa técnica, a ora impugnante confia em que o item 1.1 do Edital será alterado e o item 16 do Termo de Referência removido da proposta.

d) Extinção do plano com a morte do titular

28. Outro ponto digno de nota é a previsão do item 6.7 do Termo de Referência, segundo qual observado pela Hapvida, *“em caso de morte do ex-servidor (ou outros), o direito de permanência é assegurado aos dependentes, ao tempo que faltar, inclusive nas hipóteses em que o beneficiário aposentado continuar a trabalhar”*.

29. Nos termos da regulação aplicável, o Termo de Referência deveria esclarecer que a morte do titular do plano coletivo, em regra, acarreta a extinção do vínculo, inclusive para os dependentes, sendo certo que a possibilidade de permanência dos dependentes no plano deve ficar restrita às hipóteses previstas no art. 30, §3º da Lei nº 9.656/98 e no art. 8º da Resolução nº 488/2022 da ANS, que permitem tal permanência quando for expressamente requerida pelos dependentes.

e) Descabimento de “reuniões públicas” para exposição de preços: planos coletivos cuja natureza implica negociação feita exclusivamente entre estipulante e Operadoras

30. O item 15.4 do Edital prevê que *“Serão marcadas quantas reuniões públicas se mostrem necessárias, em data(s) oportuna(s), com a finalidade de exposição – aos possíveis interessados – dos preços e planos propostos pelas empresas credenciadas, oportunidade(s) na(s) qual(is), as credenciadas também serão convocadas para que haja a negociação junto aqueles”*.

31. Todavia, a referida previsão, além de dificultar e atrasar o andamento da contratação, contraria a própria dinâmica tradicional dos planos coletivos, nos quais, segundo orientação consolidada da jurisprudência *“os parâmetros para a majoração das contribuições são decorrentes da livre negociação entre a Operadoras e a pessoa jurídica estipulante, possuidora de maior poder de negociação”* (REsp nº 1.673.366/RS, Rel. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, DJe 21/8/2017).

32. Diante disso, faz-se necessária alteração no Edital a fim de suprimir o referido item, para que reflita diagramação segundo qual toda e qualquer negociação relativa aos preços e condições dos planos deve ser feita, naturalmente, entre o ente público estipulante e a Operadoras do plano.

f) Reembolso que deve se limitar à região de abrangência do plano

33. Seguindo adiante, o item 13.1 do Termo de Referência dispõe como uma das obrigações da contratada *“o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados em território nacional, ao beneficiário, com assistência à saúde, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas Operadoras de Plano de Saúde contratada pela Administradora de Benefício, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo plano, sempre que...”*.

34. Todavia, essa previsão extrapola o definido pela ANS ao determinar o reembolso em todo o território nacional, extrapolando as possíveis escalas diferentes de abrangência do plano e o previsto na Resolução Normativa ANS nº 566/2022.

35. Nesta Resolução, é evidente que as hipóteses de reembolso se limitam à i) indisponibilidade de prestador na rede assistencial, ii) inexistência de prestador, da rede assistencial ou não que ofereça o serviço demandado e iii) inexistência de prestador, da rede assistencial ou não que ofereça serviço de urgência e emergência, mas todos limitados ao município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, ao município limítrofe e na região de saúde que à qual faz parte o município, conforme arts. 4, 5, 6 e 10 da referida resolução.⁴

⁴ Art. 4º Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o atendimento em:

I - prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município; ou

II - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este.

§ 1º No caso de atendimento por prestador não integrante da rede assistencial, o pagamento do serviço ou procedimento será realizado pela operadora ao prestador do serviço ou do procedimento, mediante acordo entre as partes.

36. Assim, resta evidente que a disposição de reembolso no item 13.1 do Termo de Referência vai contra o disposto na regulação setorial e tem a capacidade de onerar indevidamente a contratação, motivo pelo qual o termo "território nacional" deveria ser removido.

