



## TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DA BAHIA

1ª Av. do Centro Administrativo da Bahia, 150 - Bairro CAB - CEP 41.745-901 - Salvador - BA - <http://www.tre-ba.jus.br/>

**PROCESSO** : 0000516-63.2022.6.05.8000  
**INTERESSADO** : COORDENADORIA DE EDUCAÇÃO, DESENVOLVIMENTO, ATENÇÃO À SAÚDE E BENEFÍCIOS  
**ASSUNTO** : Contratação de serviço continuado de assistência à saúde ou cobertura de custos assistenciais através de plano privado, com coparticipação de 30%

**PARECER nº 127 / 2022 - PRE/DG/ASJUR**

1. Prestadas as informações solicitadas nos docs. nºs 1844280 e 1847164, retornam os autos a esta Assessoria Jurídica de Licitações e Contratos e Questões Administrativas para manifestação conclusiva acerca dos pedidos de esclarecimento e impugnações ao Edital do Pregão Eletrônico nº 06/2022, que tem por objeto a contratação de prestação de serviço continuado de assistência à saúde ou cobertura de custos assistenciais através de plano privado, com coparticipação de 30% (doc. nº 1831811).

2. No doc. nº 1837565, a CENTRAL NACIONAL UNIMED – COOPERATIVA CENTRAL impugna os itens 8.4 e 8.8 do Termo de Referência, que tratam do reajuste dos preços, bem como a condição 17.5 do edital, que se refere aos encargos moratórios devidos pelo Tribunal em caso de atraso no pagamento.

2.1. No que tange ao critério de atualização dos preços, prescrevem as condições questionadas, *in verbis*:

*8.4 Os valores contratados poderão ser reajustados anualmente, por acordo entre as partes, após decorridos os 12 (doze) primeiros meses da data de apresentação da proposta, com base na variação do Índice de Preços ao Consumidor Ampliado (IPCA), ou por outro índice que venha a substituí-lo, observadas as disposições do art. 5º do Decreto 1.054/1994 e demais normas legais aplicáveis, desde que observada a compatibilidade dos preços finais com aqueles praticados no mercado.*

*8.8 Os valores contratados poderão, ainda, ser revisados anualmente, por acordo entre as partes, após decorridos os 12 (doze) primeiros meses de vigência contratual, desde que a sinistralidade apurada para o referido período seja superior a 75% (setenta e cinco por cento).*

2.2. A impugnante alega que as operadoras utilizam como parâmetro para reajuste financeiro dos planos coletivos empresariais o índice obtido pelo cálculo da Variação de Custo Médico-Hospitalar (VCMH), que considera a frequência de utilização e a variação dos preços de serviços como consultas, exames, cirurgias, tratamentos e internações. Sustenta que o mercado atua com o percentual de sinistralidade de 70%.

2.3. Sobre este aspecto, insta registrar que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não atua na regulamentação de reajustes dos planos de saúde coletivos empresariais ou coletivos por adesão. É dizer, as partes têm autonomia para negociar/fixar os parâmetros que serão seguidos para a atualização dos preços. Nesse sentido, tratando-se de contrato administrativo, aventou-se a aplicação do IPCA, bem como a revisão por sinistralidade quando esse custo rompe a marca dos 75% do valor da receita do ajuste.

2.3.1. Convém ressaltar que os critérios acima constam do Contrato nº 02/2019, celebrado entre o TRE-SE e a UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A (doc. nº 1818957). Em relação à meta de

sinistralidade de 75%, verifica-se idêntica previsão no Contrato nº 05/2020, firmado entre o TRE-PB e a UNIMED JOÃO PESSOA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO (doc. nº 1818964). Tais fatos indicam a exequibilidade econômica da disciplina definida no Edital do Pregão Eletrônico nº 06/2022.

2.4. Quanto às consequências pelo atraso no pagamento por culpa da Administração, o Edital e o Termo de Referência estabelecem que:

***Edital do Pregão Eletrônico nº 06/2022***

*17.5. No caso de atraso de pagamento, desde que a Contratada não tenha concorrido de alguma forma para tanto, serão devidos pela Contratante encargos moratórios à taxa nominal de 6% a.a. (seis por cento ao ano), capitalizados diariamente em regime de juros simples.*

*17.6. O valor dos encargos será calculado pela fórmula:  $EM = I \times N \times VP$ , onde: EM = Encargos moratórios devidos; N = Números de dias entre a data prevista para o pagamento e a do efetivo pagamento; I = Índice de compensação financeira = 0,00016438; e VP = Valor da prestação em atraso.*

***Anexo I – Termo de Referência***

*9.14. Na hipótese de não ocorrer o pagamento na data prevista, por causa atribuída exclusivamente à Administração, o valor devido deverá ser acrescido de atualização financeira e sua apuração se fará desde a data de seu vencimento até a data do efetivo pagamento, em que os juros de mora serão calculados à taxa de 0,5% (meio por cento) ao mês, ou 6% (seis por cento) ao ano, mediante aplicação da seguinte fórmula: taxa de 0,5% (meio por cento) ao mês, ou 6% (seis por cento) ao ano, mediante aplicação da seguinte fórmula:*

*EM = N x VP x I, onde:*

*EM = Encargos moratórios;*

*N = Número de dias entre a data prevista para o pagamento e a do efetivo pagamento;*

*VP = Valor da parcela em atraso; e*

*I = Índice de atualização financeira:*

*I = 6/100/365 (ou seja, taxa anual/100/365 dias). I = 0,0001644.*

*9.15. Salvo a atualização financeira prevista no item 9.16, não será devida qualquer compensação ou penalidade por atraso de pagamento.*

2.5. De acordo com a CENTRAL NACIONAL UNIMED, as disposições deveriam ser alteradas para contemplar o recebimento de multa moratória de 2% sobre o valor da fatura e juros de mora à razão de 0,033% ao dia, sob pena de desequilíbrio da relação contratual e locupletamento sem causa da Administração.

2.6. O edital contempla fórmula para aplicação dos juros de mora (tratando-a genericamente como “atualização financeira”), não merecendo qualquer reparo, no particular. Com efeito, a penalidade pelo descumprimento da obrigação de pagamento no prazo definido no contrato já se encontra definida em sua integralidade.

2.7. Constata-se que a disciplina padrão deste Órgão baseia-se na Instrução Normativa nº 05/2017, que “Dispõe sobre as regras e diretrizes do procedimento de contratação de serviços sob o regime de execução indireta no âmbito da Administração Pública federal direta, autárquica e fundacional. Consoante previsão inserta no Anexo XI:

*5. Na inexistência de outra regra contratual, quando da ocorrência de eventuais atrasos de pagamento provocados exclusivamente pela Administração, o valor devido deverá ser acrescido de atualização financeira, e sua apuração se fará desde a data de seu vencimento até a data do efetivo pagamento, em que os juros de mora serão calculados à taxa de 0,5% (meio por cento) ao mês, ou 6% (seis por cento) ao ano, mediante aplicação das seguintes fórmulas:*

$$I=(TX/100)$$

365

 $EM = I \times N \times VP$ , onde: $I$  = Índice de atualização financeira; $TX$  = Percentual da taxa de juros de mora anual; $EM$  = Encargos moratórios; $N$  = Número de dias entre a data prevista para o pagamento e a do efetivo pagamento; $VP$  = Valor da parcela em atraso.

5.1. Na hipótese de pagamento de juros de mora e demais encargos por atraso, os autos devem ser instruídos com as justificativas e motivos e submetidos à apreciação da autoridade competente, que adotará as providências para eventual apuração de responsabilidade, identificação dos envolvidos e imputação de ônus a quem deu causa à mora.

2.8. Opina-se, portanto, pelo não acolhimento da impugnação apresentada pela CENTRAL NACIONAL UNIMED – COOPERATIVA CENTRAL.

3. Passando ao exame da impugnação atravessada pela UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A (doc. nº 1838377), tecemos as considerações que seguem.

3.1. A empresa alega que as disposições da alínea “a” do item 12.1 do Termo de Referência (reproduzidas na Cláusula Décima Terceira do contrato) violam os arts. 7º, V, e 11, II, “d”, da Lei nº 13.709/2018, uma vez que exigem o consentimento prévio do titular dos dados para a execução dos serviços.

