



EMPRESA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO DE CAMPINAS
Rua Dr. Salles Oliveira, 1028 - Bairro Vila Industrial - CEP 13035-270 - Campinas - SP

EMDEC-PR/EMDEC-PRJ

PARECER

Campinas, 14 de novembro de 2024.

Parecer PR/PRJ nº 396/2024

À Divisão de Compras

Assunto: Parecer jurídico acerca da impugnação ao Edital do Pregão Eletrônico nº 022/2024, cujo objeto trata da contratação de operadora de plano privado de assistência à saúde, para prestação continuada, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, exames laboratoriais e demais serviços de apoio diagnóstico, incluindo todos os procedimentos e eventos definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio de rede própria e/ou credenciada/referenciada, sem coparticipação, destinados aos empregados, ativos e inativos, da EMDEC S/A e seus dependentes, consoante Acordo Coletivo de Trabalho (EMDEC.2024.00005541-73)

I. Relatório:

Trata o presente de análise jurídica acerca da impugnação ofertada pela empresa **NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.** (12929744)

A Impugnante, em resumo, ofereceu os seguintes argumentos: “a) *Desproporcionalidade entre rede credenciada exigida e o número de beneficiários*; b) *Necessária restrição da exigência de UTI Móvel*, c) *Forma de reajuste*, d) *Necessária previsão do prazo necessário para a migração entre planos*”.

A área responsável pela contratação realizou análise técnica sobre a impugnação e enviou resposta que foi inserida no SEI (12948829).

É o relatório.

II. Fundamentação:

Inicialmente, observa-se que a impugnação realizada pela empresa NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A. foi ofertada em 12/11/2024 – 09:48h. Desta forma, conforme consta do item 7.1. do Edital e art. 87, §1º da Lei nº 13.303/2016 a impugnação é tempestiva, por ter sido enviada em até 05 (cinco) dias úteis antes da data fixada para a abertura do certame licitatório (21/11/2024), é de rigor o recebimento e processamento desta.

Pois bem, será analisada em tópicos a seguir, cada uma das afirmações da impugnante para maior clareza.

a) Quanto à suposta “desproporcionalidade entre rede credenciada exigida e o número de beneficiários”

Neste tópico a impugnante critica o quantitativo de leitos que foram exigidos (140), frente o número de beneficiários que serão atendidos pelo Plano.

Em resposta a área técnica (DFH) informou que a quantidade de rede credenciada “*visa garantir que os beneficiários/empregados da EMDEC tenham um atendimento mínimo satisfatório, considerado o cenário geral apresentado. Com efeito, não há, no ato convocatório, qualquer exigência estabelecendo que os leitos ou a rede de atendimento sejam postos ao atendimento exclusivo dos beneficiários do plano de assistência médica a ser contratado pela EMDEC. Os quantitativos previstos consideram o sistema de atendimento de planos de saúde privado em Campinas como um todo.*”

Com relação a quantidade de leitos, explicou que “*não o que se falar em cerceamento de competitividade, mas tão somente em atendimento da demanda da contratante, que pode ser feito por diversas empresas. À exemplo disso, tem-se que o Centro Médico de Campinas, que é atendido por inúmeros planos, inclusive a própria Notre Dame Intermédica Saúde S.A., tem mais de 200 leitos em seu estabelecimento.*”

Por fim, ressaltou que a rede credenciada mínima nos planos empresariais pode ser definida com base no poder discricionário para “*definir o quantitativo mais adequado para atender às suas demandas, balizado nos princípios da legalidade e proporcionalidade.*”

Com relação a rede credenciada mínima, o TCE/SP reconhece que a escolha do quantitativo submete-se à discricionariedade administrativa, à medida em que demonstrar-se que a exigência não será motivo de restrição à disputa.