IV – PEDIDOS

37. Diante de todo o exposto, a Hapvida confia em que a presente impugnação será julgada totalmente procedente para:

- (i) alterar o item 1.1 do Edital para excluir as Administradora de Benefícios das legitimadas para o credenciamento, ante a não adequação à configuração do contrato e, por conseguinte, para a prestação dos serviços previstos no Edital;

§ 2º Na indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial no mesmo município ou nos municípios limítrofes a este, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º.

§ 3º O disposto no caput e nos §§ 1º e 2º se aplica ao serviço de urgência e emergência, sem necessidade de autorização prévia, respeitando as Resoluções CONSU nº 8 e 13, ambas de 3 de novembro de 1998, ou os normativos que vierem a substituí-las.

Art. 5º Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir atendimento em:

I - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este; ou

II - prestador integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual faz parte o município.

§ 1º Na inexistência de prestadores nas hipóteses listadas nos incisos I e II deste artigo, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º.

§ 2º Nas hipóteses listadas nos incisos I e II deste artigo, a operadora estará desobrigada a garantir o transporte.

Art. 6º Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço de urgência e emergência demandado, no mesmo município, nos municípios limítrofes a este e na região de saúde à qual faz parte o município, desde que pertencentes à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitado o disposto no inciso XVI do art. 3º.

Parágrafo único. O disposto no caput dispensa a necessidade de autorização prévia, respeitando as Resoluções CONSU nº 08 e 13, de 1998, ou os normativos que vierem a substituí-las.

Art. 10. Na hipótese de descumprimento do disposto nos arts. 4º, 5º ou 6º, caso o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até trinta dias, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte.

- (ii) alterar o item 15.3 do Edital para prever o pagamento por fatura única do órgão contratante que deve ser responsável pelo repasse dos valores dos planos à Operadoras e pelas contratações, diante da previsão do art. 29, parágrafo único, da Resolução Normativa nº 557/2022 da ANS;
- (iii) alterar o Item 16 do Termo de Referência e o item 1.1 do Edital de Credenciamento para suprimir a exigência de UTI Móvel e a necessidade de cobertura em no território nacional para todos os planos, o que onera excessivamente as propostas e pode ferir os princípios do próprio Edital;
- (iv) alterar ou suprimir o item 6.7 do Termo de Referência, considerando que, como regra, a morte do (ex)servidor titular do plano acarreta extinção do vínculo, ressalvadas apenas as hipóteses previstas no art. 30, §2º da Lei nº 9.656/98, caso haja requerimento de permanência por parte de beneficiários dependentes;
- (v) suprimir o item 15.4 do Edital, a fim de afastar a obrigatoriedade de realização de reuniões públicas para negociação dos preços e condições de contratação, diante da necessidade de que tal negociação seja feita entre estipulante e Operadoras;
- (vi) suprimir o vocábulo “território nacional” do item 13.1 do Termo de Referência por onerar excessivamente os planos e extrapolar a previsão legal.

38. Por fim, em atenção ao item 20.7.1 do Edital, a impugnante informa que eventuais comunicações deverão ser feitas no endereço eletrônico licitacao@hapvida.com.br.

Nestes termos,

p. deferimento.

Fortaleza-Ce, 15 de fevereiro de 2024.

ELISA RAFAELLA
PEREIRA LOPES

Assinado de forma digital por ELISA
RAFAELLA PEREIRA LOPES
Dados: 2024.02.15 14:13:32 -03'00'

Notre Dame Intermédica Saúde S.A
CNPJ/ME nº 44.649.812/0001-38

À
Câmara de Barueri/SP
A/C: Comissão de Licitações
Ref.: Questionamentos ao Edital de CREDENCIAMENTO Nº 001/2024

Prezados,

A **NotreDame Intermédica Saúde S.A.**, com o intuito de participar do presente certame, apresentar uma proposta justa e cumprir as exigências contidas no presente edital pede esclarecimentos das questões relacionadas abaixo:

1. Considerando a exigência da abrangência nacional e na região metropolitana de São Paulo/SP, solicitamos a distribuição do quantitativo de beneficiários por localidade.
2. Qual é a operadora atual?
3. Qual é o valor da última fatura? Favor informar as tabelas de preços e coparticipação praticados no contrato atual, se houver.
4. Qual a sinistralidade da contratação atual?
5. O perfil etário disponibilizado no item 5.1 do termo de referência contempla todos os servidores da Câmara?
6. Podemos entender que o custeio do plano para titulares e dependentes será de responsabilidade do beneficiário mediante consignação em folha de pagamento?
7. Podemos entender que as carteirinhas poderão ser disponibilizadas de forma eletrônica, virtual?
8. Podemos entender que será firmado contrato coletivo empresarial com o Câmara de Barueri, sendo responsabilidade da Câmara o cadastramento dos beneficiários no site/sistema de movimentação da operadora (inclusões e exclusões) respeitando os prazos de movimentação da operadora, operados e solicitados de forma a respeitar os prazos do cronograma abaixo:

Período de Movimentação:

– 1º dia ao 15º dia, Vigência da Movimentação: A partir do 1º dia do mês seguinte; e

Período de Movimentação:

– 16º dia ao 30º dia, Vigência da Movimentação: A partir do 1º dia do 2º mês subsequente.

Caso a Câmara possua alguma outra data corte de movimentação para acompanhar os prazos do desconto da folha de pagamento apontar.

9. Se o órgão não realizar a movimentação, poderá contemplar/irá indicar uma empresa para realizar a movimentação em nome da Câmara, e sob sua orientação?
10. Podemos entender que a abrangência geográfica do plano e produto contratados deverá ser no mínimo grupo de Municípios em Barueri/SP e na região metropolitana de São Paulo/SP e urgência e emergência nacional via ABRAMGE?

11. O plano terá a mesma tabela de valor para todos os beneficiários do grupo, ativos, inativos, titulares, dependentes e agregados?
12. O plano terá tabela e cobrança diferenciada de valor para os usuários inativos, sendo tratados reajuste e sinistralidade em separado dos ativos, nosso entendimento está correto?
13. Podemos entender que o pagamento será em emissão de fatura Única emitida em favor da Câmara, que creditará o valor na Conta corrente da operadora?
14. Podemos entender que o órgão digitalizará os dados dos beneficiários no sistema da operadora, mediante login e senha disponibilizados por esta, e arquivará a documentação apresentada pelo beneficiário, colocados à disposição da credenciada quando solicitado?
15. Podemos entender que a remoção seguirá os ditames e resoluções conforme ANS, sendo inter-hospitalar, em transporte adequado, por solicitação do médico assistente, dentro da área de abrangência do produto contratado?
16. Podemos entender que, por se tratar de uma contratação coletiva empresarial, na qual figuram como partes a administração pública e a operadora de planos de saúde, a negociação do reajuste se dará diretamente com o órgão, que comunicará aos beneficiários o reajuste acordado?
17. Podemos entender que qualquer alteração da condição de Dependente, será comunicado à credenciada pela Credenciante, uma vez que essa dispõe das informações de seus servidores?
18. Podemos entender que haverá suspensão da prestação dos serviços no caso de inadimplemento do contrato, por prazo superior a 30 dias?
19. Podemos entender que a pactuação resultará na celebração de contrato, vez que o presente credenciamento se fundamenta na Lei nº. 14.133/21?
20. Podemos entender que em caso de reativação do beneficiário no plano de saúde o Credenciante realizará a reativação?
21. Nas localidades onde não houver atendimento eletivo na rede credenciada ou referenciada da operadora, poderá ocorrer atendimento mediante reembolso, conforme tabela da operadora?
22. Podemos entender que para assegurar o atendimento, em não havendo alguma especialidade em determinado Município, a cobertura estará garantida considerando inclusive os Municípios limítrofes e região de Saúde, conforme preconiza a RN 566?
23. Em relação a rede de atendimento, em alguns locais a prestação dos serviços poderá ser oferecida por meio da rede credenciada de operadora parceira (rede indireta)? Entendemos que essa possibilidade é mais um referencial para garantia de atendimento. Nosso entendimento está correto?
24. Não observamos apontamento referencial de rede de prestadores. Podemos enviar proposta contemplando todos os planos da grade de comercialização da operadora?
25. Além da rede credenciada e rede própria, os planos deverão garantir o direito ao reembolso livre escolha?