3.1.1. Argumenta que “o compartilhamento de dados somente ocorre com a finalidade de execução do contrato e, conforme esclarecido, a empresa vencedora do certame como Agente Controladora dos dados compartilhados é responsável, inclusive, perante terceiros envolvidos na execução e prestação dos serviços contratados, como por exemplo, a rede assistencial oferecida, o que, mais uma vez, não justifica a necessidade do consentimento prévio do titular para a prestação do serviço”. Acrescenta que “condicionar a necessidade de obter o consentimento para a coleta de dados dos titulares para a prestação dos serviços inviabilizará a operação, uma vez que a empresa vencedora do certame não pode aguardar o aceite do titular para iniciar a execução do contrato”.

3.1.2. Requer, assim, a exclusão da obrigação de obter o consentimento do titular dos dados para a prestação dos serviços.

3.2. Questiona, ainda, a alínea “b” do item 12.1 do TR (repetido na Cláusula Décima Terceira do ajuste), afirmando que as Operadoras de Saúde, como agentes controladoras, possuem obrigações impostas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar que exigem a manutenção dos dados após o encerramento do contrato.

3.2.1. Reclama que a exceção constante do art. 16, I, da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)[1], seja expressamente incluída no dispositivo questionado, para que o mesmo assuma a seguinte redação: “**encerrada a vigência do contrato ou não havendo mais necessidade de utilização dos dados pessoais, sejam eles sensíveis ou não, a Contratada providenciará seu descarte de forma segura, ressalvada as informações que deverão ser mantidas em virtude de obrigação regulatória ou legal**”.

3.3. Prescrevem as regras discutidas:

*O TRE-BA e a Contratada se comprometem a proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural, relativos ao tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, atuando da seguinte forma:*

*a) a coleta de dados pessoais indispensáveis à própria prestação do serviço, se houver, será realizada mediante prévia e fundamentada aprovação do TRE-BA, responsabilizando-se a Contratada por obter o consentimento dos titulares (salvo nos casos em que opere outra hipótese legal de tratamento). Os dados assim coletados só poderão ser utilizados na execução dos serviços especificados neste contrato, e em hipótese alguma poderão ser compartilhados ou utilizados para outros fins;*

*b) encerrada a vigência do contrato ou não havendo mais necessidade de utilização dos dados pessoais, sejam eles sensíveis ou não, a Contratada providenciará seu descarte de forma segura. (grifamos).*

3.4. *Ab initio*, ressalta-se que as cláusulas impugnadas constituem padrão em todas as contratações efetivadas por este Órgão. Nessa perspectiva, seu texto foi elaborado para compreender os mais diversos objetos demandados pela Administração e atender aos ditames da Lei nº 13.709/2018.

3.4.1. Observa-se, assim, que as situações vislumbradas pela Operadora se encontram devidamente contempladas pelas alíneas “a” e “b” acima, tendo em vista que:

a) se, para o exercício regular do direito de executar o contrato, a empresa não necessitar do consentimento do titular, enquadrando-se na hipótese do art. 11, II, “d”, da LGPD[2], a exceção estará prevista conforme excerto “*salvo nos casos em que opere outra hipótese legal de tratamento*”; e,

b) havendo obrigação legal ou regulatória imposta à empresa, persiste a necessidade de utilização de dados pessoais, ou seja, o descarte não poderá ser realizado. Interpreta-se o dispositivo a *contrario sensu*. Note-se que são estipuladas regras alternativas e independentes: encerrada a vigência do contrato **ou** não havendo mais necessidade de utilização dos dados pessoais.

3.5. Conclui-se que as cláusulas rechaçadas não afrontam a Lei nº 13.709/2018, não merecendo o edital qualquer reparo, no particular.

4. No doc. nº 1839538 foi acostada impugnação formulada pela HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S.A. A operadora refuta os seguintes pontos: a) excessividade da rede credenciada exigida; b) previsão de *home-care*, procedimento que não consta do rol obrigatório definido pela ANS e que, certamente, onerará o contrato; c) ausência de prazo para resposta aos questionamentos da gestão/fiscalização (tópico 4.1.4 do TR).

4.1. Em relação ao primeiro aspecto, a Operadora defende que os requisitos assentados nos tópicos 3.1.9.1 e 3.1.9.2 do TR[3] são desproporcionais ao quantitativo estimado de beneficiários, ferindo os princípios da ampla competitividade e da legalidade. Após transcrever os dispositivos impugnados, aduz que:

*Frise-se que a discricionariedade não é privilégio conferido ao administrador para exercer os atos administrativos como lhe convém, mas, na verdade, é a liberdade de fazê-lo dentro dos limites da Legislação. Não havendo no Edital e nos seus anexos qualquer justificativa técnica para o estabelecimento desses quantitativos de rede exorbitantes em face da expectativa de apenas 2.417 (dois mil quatrocentos e dezessete) usuários, evidente que há clara restrição à competitividade – princípio disposto na Constituição Federal e na Lei Geral de Licitações e Contratos Administrativos.*

4.1.1. Pondera que o prazo de 30 (trinta) dias do item 7.4 é insuficiente para que a empresa credencie prestadores em todas as capitais do Brasil, mais Distrito Federal, além dos 08 (oito) hospitais em Salvador. Colaciona julgado do Tribunal de Contas da União em que a Corte classificou como impropriedade/falha a exiguidade do prazo conferido para a apresentação de rede credenciada na prestação de serviços de administração, gerenciamento, emissão, distribuição e fornecimento de cartões de Vale Refeição/Alimentação.

4.1.2. Acrescenta que a restrição à competitividade pode indicar o direcionamento do certame, socorrendo-se, novamente, de jurisprudência da Corte de Contas para ratificar a necessidade de justificativa (embasada em estudos técnicos prévios) para a mensuração da rede credenciada. Finaliza o tópico sustentando que:

*Regras editalícias que impõem ônus demasiado para o preenchimento das condições de participação das empresas licitantes ferem o princípio da isonomia, o caráter competitivo do certame e o princípio da legalidade, motivo pelo qual, uma vez verificada a ausência de exigências desprovidas de justificativa técnica e, simultaneamente, sendo notável que a perfeita execução do objeto licitado não está condicionada ao cumprimento de tais exigências, deve ser rechaçada a manutenção destas, por configurarem violação à legislação pátria.*

*No presente caso, tanto inexistente fundamento técnico para a restrição configurada, que, frise-se, o Edital e todos os seus anexos não contemplam qualquer justificativa para tais imposições, tampouco há registro de que as*

*exigências foram estudadas, como determina a Jurisprudência. Assim, as exigências de rede credenciada infligem demasiado ônus às possíveis licitantes do certame, sem que tenha sido observado o atendimento do interesse público, de forma alguma, pois a prestação dos serviços está indevidamente condicionada ao cumprimento da totalidade dos quantitativos estabelecidos.*

4.2. Encaminhados os autos à COMISS2006, a sua Presidente assim se manifestou (doc. nº 1845646):

*Considerando que este Tribunal Regional Eleitoral é um Órgão Federal, e nessa classificação se faz necessário que os seus servidores realizem viagens para diversas Unidades da Federação, o atendimento completo, sem restrições, em âmbito nacional, apresenta-se como a alternativa que melhor atende ao escopo dessa contratação, que é prestar a efetiva assistência médica aos seus beneficiários.*

*Ademais, caso o plano seja regional, o atendimento vai depender se o contrato abrange o estado em que o beneficiário necessite ser atendido, uma vez que, de acordo com a ANS, a operadora do plano não é obrigada a oferecer atendimento de urgência ou emergência fora dos locais estabelecidos em contrato.*

*Assim, o perfil do quadro dos seus beneficiários é um aspecto importante, que deve ser considerado, na escolha da abrangência territorial oferecida pela empresa de assistência à saúde a ser contratada.*

*Quanto à definição do número de hospitais em Salvador, temos que, segundo a OMS, o ideal é que exista 3 a 5 leitos para cada mil habitantes. Já em termos nacional, o Ministério da Saúde recomenda que esse número seja de 2,5. Sendo que, para a Capital do nosso Estado essa média encontra-se em 1,3 leitos. Daí, a necessidade de se estipular um número mínimo de hospitais, para o qual consideramos o número de 08 como sendo razoável.*