Em um julgado que tratou especificamente sobre licitação que exigia hospital em Campinas, concluiu que tal escolha era proporcional (mínimo de 140 leitos em um único hospital), tendo em vista de ser um Município de grande porte:

“No que tange aos serviços requeridos para tal unidade, sopeso que se trata de um município de grande porte, com diversos serviços de saúde, sendo plausível que, em princípio, tenha hospitais aptos a atender a demanda. Por outro lado, não vieram na Inicial dados que evidenciassem que que inexistisse ou seriam raros hospitais com tais requisitos. Somo a esse exame geral os dados particulares oferecidos pela defesa, que indicam que a exigência se deu com base na experiência havida em contratação anterior e nas reais necessidades dos futuros beneficiários, além de haver menção a possíveis fornecedores aptos a satisfazer o pleito da Municipalidade. Assim, afastado a crítica relativa à rede credenciada requerida.” (TC-000515.989.23-4.)

Em outro julgado é claramente evidenciada a natureza discricionária da eleição da rede credenciada:

“Por fim, ao contrário do enfoque empregado pela Representante, as dimensões da rede credenciada, no âmbito de licitação destinada à contratação de serviços de assistência médica, não deixam de gravitar em torno dos limites do poder discricionário do Administrador, a quem se atribui a definição da medida de discrimen exata para, sem se afastar das demais finalidades do certame, assegurar tratamento isonômico das licitantes.” (TC-013132.989.22-9)

Ademais, observa-se do Edital do Pregão nº 022/2024 que a exigência de rede credenciada mínima está contida no item 15.5. e será exigido tão somente para fins de assinatura do Contrato, sendo facultada a complementação do total exigido em prazo suplementar de 30 (trinta) dias.

Deste modo, não há qualquer restrição à competitividade no certame tendo sido o quantitativo eleito devidamente motivado pela área técnica e por não ser exigido o credenciamento prévio para fins de classificação ou habilitação na licitação, mas apenas e tão somente da licitante declarada vencedora.

Pelo exposto, quanto à suposta restritividade indicada pela Impugnante, concluo por sua improcedência.

b) Quanto à aventada “restrição da exigência de UTI Móvel”

A Impugnante criticou o item 8.1. do Termo de Referência, por exigir que a Contratada forneça transporte pré-hospitalar em unidades móveis devidamente equipadas nos padrões simples ou UTI móvel, sob a alegação de que tal serviço é pertinente ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, não sendo de responsabilidade das prestadoras privadas de atendimento à saúde.

A área técnica, no entanto, apresentou a seguinte resposta:

No que tange a esse apontamento, primeiramente ressaltamos que a resolução normativa da ANS mencionada no pedido de impugnação, a saber, RN 347/2014, encontra-se revogada, tendo sido substituída pela RN 490/2022. Desta forma, a exigência de UTI móvel tem amparo na referida resolução, visto que, conforme art. 4º, embora não se trate de uma obrigatoriedade legal, os contratos podem prever cláusulas mais amplas dos que as estabelecidas no art. 2º que preveja cobertura adicional referente à remoção. Assim, considerando a previsão legal acima exposta, reiteramos que não há qualquer afronta a manutenção da exigência do item 8 do edital.

De fato, a crítica da Impugnante não procede, visto que a Resolução Normativa da ANS nº 490 de 29 de março de 2022 assim estabelece:

*Art. 4º Os contratos de planos privados de assistência à saúde podem conter cláusulas mais amplas do que as estabelecidas no art. 2º, abrangendo, inclusive, as hipóteses contidas no art. 3º. Parágrafo único. **As cláusulas mais amplas a que se refere o caput podem também estar previstas em termo ou instrumento, apartado do contrato de planos privados de assistência à saúde, que preveja cobertura adicional referente à remoção.***

Deste modo, é facultado nas contratações dos planos privados de assistência à saúde, a cobertura para remoções em ambulância com características superiores ao padrão estabelecido pela referida Resolução, ou seja, com veículo equipado com UTI, também sendo esta uma exigência de natureza discricionária, facultada ao órgão licitador, não sendo a remoção obrigação apenas do serviço público denominado "SAMU".