26. Os planos a serem apresentados deverão contemplar coparticipação?
27. Conforme o Item 17.1, a operadora deverá ofertar rede Credenciada em Barueri e região metropolitana de São Paulo. Quais as cidades devem compor a região metropolitana de São Paulo?
28. Podemos entender que às operadoras não se aplica a exigência do item 18.1 do Termo de Referência?
29. Podemos entender que as Operadoras poderão ofertar produto Grupo de Municípios?

Fortaleza – CE, 15 de fevereiro de 2024.

ELISA RAFAELLA PEREIRA LOPES Assinado de forma digital por
ELISA RAFAELLA PEREIRA LOPES
Dados: 2024.02.15 16:08:51
-03'00'

Notre Dame Intermédica Saúde S.A
CNPJ/ME nº 44.649.812/0001-38
Elisa Rafaella Pereira Lopes
CPF/MF nº 026.909.413-09
Consultora Jurídica



**ILUSTRÍSSIMO SENHOR PRESIDENTE DA COMISSÃO DE
CONTRATAÇÃO DA CÂMARA MUNICIPAL DE BARUERI/sp.**

Edital de Credenciamento nº.: 001/2024

**Credenciamento de Administradora de Benefícios e/ou Operadora de
Plano de Saúde.**

**CONECTA CONSULTORIA EM BENEFÍCIOS E CORRETORA
DE SEGUROS LTDA**, inscrita no CNPJ nº.: 46.339.550/0001-30, vem, perante
Vossa Senhoria, por intermédio de sua representante que esta subscreve, com
fundamento no item 10.1 do Edital em epígrafe, apresentar

IMPUGNAÇÃO

contra os termos do edital em epígrafe, que tem como objeto:
*“CREDENCIAMENTO de empresas interessadas (diretamente ou por meio de
corretores autorizados), no ramo de atividade correspondente, desde que
devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS,
para atuar como ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS ou OPERADORA,
visando à disponibilização de Planos de Saúde, conforme condições,
quantidades e exigências estabelecidas no Anexo I – Termo de Referência
anexo deste Edital, nos termos do artigo 79,II da Lei 14.133, de 2021 e artigo
55,II do Decreto 9.787/2023.”*, conforme razões a seguir expostas.

I - DA ILEGALIDADE EM EXIGIR OPERADORAS COM IDSS MAIOR OU IGUAL A 0,85

De acordo com a exigência da alínea "e" do item 19.1 do Termo de Referência um dos requisitos para assinatura do contrato será a comprovação de que a operadora prestadora possui IDSS superior a 0,85, vejamos:

19.1 As empresas Administradoras de Benefícios interessadas em firmar contrato com a Câmara Municipal de Barueri deverão preencher as seguintes condições:

(...);

e. Comprovação que a operadora prestadora possua Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), relativo ao último ano-base publicado pela ANS, que deverá ser maior ou igual a 0,85.

Todavia, referida exigência fere o caráter competitivo do credenciamento por ser circunstância irrelevante ao objeto do contrato, incorrendo na vedação prevista no artigo 37, inciso XXI da Constituição Federal:

Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)

[...]