*No que se refere à classificação quanto ao seu porte, temos que são considerados hospitais de grande porte aqueles que possuem 151 a 500 leitos.*

*Quanto à terminologia, hospital geral é aquele destinado a atender pacientes portadores de doenças das várias especialidades, abrangendo clínica médica, clínica cirúrgica, clínica gineco-obstétrica e clínica pediátrica, podendo dispor de serviço de urgência / emergência.*

4.2.1. Em complementação, por meio do doc. nº 1848794, a Comissão conclui pela razoabilidade da exigência nos seguintes termos:

*(...) esta Comissão informa que a exigência do quantitativo de 08 (oito) hospitais para atendimento das internações eletivas e dos casos de urgência / emergência na cidade de Salvador, constante do subitem 3.1.9.2. do Termo de referência, refere-se ao total, e dessa totalidade, ainda conforme o referido subitem, 05(cinco) precisam ser classificados como geral, classificação essa que se refere ao tipo de atendimento, bem como 04 (quatro) classificados como de grande porte, que por sua vez são aqueles que possuem o número de 151 a 500 leitos.*

*Isso posto, considerando que do total de 08 (oito), apenas 05 necessitam ser do tipo geral e 04 (quatro) de grande porte, não consideramos excessiva a susomencionada exigência, uma vez que a contratada poderá manter credenciados 03 (três) hospitais que não sejam do tipo geral e 04 (quatro) que não sejam classificados como sendo de grande porte.*

4.2.2. Assim, considerando a motivação técnica acima colacionada e depreendendo que a equipe responsável pelos estudos averiguou a possibilidade fática do cumprimento dos requisitos impostos para esta Capital, julgamos que os itens impugnados deverão ser mantidos.

4.3. No que tange à assistência domiciliar (*home-care*), prevista no item 3.1.9.13 do TR, a HAPVIDA alega que, não sendo um procedimento obrigatório, a sua oferta costuma ser remunerada à parte pelos beneficiários, o que não se observa na presente licitação. Argumenta que “a exigência de fornecimento de *home-care* onerará excessivamente a proposta de preços, afastará licitantes e prejudicará a obtenção da

*proposta mais vantajosa.” Repisa a ausência de justificativa para a medida, ressaltando que a exclusão da previsão de assistência domiciliar “não significa que o beneficiário que necessitar de auxílio médico irá ficar desamparado, podendo buscar os hospitais credenciados e – se for o caso – até mesmo ficar internado, sempre com a garantia da excelência da garantia (sic) do serviço contratado”.*

4.4. De logo, cumpre assentar que o fato de a assistência domiciliar não figurar no rol de procedimentos obrigatórios elencados na Resolução Normativa nº 465/2021 da ANS não impede a sua contratação. Nessa esteira, a Lei nº 9.656/1998, em seu art. 12, estabelece as garantias **mínimas** para cada segmentação contratada no plano-referência de assistência à saúde:

*Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:*

***I - quando incluir atendimento ambulatorial:***

- a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;*
- b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;*
- c) cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes*

***II - quando incluir internação hospitalar:***

- a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;*
- b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar; vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;*
- c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;*
- d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;*
- e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro; e*
- f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;*
- g) cobertura para tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar;*

***III - quando incluir atendimento obstétrico:***

- a) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor; ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto;*
- b) inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência,*

*desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção;*

***IV - quando incluir atendimento odontológico:***

*a) cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente;*

*b) cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia;*

*c) cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral;*

***V - quando fixar períodos de carência:***

*a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;*

*b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;*

*c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;*

*VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada;*

*VII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante. (destacamos)*

4.4.1. Regulamentando a matéria, a Resolução Normativa nº 465/2021 da ANS dispõe que:

*Art. 2º Para fins de cobertura, considera-se taxativo o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde disposto nesta Resolução Normativa e seus anexos, podendo as operadoras de planos de assistência à saúde oferecer cobertura maior do que a obrigatória, por sua iniciativa ou mediante expressa previsão no instrumento contratual referente ao plano privado de assistência à saúde.*

*(...)*

*Art. 13. Caso a operadora ofereça a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e nas alíneas "c", "d", "e" e "g" do inciso II do art. 12 da Lei n.º 9.656, de 1998.*

*Parágrafo único. Nos casos em que a atenção domiciliar não se dê em substituição à internação hospitalar, deverá obedecer à previsão contratual ou à negociação entre as partes. (grifos acrescidos)*

4.4.2. Constata-se que a previsão do item 3.1.9.13 do TR está respaldada pela legislação de regência.

4.5. Ademais, parece-nos que a justificativa técnica para a inclusão do serviço no objeto do ajuste é intuitiva: visa garantir maior cobertura para os beneficiários, proporcionando o tratamento mais adequado à saúde dos segurados.

4.5.1. Sendo pertinente a demanda da Administração, não cabe falar em restrição indevida da ampla competitividade. De fato, justificada a definição do critério, a restrição é da essência do procedimento licitatório, cuja finalidade é justamente selecionar a melhor proposta ofertada no mercado **dentre aquelas que atendam às necessidades da Administração.**

4.6. Quanto à alegação de que a inclusão do serviço de *home care* geraria onerosidade excessiva, a pesquisa empreendida pela SEAQUI em contratos celebrados por outros Tribunais Eleitorais

demonstra o contrário. Com efeito, os Contratos nºs 18/2018 (doc. nº 1849500) e 21/2018 (doc. nº 1849505), ambos do TRE-SC[4], cujos preços foram considerados para a composição do Orçamento Estimativo (Anexo II do Edital nº 06/2022) contemplam o serviço em tela.

4.7. Por fim, no que tange à disciplina do tópico 4.1.4 do TR, diante da concordância da Comissão quanto ao prazo requerido na impugnação (doc. nº 1845646), compete a adequação do dispositivo, propondo-se:

*4.1.4 Os esclarecimentos solicitados pela Gestão/Fiscalização da Contratação deverão ser prestados no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados do recebimento da notificação pela Contratada, podendo ser fixado prazo para resolução do problema de acordo com a complexidade do caso.*

4.8. Em síntese, recomendamos o acolhimento da impugnação da HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S.A. para alterar o item 4.1.4 do TR, afastando-se as razões da empresa no que concerne à rede credenciada e aos serviços de atenção domiciliar.

5. Em relação às dúvidas suscitadas através dos docs. nº 1836882 e 1837517 que, no entender da COMISS2006, dependem do auxílio desta ASJUR (doc. nº 1840523), passa-se à sua apreciação após a transcrição de cada questionamento.

5.2. “**PERGUNTA 06:** Por favor ratificar nosso entendimento de que as exclusões dos beneficiários por exoneração ou demissão, bem como por aposentadoria, serão realizadas de acordo com as regras da Resolução Normativa nº 279, de 24 de novembro de 2011?”

5.2.1. Ratificamos o entendimento. A Lei nº 9.656/98 assegurou ao beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou que decidiu se aposentar o direito à permanência no plano de saúde coletivo empresarial, desde que atendidas algumas condições[5]. Regulamentando os artigos 30 e 31 da lei de regência, a Resolução Normativa nº 279/2011 da ANS detalha os procedimentos a serem adotados para o exercício da garantia, destacando-se:

*Art. 10. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá optar pela manutenção da condição de beneficiário no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta ao comunicado do empregador, formalizado no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria.*

*Parágrafo único. A contagem do prazo previsto no caput somente se inicia a partir da comunicação inequívoca ao ex-empregado sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.*

*Art. 11. A operadora, ao receber a comunicação da exclusão do beneficiário do plano privado de assistência à saúde, deverá solicitar à pessoa jurídica contratante que lhe informe:*

*I – se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;*

*II - se o beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto no artigo 22 desta Resolução;*

*III – se o beneficiário contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;*

*IV – por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde; e*

*V – se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.*

*Art. 12. A exclusão do beneficiário do plano privado de assistência à saúde somente deverá ser aceita pela operadora mediante a comprovação de que o mesmo foi comunicado da opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, bem como das informações previstas no artigo anterior.*

*Parágrafo único. A exclusão de beneficiário ocorrida sem a prova de que trata o caput sujeitará a operadora às penalidades previstas na RN nº 124, de 30 de março de 2006.*

5.2.2. Tratando sobre a exclusão, prescreve ainda a Resolução Normativa nº 195/2009:

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

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

*I - fraude; ou*

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

5.2.3. Considerando a resposta da Comissão ao questionamento em tela, convém pontuar:

a) caso o beneficiário exonerado ou demitido sem justa causa opte por se manter no plano de saúde, o custo será integralmente suportado por ele;

b) diante da ausência de plano anteriormente contratado por este Regional, não haverá beneficiário titular que inicie o ajuste na condição de aposentado. O direito será garantido àqueles que vierem a se aposentar durante a vigência do contrato com a futura Operadora.