Assim, opino pela improcedência da crítica referente à exigência de UTI Móvel.

c) Quanto à forma de reajuste pelo IPC – FIPE SAÚDE e não pelo índice VCMH e índice de sinistralidade

A Impugnante pede que sejam alterados a forma de reajuste prevista no Edital, para que se inclua o índice VCMH e reajuste na hipótese de sinistralidade atingir 70% que a seu ver são os mecanismos que garantem a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do Contrato.

Em análise à resposta da área técnica observa-se quanto à crítica relacionada a escolha da forma de reajuste prevista para o Contrato, a seguinte resposta:

"Primeiramente, cumpre ressaltar que não há resolução normativa da ANS que discipline os reajustes de plano coletivo empresarial de assistência à saúde, como ocorre em relação aos planos individuais, regulados por RN. Desta forma, não havendo obrigatoriedade legal para aplicação do reajuste por sinistralidade, o critério de reajuste de preços a ser utilizado constitui discricionariedade conferida à contratante. Este fato se comprova diante dos diversos contratos de mesmo objeto,

vistos e estudados na fase de formatação do TR, que não continham a previsão de reajuste por sinistralidade e apresentavam a previsão de reajuste pelo IPC-FIPE SAÚDE, IPCA ou outros. Portanto, não assiste razão à impugnante, no que se refere à alteração do índice de reajuste contratual para Variação dos Custos Médico-Hospitalares (VCMH). Diante do exposto, a forma de reajuste optada pela contratante se deu pela forma convencional, de reajuste anual com base em índice governamental de modo a preservar o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

De fato, a inclusão de reajuste por sinistralidade ou inclusão de índice com base na *Variação dos Custos Médico-Hospitalares (VCMH)* não é obrigatória para contratos coletivos empresariais, onde prevalece a liberdade contratual entre as partes e a excepcionalidade da intervenção sobre as normas convencionadas entre as partes, em virtude da aplicação do disposto no art. 421 do Código Civil:

Art. 421. A liberdade contratual será exercida nos limites da função social do contrato. [\(Redação dada pela Lei nº 13.874, de 2019\)](#)

Parágrafo único. Nas relações contratuais privadas, prevalecerão o princípio da intervenção mínima e a excepcionalidade da revisão contratual. [\(Incluído pela Lei nº 13.874, de 2019\)](#)

No site da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, ao tratar de Planos Coletivos Empresariais, há claramente a explicação de que o índice de reajuste a ser aplicado será o que for definido livremente no Contrato:

“Nos planos coletivos, o índice de reajuste por variação de custos é definido conforme as normas contratuais livremente estabelecidas entre a operadora de planos de saúde e a empresa que contratou o plano.”

Deste modo, a EMDEC, durante os estudos preliminares relacionados à referido processo licitatório, concluiu que a forma de reajuste vinculado ao IPC-FIPE/SAÚDE concedido após o período de 12 (doze) meses do início da vigência do contrato seria adequado para recompor a equação econômico-financeira, em virtude dos efeitos inflacionários, ao invés de vincular o reajuste às alterações dos índices de sinistralidade.

Tal escolha reputa-se adequada e devidamente fundada com base em critérios discricionários, conforme já indicou o TCE/SP em julgado exarado pela Primeira Câmara em 11/07/2023:

“A escolha do padrão de plano de saúde afeiçoa-se à atuação discricionária da Administração, resguardada indispensável disponibilidade orçamentária, sem prejuízo da eventual exigência de contrapartida do usuário para custeio do benefício concedido ao titular, dependentes e agregados, nos termos da legislação.” (TC-007649.989.18-3)

Deste modo, entendo que é válida a opção técnica de reajuste com base no IPC-FIPE-SAÚDE inserida na Minuta do Contrato – Anexo III, razão pela qual opino pela improcedência da impugnação quanto a este ponto.

d) Quanto à “necessária previsão do prazo necessário para migração entre planos”

Neste ponto a Impugnante criticou que o item 2.2.2. do Termo de Referência não havia estabelecido período para migração de planos dentro da própria operadora, ou seja, na hipótese de “upgrade” ou

“downgrade” seria necessário incluir que a troca apenas seria viável no aniversário do Contrato e não a qualquer momento ao longo do ajuste.