XXI - ressalvados os casos especificados na legislação, as obras, serviços, compras e alienações serão contratados mediante processo de licitação pública que assegure igualdade de condições a todos os concorrentes, com cláusulas que estabeleçam obrigações de pagamento, mantidas as condições efetivas da proposta, nos termos da lei, o qual somente

permitirá as exigências de qualificação técnica e econômica indispensáveis à garantia do cumprimento das obrigações.

A mesma vedação está prevista no artigo 5º, da Lei nº: 14.133/21, *in verbis*:

Art. 5º Na aplicação desta Lei, serão observados os princípios da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade, da eficiência, do interesse público, da probidade administrativa, da igualdade, do planejamento, da transparência, da eficácia, da segregação de funções, da motivação, da vinculação ao edital, do julgamento objetivo, da segurança jurídica, da razoabilidade, da competitividade, da proporcionalidade, da celeridade, da economicidade e do desenvolvimento nacional sustentável, assim como as disposições do Decreto-Lei nº 4.657, de 4 de setembro de 1942 (Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro).

Desse modo, faz-se necessário avaliarmos também o teor do art.62 da Lei 14.133/21 que estabelece os requisitos de habilitação, descrevendo nos itens seguintes o rol taxativo máximo para cada tipo de habilitação (jurídica, fiscal e econômico-financeira), mas em nenhum deles prevê a possibilidade de exigência similar à exigência de índice de IDSS, o que configura flagrante restrição à competitividade.

Nesse sentido, importa registrar que o IDSS é uma avaliação anual das Operadoras pela ANS, com o intuito de subsidiar a escolha do beneficiário na contratação do plano, conforme definição da própria ANS abaixo transcrita:

IDSS - TISS

O Programa de Qualificação de Operadoras (PQO) é uma iniciativa desenvolvida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para avaliação anual do desempenho

das operadoras de planos de saúde. Tem como objetivos o estímulo da qualidade setorial e a redução da assimetria de informação, promovendo maior poder de escolha para o beneficiário e oferecendo subsídios para a melhoria da gestão das operadoras e das ações regulatórias da ANS.

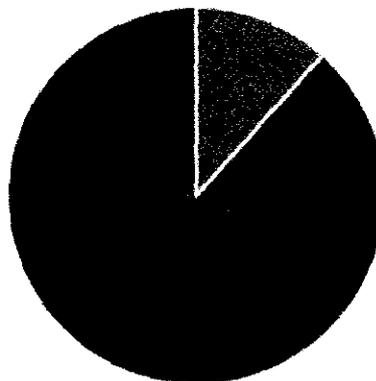
<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans>

Nota-se que o IDSS é calculado anualmente, evidenciando que referido índice não é critério para impedir a participação de Operadoras interessadas considerando seu caráter mutável, já que a Operadora que não apresenta o índice igual ou superior a 0,85 referente ao ano-base 2021, pode apresentá-lo referente ao ano-base 2022, assim como uma possível vencedora do certame que apresenta o índice na forma exigida ano-base 2022 pode perdê-lo referente ao ano-base 2023.

Outrossim, conforme destaque acima, o IDSS serve para orientar a contratação do plano pelo beneficiário, razão pela qual, a supressão da exigência no Edital impugnado vai de encontro com os objetivos do certame e da própria ANS, considerando que a não exigência do índice de IDSS possibilitará a participação de mais interessadas e, com isso, respeitará a competitividade legal.

Por fim, faz-se necessário destacar que, a manutenção da exigência do índice de IDSS igual ou superior a 0,85 significa excluir do certame no mínimo 87% (oitenta e sete por cento) de todo o universo de Operadoras que tiveram IDSS calculado pela ANS no ano-base 2022, já que das 840 Operadoras avaliadas apenas 111 ficaram classificadas entre os índices de 0,85 a 1,00, conforme gráfico abaixo construído a partir dos números informados pelo site da ANS:

Operadoras ANS



■ IDSS acima 0,85 ■ Total de Operadoras ANS

Ademais, das operadoras com IDSS acima de 0,85 boa parte não está apta a contratar com a Administração, já que em sua grande maioria são autogestão, que atende públicos específicos de determinadas empresas e/ou órgão e outra parte são operadoras exclusivamente odontológicas, conforme se pode observar no link a seguir: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans>.