5.3. “**PERGUNTA 11:** Favor informar a data prevista para início de vigência/implantação.”

5.3.1. A vigência é contada a partir da data de assinatura do contrato. O evento está vinculado à conclusão do procedimento licitatório, não sendo possível fixar, previamente, o dia exato de sua ocorrência.

5.4. “**PERGUNTA 12:** Por favor informar se as condições do produto abaixo transcritas, serão aceitas pela TRE BA:

O serviço de Home Care poderá ser concedido, a critério da SEGURADORA, desde que:

(...)

b. A continuidade do tratamento será por período determinado e embora possa ser prolongado, terá condição de futura alta;”

5.4.1. Conforme asseverado pela COMISS2006 (doc. nº 1840519), a previsão do tópico 3.1.1.1 do TR deixou de mencionar a alínea “a” do inciso II do art. 12 da Lei nº 9.656/98, que proíbe a limitação de prazo, valor máximo e quantidade de internações hospitalares.

5.4.2. A legislação não obriga as Operadoras a oferecerem qualquer tipo de atenção domiciliar[6]. Todavia, caso a cobertura conste do contrato formalizado com o plano, deverá obedecer, **no mínimo**, às prescrições do art. 13 da RN nº 465/2021, que estabelece, *in verbis*:

*Art. 13. Caso a operadora ofereça a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e nas alíneas “c”, “d”, “e” e “g” do inciso II do art. 12 da Lei n.º 9.656, de 1998.*

*Parágrafo único. Nos casos em que a atenção domiciliar não se dê em substituição à internação hospitalar, deverá obedecer à previsão contratual ou à negociação entre as partes.*

5.4.3. Observa-se que o TR reproduziu os termos do art. 13. Contudo, nada impede que as condições sejam ampliadas[7], dependendo, para tanto e por cautela, de expressa previsão no instrumento contratual.

5.4.4. Compete salientar que a Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006, da ANVISA, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), determina que a instituição responsável pelo gerenciamento e operacionalização da

assistência e/ou internação domiciliar elabore um Plano de Atenção Domiciliar (PAD), que deverá contemplar:

*4.9.1. a prescrição da assistência clínico-terapêutica e psicossocial para o paciente;*

*4.9.2. requisitos de infra-estrutura do domicílio do paciente, necessidade de recursos humanos, materiais, medicamentos, equipamentos, retaguarda de serviços de saúde, cronograma de atividades dos profissionais e logística de atendimento;*

*4.9.3. o tempo estimado de permanência do paciente no SAD considerando a evolução clínica, superação de déficits, independência de cuidados técnicos e de medicamentos, equipamentos e materiais que necessitem de manuseio continuado de profissionais;*

*4.9.4 a periodicidade dos relatórios de evolução e acompanhamento. (destaques acrescidos).*

5.4.4.1. Esse tempo de permanência é conceituado como “*período compreendido entre a data de admissão e a data de alta ou óbito do paciente*”.

5.4.5. Assim, caso a Administração pretenda que a viabilidade de alta do paciente não seja um elemento capaz de impactar na disponibilização do serviço, recomendamos a inclusão de cláusula específica no TR[8].

5.5. “**Item 3.1.9.16 do termo de referência:** Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.

**PERGUNTA 13:** Favor ratificar o entendimento de o item supracitado está subordinada as regras de atendimento estabelecidas nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial a RN 347/2014.”

5.5.1. Ratificamos o entendimento. O item 3.1.9.19, alínea “a.5”, inclusive, menciona a regulamentação da ANS:

*3.1.9.19 Atendimento hospitalar em todas as modalidades de internação inclusive com obstetrícia: atendimento em unidade hospitalar, previstos na legislação e no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, com livre escolha e direito a reembolso limitado ao valor da tabela da operadora, observadas as seguintes coberturas, dentre outras:*

*a) Internações em unidades hospitalares, inclusive em UTI/CTI, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, incluídos:*

*(...)*

*a.5) Cobertura de remoção de beneficiários de planos privados de assistência à saúde, com segmentação hospitalar, que tenham cumprido o período de carência de acordo com a Resolução Normativa ANS 347/2014;*

5.5.2. Caso o contrato pretendesse abarcar situações mais amplas, cumpriria detalhá-las no TR, conforme admite a própria RN 347/2014:

*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.*

5.6. “**Item 3.2.1.1 do termo de referência:** Titulares - são considerados beneficiários titulares para os planos, sem limite de idade: ‘V – pensionistas’.

**PERGUNTA 15:** De acordo com a norma regulatória da ANS, os contratos de assistência à saúde e odontológicos coletivos empresariais são regidos pela RN 195, mais especificadamente em seu artigo 5º que conceitua ‘é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária’.

Seguindo este princípio, obrigatoriamente, a operadora odontológica somente pode aceitar em seu plano beneficiários com este vínculo ao TRE BA, os pensionistas, não se enquadram nesta situação. No §2º do referido artigo prevê ainda que a adesão do grupo familiar está condicionada à participação do beneficiário titular no contrato.

Neste sentido, é garantida a inclusão do pensionista desde que esta condição ocorra durante a vigência do contrato, ou seja, no ato da nova contratação o titular que possuía vínculo com o TRE BA falece durante a vigência do contrato, tornando um dos dependentes o pensionista. Desta forma é possível a inclusão do pensionista, nos termos da RN 279, o qual se manterá ativo de acordo com o período de contribuição que o titular teve.

Diferente da situação de inclusão de beneficiário já na condição de pensionista, o que não é possível, pois, esta condição reflete inequivocamente a ausência de participação do beneficiário titular com elegibilidade ao contrato (que será firmado).

Concluindo, no caso de uma nova contratação de plano de saúde e odontológico, os pensionistas ainda que já vinculados ao contrato anterior, não terão elegibilidade para aderir ao novo contrato celebrado, uma vez que não mais existe a figura do titular elegível que permita a inclusão do dependente conforme dispõe o artigo 5º, § 2º da RN 195/09.

Considerando o parecer acima, fundamentado em um parecer e entendimento emitido pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) questionamos se este r. órgão concorda com o risco regulatório que a operadora estará exposta, podendo sofrer penalidades do órgão regulador ANS e, portanto, solicitamos a reanálise do item supracitado que dispõe sobre a garantia ao pensionista, no sentido de limitar esta categoria somente aos pensionistas que adquiriram esta condição durante a vigência do contrato, havendo previamente a figura do titular elegível, devendo, consequentemente, esta condição refletir aos demais itens do edital que preveem a condição do pensionista.”

5.6.1. Corroboramos com a interpretação conferida pela UNIMED SEGUROS SAÚDE S.A.. O pensionista assumirá a condição de beneficiário titular em função da morte do servidor ativo, aposentado ou do exonerado ou demitido sem justa causa, por período de tempo determinado[9] nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98. Para tanto, é preciso que, na ocasião do óbito, o pensionista conste como dependente do servidor no plano de saúde. Nesse sentido, estabelece a Resolução Normativa nº 279/2011 da ANS:

*Art. 8º Em caso de morte do titular é assegurado o direito de manutenção aos seus dependentes cobertos pelo plano privado de assistência à saúde, nos termos do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998.*

5.6.2. Aplica-se o mesmo racional desenvolvido quanto ao aposentado (item 5.2.3, “b”, deste opinativo): inexistindo plano de saúde atualmente contratado, nenhum beneficiário iniciará o ajuste com a Operadora na condição de pensionista.