Com relação a este ponto a área técnica requisitante apresentou a seguinte manifestação:

“Em relação ao apontamento referente ao item 2.2.2 do Termo de Referência integrante do Edital, ao que parece, houve uma falha na interpretação da redação por parte da impugnante, uma vez que o referido item não corresponde ao tema de migração entre planos, mas sim da opção, se houver disponibilidade, para acomodação hospitalar superior à modalidade contratada no momento da utilização. À exemplo disso, temos uma gestante que tenha plano coletivo contratado, mas que deseje, para a realização do parto, ter um upgrade para acomodação privativa, exclusivamente para este momento, mantendo-se inalterada a modalidade anteriormente contratada. Neste caso, conforme previsto no TR do Edital, o beneficiário deverá realizar a negociação diretamente com a contratada, devendo arcar a diferença de valores diretamente à operadora. (...) Desta forma, após elucidada a questão acima, não há razão para alteração do item 2.2.2, conforme pedido de impugnação. Em relação à migração dos beneficiários entre os planos, o item do Termo de Referência que prevê essa hipótese é o item 17.1.3., que dispõe que poderá ocorrer a migração para outra modalidade do plano de saúde da nova contratada, sem carência, desde que efetivada dentro dos primeiros 30 (trinta) dias do contrato. Assim, as migrações que vierem a ocorrer fora deste prazo, passarão a ser sujeitas à carência, nos termos da ANS e conforme item 10 do Termo de Referência. Não há obrigatoriedade legal para que seja facultada a migração apenas no aniversário do contrato, conforme solicitado pela impugnante.”

Assim, conforme informou a área responsável, o Termo de Referência já prevê em seus itens 17.1.3. e 10.2. que a migração de modalidades de plano apenas é realizada sem carência dentro dos primeiro 30 (trinta) dias do Contrato, sendo que as alterações posteriores estarão sujeitas ao cumprimento de carências, nos limites da regulamentação da ANS. O item 10.2. deixa claro que é permitida a exigência de carências caso a alteração se dê após o prazo permitido no Contrato:

10.2. Para os pedidos de inclusão efetuados após o prazo estabelecido nos itens 4.1.1, 4.1.2 e 4.1.3, fica facultada à CONTRATADA a aplicação de carências, respeitados os prazos máximos previstos em legislação.

A Resolução Normativa ANS nº 438 de 03 de dezembro de 2018 prescreve que na hipótese de contratação de plano superior seria possível à exigência de carências relacionadas à cobertura adicional, atentando-se para os seguintes limites:

Art. 7º O plano de destino poderá possuir coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem, sendo que, nesses casos, poderá ser exigido o cumprimento de períodos de carências para as coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem, fixando-se os seguintes períodos de carências:

I - prazo máximo de 300 (trezentos) dias para partos a termo;

II - prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para cobertura odontológica;

III - prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para cobertura ambulatorial;

IV - prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para cobertura hospitalar;

V - prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas para casos de urgência e emergência.

Neste ínterim, não assiste razão à Impugnante, haja vista que o Edital já prevê adequadamente e com amparo na regulamentação específica da ANS sobre o cumprimento de carências em caso de alteração da

modalidade do plano, sendo que não há qualquer obrigatoriedade legal de inclusão de limite para as alterações apenas nos aniversários do Contrato.

III - Conclusão:

Nestes termos, s.m.j. submete-se à apreciação da autoridade competente esta manifestação jurídica de caráter opinativo no sentido do **desprovemento** da impugnação da empresa **NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.**, nos termos acima.

Campinas, 14 de novembro de 2024

Fernanda Sartori Marques Vieira
OAB/SP 335.548



Documento assinado eletronicamente por **FERNANDA SARTORI MARQUES VIEIRA**, Advogado(a), em 14/11/2024, às 10:25, conforme art. 10 do Decreto 18.702 de 13 de abril de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <https://sei.campinas.sp.gov.br/verifica> informando o código verificador **12956590** e o código CRC **6687B738**.