Dessa forma, resta demonstrada a ilegalidade da exigência de IDSS superior a 0,85 por ferir os princípios licitatórios de observância obrigatória, por extrapolar o rol de documentos previsto na lei de licitações, o que limita a participação no credenciamento, razão pela qual, deve ser suprimida do Edital referida exigência ilegal, o que ora se requer.

II – DO PEDIDO

Ante o exposto, requer:

- a) a retificação do Edital com a finalidade de adequar as disposições que afrontam a legislação e/ou prejudicam a competitividade.

- b) a reabertura do prazo para apresentação das propostas de preços, já que os pontos em discussão têm relação direta com a elaboração da proposta de preços, de forma a assegurar a necessária isonomia entre os interessados, e, por conseguinte a legalidade do credenciamento.

Brasília/DF, 16 de fevereiro de 2024

Nestes Termos,
Pede Deferimento.

MARIA BETANIA DE FREITAS:72313463168 Assinado de forma digital por MARIA
BETANIA DE FREITAS:72313463168
Data: 2024.02.16 16:53:27 -03'00'

Maria Betânia de Freitas
Diretora Jurídica e Estratégica

ILUSTRÍSSIMO SENHOR PREGOEIRO DA CÂMARA MUNICIPAL DE BARUERI / SP

Ref.: Credenciamento nº 001/2024.

CONECTA CONSULTORIA EM BENEFÍCIOS E CORRETORA DE SEGUROS LTDA, inscrita no CNPJ nº.: 46.339.550/0001-30, vem, perante Vossa Senhoria, por intermédio de sua representante que esta subscreve, com fundamento no item 20.7. do Edital em epígrafe, apresentar

PEDIDO DE ESCLARECIMENTOS

Com base nos fatos e fundamentos a seguir expostos:

1. De acordo o item 1.1 do Edital em epígrafe os planos a serem disponibilizados aos beneficiários dessa Casa deverão dispor de abrangência nacional, em contrapartida, a alínea "d" do item 5.1.2 do Edital estabelece que a abrangência dos produtos deverá ser na área de abrangência da Câmara Municipal de Barueri e Região Metropolitana. Nesse mesmo sentido, o termo de referência prevê na alínea "h" do item 3.1 que a abrangência dos planos será em Barueri e região, da mesma forma no item 17.1 do Termo de Referência ao tratar da rede credenciada, também estabelece que a abrangência dos planos deverá ser na área de abrangência geográfica a que pertence a Câmara Municipal de Barueri e Região Metropolitana de São Paulo. Desse modo, com a finalidade de evitar a contradição e assegurar uma interpretação sistêmica do Edital, podemos desconsiderar as disposições que estabelecem abrangência nacional e considerarmos que a abrangência dos planos a serem disponibilizados deverá ser em Barueri e Região Metropolitana de São Paulo?
2. Considerando que os planos a serem disponibilizados deverão dispor de abrangência em Barueri e Região Metropolitana de São Paulo, podemos desconsiderar a exigência do item 12.5 do Termo de Referência e entendermos que o referido item só terá aplicabilidade se a operadora disponibilizada pela Administradora dispuser de produto com abrangência no exterior, caso contrário o referido item não terá aplicabilidade, nem para a operadora, nem para a administradora?
3. O item 15.1 do Termo de Referência do Edital em epígrafe trata da descrição dos planos. Assim, podemos entender que a descrição do Plano Especial em relação ao direito a acompanhante está vinculada à previsão da legislação, ou seja, haverá cobertura de

acompanhante para beneficiários menores de 18 anos, maiores de 60 anos e pessoas com deficiência? Que é o que estabelece o inciso VII do art.19 da RN 465/21 – ANS, vejamos:

Art. 19. O Plano Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso X deste artigo e, devendo garantir cobertura para

VII - despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:

- a) crianças e adolescentes menores de 18 anos;*
- b) idosos a partir dos 60 anos de idade; e*
- c) pessoas com deficiência;*

4. Ainda a respeito da descrição dos planos, podemos entender que o plano especial *plus* deverá dispor de mais hospitais que aqueles constantes dos planos básico e especial, não sendo necessário que esses hospitais sejam classificados como hospitais de alto custo, já que essa exigência oneraria os custos dos planos a serem disponibilizados para atender aos servidores da Câmara Municipal de Barueri/SP?

4. O item 15 do Edital prevê a possibilidade de pagamento, conforme previsão do Ato 07/2021. Assim, solicitamos o inteiro teor do referido ato para que possamos avaliar a forma de pagamento por desconto em folha.

5. Apesar do Edital estabelecer que o custeio dos planos será em sua integralidade dos servidores, como uma expectativa de projeção de crescimento, gostaríamos de saber se há previsão de aprovação de auxílio saúde para atender a esse público?

6. O item 10.1 do Termo de Referência estabelece os prazos e condições para isenção de carência, com fundamento na RN 557/22 – ANS, *in verbis*:

Não poderá ser exigida carência, naquelas hipóteses do artigo 6º da Resolução Normativa 557/2022 da ANS, para utilização dos benefícios do Programa de Assistência à Saúde:

- a. Dos usuários inscritos;*
- b. Em situações de urgência ou emergência, ocorridas após o início de vigência da cobertura;*
- c. Para consultas médicas.*

10.2. Considera-se emergência e urgência o disposto no art. 35-C, incisos I e II, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;

10.3. *Considera-se emergência e urgência o disposto no art. 35-C, incisos I e II, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;*

10.4. *Para os pedidos de inclusão efetuados após o prazo estabelecido no item 7, deverão ser cumpridas as carências determinadas pela ANS, conforme legislação aplicável, incluindo a Resolução Normativa 557/2022;*

Ocorre que, as disposições do item 10.1 não estão em consonância com o disposto no art.6º da RN 557/22 – ANS, já que não prevê um prazo para as inscrições e prevê isenção para consultas, o que extrapola o previsto no art.6º da RN 557/22 – ANS, que prevê isenção para adesões realizadas em até trinta dias da vigência do contrato e/ou do vínculo do beneficiário com a Câmara, vejamos:

*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.***

Desse modo, podemos desconsiderar as disposições do Termo de Referência e entendermos que irá prevalecer o previsto na RN 557/22 – ANS?

7. De acordo com a alínea “r” do item 18.1 do Termo de Referência do Edital em epígrafe, uma das obrigações das administradoras consiste em: *“Enviar a Nota Fiscal e boleto bancário juntamente com relatório detalhado de gastos por beneficiário (e seu grupo familiar) à Diretoria de Gestão de Pessoas da Câmara, até o último dia útil de cada mês, para que se procedam os devidos processamentos”*. Ocorre que, conforme previsto na Cláusula de Pagamento, o pagamento será efetivado pelos beneficiários, razão pela qual, indagamos: como não haverá pagamento a ser realizado por esse beneficiário, podemos desconsiderar a exigência desse item?

Nestes termos,
Espera deferimento.

Brasília/DF, 19 de fevereiro de 2024.

MARIA BETÂNIA DE FREITAS:72313463168
Assinatura de forma digitalizada
19 FEVEREIRO 2024, 15:54:46
Dados: 303442.19.133454.497ac

Maria Betânia de Freitas
Diretoria Jurídica e Estratégica

Para resposta: betania@conectabeneficios.com / elaine@conectabeneficios.com

Telefone/WhatsApp nº.: 61-99177-1797