5.6.3. Cumpre apenas ressaltar que o período de manutenção do pensionista no plano de saúde não possui relação com o prazo de vigência do ajuste, estando disciplinado nos artigos 30 (no caso de morte de servidor ativo) e 31 (na hipótese de falecimento de servidor aposentado) da Lei nº 9.656/98. Acerca do tema, oportuno transcrever ementa do acórdão prolatado pela 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça no Recurso Especial nº 1.841.285, de relatoria da Ministra Nancy Andrighi:

*RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO. FALECIMENTO DA TITULAR. BENEFICIÁRIA AGREGADA. PRETENSÃO DE MANUTENÇÃO DO BENEFÍCIO. ART. 30 DA LEI 9.656/1998. INTERPRETAÇÃO EXTENSIVA DOS DISPOSITIVOS E PRECEITOS LEGAIS. JULGAMENTO: CPC/15.*

*1. Ação de obrigação de fazer c/c compensação por dano moral ajuizada em 22/05/2018, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 30/07/2019 e atribuído ao gabinete em 01/07/2020. Julgamento: CPC/15.*

2. O propósito recursal consiste em decidir sobre a manutenção de membro pertencente a grupo familiar (beneficiário agregado) em plano de saúde coletivo, após o falecimento do beneficiário titular.

3. A Terceira Turma decidiu que, na hipótese de falecimento do titular do plano de saúde coletivo, seja este empresarial ou por adesão, nasce para os dependentes já inscritos o direito de pleitear a sucessão da titularidade, nos termos dos arts. 30 ou 31 da Lei 9.656/1998, a depender da hipótese, desde que assumam o seu pagamento integral (REsp 1.871.326/RS, julgado em 01/09/2020, DJe 09/09/2020).

4. Apesar de o § 3º do art. 30, que trata da hipótese de permanência em caso de morte do beneficiário titular, fazer uso da expressão “dependentes”, o § 2º assegura a proteção conferida pelo referido art. 30, de manutenção do plano de saúde nas hipóteses de rompimento do contrato de trabalho do titular, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar, sem fazer nenhuma distinção quanto aos agregados.

5. De acordo com o art. 2º, I, “b” da Resolução ANS 295/2012, beneficiário dependente é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo contratual com a operadora depende da existência de relação de dependência ou de agregado a um beneficiário titular.

6. No caso de morte do titular, os membros do grupo familiar – dependentes e agregados – podem permanecer como beneficiários no plano de saúde, desde que assumam o pagamento integral, na forma da lei.

7. O direito do beneficiário dependente de permanecer no plano de saúde após o falecimento do beneficiário titular tem prazo certo, este previsto na Lei 9.656/1998 e, no particular, no contrato do convênio e no regulamento do plano, sem prejuízo do exercício do direito à portabilidade de carências, nos termos dos arts. 6º e 8º, I e § 1º, da Resolução ANS 438/2018.

8. Recurso especial conhecido e desprovido. (grifou-se).

5.6.4. Releva assentar que a preocupação da Operadora tem pertinência, haja vista as consequências impostas pela ANS em face do descumprimento da obrigação de averiguar as condições de elegibilidade do beneficiário do plano de saúde coletivo, conforme artigos 31 e 32 da Resolução Normativa nº 195/2009:

**Art. 31.** A Resolução Normativa nº 124, de 30 de março de 2006, passa a vigorar acrescida dos seguintes artigos:

**Art. 20-D** Admitir o ingresso de beneficiário em contrato coletivo que não detenha o vínculo exigido pela legislação.

**Sanção - multa de R\$ 50.000,00."**

**Art. 32.** O ingresso de novos beneficiários que não atendam aos requisitos de elegibilidade previstos nos arts. 5º e 9º desta resolução constituirá vínculo direto e individual com a operadora, equiparando-se para todos os efeitos legais ao plano individual ou familiar.

5.7. “**Item 3.1.9.4 do termo de referência:** Atendimento ambulatorial: atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal; cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizado em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação; com cobertura de medicamentos utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos; com livre escolha e direito a reembolso limitado ao valor da tabela da operadora.

**PERGUNTA 23:** Favor ratificar o entendimento de o item supracitado está subordinada (sic) as regras de atendimento estabelecidas nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial a RN 465/2021, bem como as Diretrizes de Utilização (DUT) aplicáveis anexo II e suas atualizações.”

5.7.1. Faz-se mister esclarecer que a cobertura mínima do plano de saúde obedecerá a regulamentação mais recente da ANS (atualmente, vige a Resolução Normativa nº 465/2021, que revogou a Resolução Normativa nº 428/2017, citada no TR). Nesta perspectiva, prescrevem os artigos 1º e 2º da RN nº 465/2021:

*Art. 1º Esta Resolução Normativa – RN atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no art. 35 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998.*

*§1º Atualiza-se também o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de Alta Complexidade – PAC, constituído pelos procedimentos assim identificados no Anexo I desta Resolução Normativa, que podem ser objeto de cobertura parcial temporária - CPT nos casos de doenças e lesões preexistentes - DLP, conforme o disposto em Resolução específica.*

*§2º A cobertura assistencial estabelecida por esta Resolução Normativa e seus anexos será obrigatória independente da circunstância e do local de ocorrência do evento que ensejar o atendimento, respeitadas as segmentações, a área de atuação e de abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada da operadora, os prazos de carência e a cobertura parcial temporária – CPT.*

*Art. 2º Para fins de cobertura, considera-se taxativo o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde disposto nesta Resolução Normativa e seus anexos, podendo as operadoras de planos de assistência à saúde oferecer cobertura maior do que a obrigatória, por sua iniciativa ou mediante expressa previsão no instrumento contratual referente ao plano privado de assistência à saúde. (destacamos).*

5.7.2. A princípio, pela interpretação literal da norma, a ampliação do rol de procedimentos dependeria de expressa previsão contratual. Entretanto, a caracterização desse rol como taxativo ou exemplificativo envolve controvérsia jurisprudencial, estando pendente de definição a tese que prevalecerá no Superior Tribunal de Justiça. Para ilustrar as argumentações divergentes, reproduzimos os acórdãos prolatados no REsp 1846108/SP, de relatoria da Ministra Nancy Andrighi da Terceira Turma, e no REsp 1733013/PR, de relatoria do Ministro Luis Felipe Salomão da Quarta Turma, respectivamente:

*RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER E DE PAGAR. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE. AMPLITUDE DE COBERTURA. ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS. NATUREZA EXEMPLIFICATIVA. LIMITAÇÃO DO NÚMERO DE SESSÕES DE TERAPIA OCUPACIONAL. ABUSIVIDADE. JULGAMENTO: CPC/15.*

*1. Ação de obrigação de fazer e de pagar ajuizada em 16/05/2017, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 27/09/2018 e atribuído ao gabinete em 18/09/2019.*

*2. O propósito recursal é dizer sobre a obrigação de a operadora de plano de saúde custear integralmente o tratamento de terapia ocupacional, sem limitar o número e a periodicidade das sessões indicadas na prescrição médica.*

*3. Nos termos do § 4º do art. 10 da Lei 9.656/1998, a amplitude da cobertura assistencial médico-hospitalar e ambulatorial, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, é regulamentada pela ANS, a quem compete a elaboração do rol de procedimentos e eventos para a promoção à saúde, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de todas as enfermidades que compõem a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID, da Organização Mundial de Saúde – OMS, respeitadas as segmentações assistenciais contratadas.*

*4. O Plenário do STF reafirmou, no julgamento da ADI 2.095/RS (julgado em 11/10/2019, DJe de 26/11/2019), que “o poder normativo atribuído às agências reguladoras deve ser exercitado em conformidade com a ordem constitucional e legal de regência”, razão pela qual os atos normativos exarados pela ANS, além*

*de compatíveis com a Lei 9.656/1998 e a Lei 9.961/2000, dentre outras leis especiais, devem ter conformidade com a CF/1988 e o CDC, não lhe cabendo inovar a ordem jurídica.*

*5. Conquanto o art. 35-G da Lei 9.656/1998 imponha a aplicação subsidiária da lei consumerista aos contratos celebrados entre usuários e operadoras de plano de saúde, a doutrina especializada defende a sua aplicação complementar àquela lei especial, em diálogo das fontes, considerando que o CDC é norma principiológica e com raiz constitucional, orientação essa que se justifica ainda mais diante da natureza de adesão do contrato de plano de saúde e que se confirma, no âmbito jurisdicional, com a edição da súmula 608 pelo STJ.*

*6. Quando o legislador transfere para a ANS a função de definir a amplitude das coberturas assistenciais (art. 10, § 4º, da Lei 9.656/1998), não cabe ao órgão regulador, a pretexto de fazê-lo, criar limites à cobertura determinada pela lei, de modo a restringir o direito à saúde assegurado ao consumidor, frustrando, assim, a própria finalidade do contrato.*

*7. O que se infere da leitura da Lei 9.656/1998 é que o plano-referência impõe a cobertura de tratamento de todas as doenças listadas na CID, observada a amplitude prevista para o segmento contratado pelo consumidor e excepcionadas apenas as hipóteses previstas nos incisos do art. 10, de modo que qualquer norma infralegal que a restrinja mostra-se abusiva e, portanto, ilegal, por colocar o consumidor em desvantagem exagerada.*

*8. O rol de procedimentos e eventos em saúde (atualmente incluído na Resolução ANS 428/2017) é, de fato, importante instrumento de orientação para o consumidor em relação ao mínimo que lhe deve ser oferecido pelas operadoras de plano de saúde, mas não pode representar a delimitação taxativa da cobertura assistencial mínima, na medida em que o contrato não se esgota em si próprio ou naquele ato normativo, mas é regido pela legislação especial e, sobretudo, pela legislação consumerista, com a ressalva feita aos contratos de autogestão.*

*9. Sob o prisma do CDC, não há como exigir do consumidor, no momento em que decide aderir ao plano de saúde, o conhecimento acerca de todos os procedimentos que estão – e dos que não estão – incluídos no contrato firmado com a operadora do plano de saúde, inclusive porque o rol elaborado pela ANS apresenta linguagem técnico-científica, absolutamente ininteligível para o leigo. Igualmente, não se pode admitir que mero regulamento estipule, em desfavor do consumidor, a renúncia antecipada do seu direito a eventual tratamento prescrito para doença listada na CID, por se tratar de direito que resulta da natureza do contrato de assistência à saúde.*

*10. No atendimento ao dever de informação, deve o consumidor ser clara, suficiente e expressamente esclarecido sobre os eventos e procedimentos não cobertos em cada segmentação assistencial (ambulatorial, hospitalar – com ou sem obstetrícia – e odontológico), como também sobre as opções de rede credenciada de atendimento, segundo as diversas categorias de plano de saúde oferecidas pela operadora; sobre os diferentes tipos de contratação (individual/familiar, coletivo por adesão ou coletivo empresarial), de área de abrangência (municipal, grupo de municípios, estadual, grupo de estados e nacional) e de acomodação (quarto particular ou enfermaria), bem como sobre as possibilidades de coparticipação ou franquia e de pré ou pós-pagamento, porque são essas as informações que o consumidor tem condições de avaliar para eleger o contrato a que pretende aderir.*

*11. Não é razoável impor ao consumidor que, no ato da contratação, avalie os quase 3.000 procedimentos elencados no Anexo I da Resolução ANS 428/2017, a fim de decidir, no momento de eleger e aderir ao contrato, sobre as possíveis alternativas de tratamento para as eventuais enfermidades que possam vir a acometê-lo.*

*12. Para defender a natureza taxativa do rol de procedimentos e eventos em saúde, a ANS considera a incerteza sobre os riscos assumidos pela operadora de plano de saúde, mas desconsidera que tal solução implica a transferência dessa*

*mesma incerteza para o consumidor, sobre o qual passam a recair os riscos que ele, diferentemente do fornecedor, não tem condições de antever e contra os quais acredita, legitimamente, estar protegido, porque relacionados ao interesse legítimo assegurado pelo contrato.*

*13. A qualificação do rol de procedimentos e eventos em saúde como de natureza taxativa demanda do consumidor um conhecimento que ele, por sua condição de vulnerabilidade, não possui nem pode ser obrigado a possuir; cria um impedimento inaceitável de acesso do consumidor às diversas modalidades de tratamento das enfermidades cobertas pelo plano de saúde e às novas tecnologias que venham a surgir; e ainda lhe impõe o ônus de suportar as consequências de sua escolha desinformada ou mal informada, dentre as quais, eventualmente, pode estar a de assumir o risco à sua saúde ou à própria vida.*

*14. É forçoso concluir que o rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS tem natureza meramente exemplificativa, porque só dessa forma se concretiza, a partir das desigualdades havidas entre as partes contratantes, a harmonia das relações de consumo e o equilíbrio nas relações entre consumidores e fornecedores, de modo a satisfazer, substancialmente, o objetivo da Política Nacional das Relações de Consumo.*

*15. Hipótese em que a circunstância de o rol de procedimentos e eventos em saúde estabelecer um número mínimo de sessões de terapia ocupacional de cobertura obrigatória, ao arrepio da lei, não é apta a autorizar a operadora a recusar o custeio das sessões que ultrapassam o limite previsto. Precedente do STF e do STJ.*

*16. Recurso especial conhecido e desprovido, com majoração de honorários.*

*(REsp 1846108/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 02/02/2021, DJe 05/02/2021)*

*PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE. RECURSO ESPECIAL. ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE ELABORADO PELA ANS. ATRIBUIÇÃO DA AUTARQUIA, POR EXPRESSA DISPOSIÇÃO LEGAL E NECESSIDADE DE HARMONIZAÇÃO DOS INTERESSES DAS PARTES DA RELAÇÃO CONTRATUAL. CARACTERIZAÇÃO COMO RELAÇÃO EXEMPLIFICATIVA. IMPOSSIBILIDADE. MUDANÇA DO ENTENDIMENTO DO COLEGIADO (OVERRULING). CDC. APLICAÇÃO, SEMPRE VISANDO HARMONIZAR OS INTERESSES DAS PARTES DA RELAÇÃO CONTRATUAL. EQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO E ATUARIAL E SEGURANÇA JURÍDICA. PRESERVAÇÃO. NECESSIDADE. RECUSA DE COBERTURA DE PROCEDIMENTO NÃO ABRANGIDO NO ROL EDITADO PELA AUTARQUIA OU POR DISPOSIÇÃO CONTRATUAL. OFERECIMENTO DE PROCEDIMENTO ADEQUADO, CONSTANTE DA RELAÇÃO ESTABELECIDADA PELA AGÊNCIA. EXERCÍCIO REGULAR DE DIREITO. REPARAÇÃO DE DANOS MORAIS. INVIABILIDADE.*

*1. A Lei n. 9.961/2000 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde. O art. 4º, III e XXXVII, atribui competência à Agência para elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei n. 9.656/1998, além de suas excepcionalidades, zelando pela qualidade dos serviços prestados no âmbito da saúde suplementar.*

*2. Com efeito, por clara opção do legislador, é que se extrai do art. 10, § 4º, da Lei n. 9.656/1998 c/c o art. 4º, III, da Lei n. 9.961/2000, a atribuição dessa Autarquia de elaborar a lista de procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei dos Planos e Seguros de Saúde. Em vista dessa incumbência legal, o art. 2º da Resolução Normativa n. 439/2018 da ANS, que atualmente regulamenta o processo de elaboração do rol, em harmonia com o determinado pelo caput do art. 10 da Lei*

*n. 9.656/1998, esclarece que o rol garante a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de todas as enfermidades que compõem a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID da Organização Mundial da Saúde.*

*3. A elaboração do rol, em linha com o que se deduz do Direito Comparado, apresenta diretrizes técnicas relevantes, de inegável e peculiar complexidade, como: utilização dos princípios da Avaliação de Tecnologias em Saúde - ATS; observância aos preceitos da Saúde Baseada em Evidências - SBE; e resguardo da manutenção do equilíbrio econômico[1] financeiro do setor.*

*4. O rol mínimo e obrigatório de procedimentos e eventos em saúde constitui relevante garantia do consumidor para propiciar direito à saúde, com preços acessíveis, contemplando a camada mais ampla e vulnerável da população. Por conseguinte, em revisitação ao exame detido e aprofundado do tema, conclui-se que é inviável o entendimento de que o rol é meramente exemplificativo e de que a cobertura mínima, paradoxalmente, não tem limitações definidas. Esse raciocínio tem o condão de encarecer e efetivamente padronizar os planos de saúde, obrigando-lhes, tacitamente, a fornecer qualquer tratamento prescrito, restringindo a livre concorrência e negando vigência aos dispositivos legais que estabelecem o plano-referência de assistência à saúde (plano básico) e a possibilidade de definição contratual de outras coberturas.*

*5. Quanto à invocação do diploma consumerista pela autora desde a exordial, é de se observar que as técnicas de interpretação do Código de Defesa do Consumidor devem reverência ao princípio da especialidade e ao disposto no art. 4º daquele diploma, que orienta, por imposição do próprio Código, que todas as suas disposições estejam voltadas teleologicamente e finalisticamente para a consecução da harmonia e do equilíbrio nas relações entre consumidores e fornecedores.*

*6. O rol da ANS é solução concebida pelo legislador para harmonização da relação contratual, elaborado de acordo com aferição de segurança, efetividade e impacto econômico. A uníssona doutrina especializada alerta para a necessidade de não se inviabilizar a saúde suplementar. A disciplina contratual exige uma adequada divisão de ônus e benefícios dos sujeitos como parte de uma mesma comunidade de interesses, objetivos e padrões. Isso tem de ser observado tanto em relação à transferência e distribuição adequada dos riscos quanto à identificação de deveres específicos do fornecedor para assegurar a sustentabilidade, gerindo custos de forma racional e prudente.*

*7. No caso, a operadora do plano de saúde está amparada pela excludente de responsabilidade civil do exercício regular de direito, consoante disposto no art. 188, I, do CC. É incontroverso, constante da própria causa de pedir, que a ré ofereceu prontamente o procedimento de vertebroplastia, inserido do rol da ANS, não havendo falar em condenação por danos morais.*

*8. Recurso especial não provido.*

*(REsp 1733013/PR, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 10/12/2019, DJe 20/02/2020)*

5.7.3. Considerando que a sessão de julgamento dos Embargos de Divergência nos EREsp nº 1886929/SP e EREsp nº 1889704/SP está pautada para a data de hoje (23.02.2021) às 13:00, julgamos que, previamente à abertura do pregão a questão estará definida. Portanto, a limitação dos procedimentos não expressamente mencionados na avença ao rol da ANS dependerá da solução do dissídio jurisprudencial.

5.8. **“Item 3.1.9.7 do termo de referência:** Escleroterapia, 12 sessões a cada período de doze meses, não cumulativas na renovação contratual contrato sem cobertura pelo rol se houver conforme (sic)

**PERGUNTA 24:** Cumpre esclarecer que a cobertura mencionada não faz parte do rol de coberturas obrigatória com base no Rol da ANS. Desta forma a cobertura será extracontratual de acordo com as condições gerais da Contratada.”

5.8.1. A cobertura está expressamente fixada no ajuste (12 sessões a cada período de doze meses, não cumulativas na renovação contratual), de modo que o procedimento deverá ser oferecido pela licitante vencedora.

5.9. “**Item 3.1.9.8 do termo de referência**: Terapia oncológica oral em nível ambulatorial;

**PERGUNTA 25**: Favor ratificar o entendimento de o item supracitado está subordinada as regras de atendimento estabelecidas nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial a RN 465/2021 e suas atualizações.”

5.9.1. Remete-se à resposta da Pergunta 23.

5.10. “**Item 3.1.9.10 do termo de referência**: Transplante de órgãos cobertos pela Resolução Normativa ANS 428/2017;

**PERGUNTA 26**: Favor ratificar o entendimento de o item supracitado está subordinado aos Termos do Rol da ANS.”

5.10.1. Remete-se à resposta da Pergunta 23.

5.11. “**Item 3.1.9.12 do termo de referência**: Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais

**PERGUNTA 27**: Favor ratificar o entendimento de o item supracitado está subordinada as regras de atendimento estabelecidas nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial a RN 465/2021 e suas atualizações.”

5.11.1. Remete-se à resposta da Pergunta 23.

5.12. “**Item 3.2.1.3 do termo de referência**: Agregados – são considerados dependentes especiais os(as) filhos(as) e ou enteados(as) dos beneficiários-titulares do item 4.1.1, I, II e III, se solteiros(as), com ou sem economia própria, não contemplados no item 4.1.2, III e VI, até 39 anos.

**PERGUNTA 35**: Cumpre esclarecer que os itens destacados 4.1.2, III e VI não refere-se ao assunto em questão. Desta forma, gentileza informar os itens corretos.”

5.12.1. A COMISS2006 já indicou os itens corretos, devendo o ajuste ser efetivado no TR.

5.13. “**Item 3.2.1.3 do termo de referência**: Agregados – são considerados dependentes especiais os(as) filhos(as) e ou enteados(as) dos beneficiários-titulares do item 4.1.1, I, II e III, se solteiros(as), com ou sem economia própria, não contemplados no item 4.1.2, III e VI, até 39 anos.

**PERGUNTA 36**: Favor ratificar o entendimento que os maiores de 24 (vinte e quatro) anos passarão a ser agregados.”

5.13.1. Passarão à condição de agregados, além dos maiores de 24 (vinte e quatro) anos, os filhos ou enteados dos beneficiários relacionados no item 3.2.1.1, I, II e III, a partir de 21 (vinte e um) anos, caso não se enquadrem na condição de estudantes.

5.14. “**PERGUNTA 42**: Favor ratificar o nosso entendimento de que:

- O contrato poderá ser cancelado a qualquer momento pelo Órgão ou Licitante Vencedora;
- Os valores dos prêmios não poderão ser reajustados em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as exceções abaixo:

a. Mudança de faixa etária (contrato com cobrança de prêmios por faixa etária);

b. Migração de plano; ou

c. Ampliação das coberturas do Seguro.

d. Adesão ao benefício de demitidos e aposentados.”

5.14.1. Não procede a afirmação da empresa quanto ao cancelamento do contrato a qualquer momento. Tratando-se de contrato administrativo, o seu encerramento antes do termo final avençado dependerá da caracterização de alguma das situações elencadas nos artigos 78 e 79 da Lei nº 8.666/93, devidamente motivadas, assegurado o contraditório e a ampla defesa. Consoante prescreve a Cláusula Décima Primeira do contrato:

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA –DA RESCISÃO CONTRATUAL**

*1. A inexecução total ou parcial do Contrato enseja a sua rescisão, conforme disposto nos artigos 77 a 80 da Lei 8.666/93, sem prejuízo da aplicação das penalidades aqui estabelecidas.*

*2. Os casos de rescisão contratual serão formalmente motivados nos autos do processo, assegurados o contraditório e a ampla defesa.*

5.14.1.1. O dispositivo acima transcrito atende, ainda, o artigo 17 da Resolução Normativa nº 195/2009 da ANS, que delega ao contrato celebrado entre as partes a definição das condições de rescisão ou de suspensão da cobertura[10].

5.14.1.2. Convém ressaltar que, caso a Operadora proceda à suspensão ou à rescisão do plano de saúde fora das hipóteses admitidas em contrato, estará sujeita à aplicação de penalidade de multa, conforme prevê o art. 31 da Resolução Normativa nº 195/2009:

*Art. 31. A Resolução Normativa nº 124, de 30 de março de 2006, passa a vigorar acrescida dos seguintes artigos:*

*"Suspensão ou Rescisão Unilateral de Contrato Coletivo*

*Art. 82-A Suspende ou rescindir o contrato coletivo em desacordo com a regulamentação:*

*Sanção - multa de R\$ 80.000,00"*

5.14.2. De referência ao reajuste, a Resolução Normativa nº 195/2009 da ANS consigna que:

*Art. 19. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a doze meses, ressalvado o disposto no caput do art. 22 desta RN.*

*§ 1º Para fins do disposto no caput, considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato.*

*§ 2º Em planos operados por autogestão, quando a contribuição do beneficiário for calculada sobre a remuneração, não se considera reajuste o aumento decorrente exclusivamente do aumento da remuneração.*

*§ 3º Em planos operados por autogestão, patrocinados por entes da administração pública direta ou indireta, não se considera reajuste o aumento que decorra exclusivamente da elevação da participação financeira do patrocinador.*

*§ 4º Não se considera reajuste a variação da contraprestação pecuniária em plano com preço pós estabelecido.*

*Art. 20. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano de um determinado contrato, inclusive na forma de contratação prevista no inciso III do art. 23 desta RN.*

*Art. 21. Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e os a ele já vinculados, inclusive na forma de contratação prevista no inciso III do art. 23 desta RN.*

*Art. 22. O disposto nesta seção não se aplica às variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação de contrato à Lei nº 9.656, de 1998. (grifamos).*

5.14.2.1. Depreende-se da intelecção dos dispositivos acima reproduzidos que as hipóteses de reajustamento do contrato em período inferior a 12 (doze) meses são excepcionais e, como tal, devem ser interpretadas restritivamente. Dessa forma, apenas na ocorrência de mudança e faixa etária e de migração de plano admite-se a variação positiva da contraprestação[11].

5.14.2.2. Compete registrar que a “adesão ao benefício de demitidos e aposentados”, considerada como a opção dos beneficiários à manutenção no plano, consoante artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, é regulamentada pela Resolução Normativa nº 279/2011 da ANS, que garante o respeito às

mesmas condições de **reajuste**, preço, faixa etária e fator moderador existentes durante a vigência do contrato de trabalho:

*Art. 16. A manutenção da condição de beneficiário no mesmo plano privado de assistência à saúde em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria **observará as mesmas condições de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador existentes durante a vigência do contrato de trabalho.***

*§ 1º O valor da contraprestação pecuniária a ser paga pelo ex-empregado deverá corresponder ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária de que trata o caput do artigo 15 desta Resolução, com as devidas atualizações.*

*§ 2º É permitido ao empregador subsidiar o plano de que trata o caput ou promover a participação dos empregados ativos no seu financiamento, devendo o valor correspondente ser explicitado aos beneficiários. (realçamos).*

5.14.2.3. Portanto, a ampliação das coberturas do seguro e a adesão ao benefício de demitidos e aposentados não autorizam a majoração do prêmio antes da data de aniversário do contrato.

5.15. “3. De acordo com o item 7.6 do Termo de Referência ao Edital, é vedada a subcontratação do objeto do contrato. Podemos entender que não será considerada como subcontratação do objeto, a disponibilização aos beneficiários de rede de atendimento credenciada à contratada para a prestação dos serviços de assistência à saúde, correto?”

5.15.1. Sim. A essência do serviço da Operadora de Plano de Saúde é essa (não se exige que o objeto seja executado exclusivamente através de rede própria). Nesse sentido, estabelece o item 3.1.9.1 do TR que:

*3.1.9.1 A operadora deverá proporcionar atendimento através de rede própria, credenciada, referenciada ou mediante convênios (ou outro instrumento afim) ou de livre escolha com outras operadoras, de abrangência nacional. A Operadora deverá manter credenciamento com pelo menos um hospital geral com atendimento em caráter eletivo e de urgência ou emergência, centro cirúrgico, UTI geral e unidade coronariana em cada capital dos Estados da Federação e no Distrito Federal (exceto na cidade de Salvador/BA, que observará as regras do item 3.1.9.2). Assim como, credenciamento com maternidade com UTI neonatal, médicos credenciados em cada uma das especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e com laboratórios e/ou clínicas para a realização de exames complementares.*

6. Em resumo, além da publicação das respostas aos pedidos de esclarecimento no Portal de Compras do Governo Federal, o edital deverá ser republicado, reabrindo-se o prazo para o envio de propostas pelas licitantes. O Termo de Referência deverá sofrer as alterações a seguir explicitadas:

6.1. No tópico 4.1.4 deverá ser acrescentado o prazo para que a Operadora preste os esclarecimentos solicitados pela fiscalização do contrato:

*4.1.4 Os esclarecimentos solicitados pela Gestão/Fiscalização da Contratação deverão ser prestados no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados do recebimento da notificação pela Contratada, podendo ser fixado prazo para resolução do problema de acordo com a complexidade do caso.*

6.2. No tópico 3.1.9.13, cumpre incluir a observação de que a oferta da assistência domiciliar não dependerá da garantia de alta futura do paciente:

*3.1.9.13 Em caso de assistência domiciliar em substituição à internação hospitalar, a operadora deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e no art. 12, II, “c”, “d”, “e” e “g”, da Lei 9.656/1998, **não estando a disponibilização do serviço condicionada à futura alta do paciente.** O Home-care no formato de assistência domiciliar, deverá ser ofertado de acordo com a indicação do médico assistente e os critérios técnicos, e pode englobar:*

6.3. Considerando a revogação da RN 428/2017, as menções a este normativo deverão ser substituídas pela RN 465/2021.

6.4. No tópico 3.2.1.3, a remissão aos itens 4.1.1, I, II e III e 4.1.2, III e VI deverá ser corrigida:

*3.2.1.3 Agregados – são considerados dependentes especiais os(as) filhos(as) e ou enteados(as) dos beneficiários-titulares do item 3.2.1.1, I, II e III, se solteiros(as), com ou sem economia própria, não contemplados no item 3.2.1.2, III e VI, até 39 anos;*

6.5. Objetivando evitar futuras controvérsias, compete incluir no tópico 3 um item contemplando a ressalva acerca da natureza do rol de procedimentos definido pela ANS (exemplificativa ou taxativa, consoante definição do STJ).

6.6. No tópico 7.14 deverá ser acrescida a possibilidade de disponibilização de central de atendimento remota 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, sendo oferecido e-mail e telefone do executivo responsável pelo contrato para a devida assessoria como alternativa à obrigatoriedade de manutenção de escritório localizado em Salvador.

6.7. O tópico 7.16 deverá abordar a possibilidade de que as informações acerca dos reembolsos solicitados pelos beneficiários sejam acessadas via sistema, através de portal da Contratada.

É o parecer, *sub censura*.

---

[1] “Art. 16. Os dados pessoais serão eliminados após o término de seu tratamento, no âmbito e nos limites técnicos das atividades, autorizada a conservação para as seguintes finalidades:

I - cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador;”

[2] “Art. 11. O tratamento de dados pessoais sensíveis somente poderá ocorrer nas seguintes hipóteses:

I - quando o titular ou seu responsável legal consentir, de forma específica e destacada, para finalidades específicas;

II - sem fornecimento de consentimento do titular, nas hipóteses em que for indispensável para:

a) cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador;

b) tratamento compartilhado de dados necessários à execução, pela administração pública, de políticas públicas previstas em leis ou regulamentos;

c) realização de estudos por órgão de pesquisa, garantida, sempre que possível, a anonimização dos dados pessoais sensíveis;

d) exercício regular de direitos, inclusive em contrato e em processo judicial, administrativo e arbitral, este último nos termos da [Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996 \(Lei de Arbitragem\)](#);

e) proteção da vida ou da incolumidade física do titular ou de terceiro;

f) tutela da saúde, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária; ou

g) garantia da prevenção à fraude e à segurança do titular, nos processos de identificação e autenticação de cadastro em sistemas eletrônicos, resguardados os direitos mencionados no art. 9º desta Lei e exceto no caso de prevalecerem direitos e liberdades fundamentais do titular que exijam a proteção dos dados pessoais.”

[3] 3.1.9.1 A operadora deverá proporcionar atendimento através de rede própria, credenciada, referenciada ou mediante convênios (ou outro instrumento afim) ou de livre escolha com outras operadoras, de abrangência nacional. A Operadora deverá manter credenciamento com pelo menos um hospital geral com atendimento em caráter eletivo e de urgência ou emergência, centro cirúrgico, UTI geral e unidade coronariana em cada capital dos Estados da Federação e no Distrito Federal (exceto na cidade de Salvador/BA, que observará as regras do item 3.1.9.2). Assim como, credenciamento com maternidade com

*UTI neonatal, médicos credenciados em cada uma das especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e com laboratórios e/ou clínicas para a realização de exames complementares.*

*3.1.9.2 Em se tratando do município de Salvador, a operadora deverá manter rede credenciada e/ou própria, composta, por no mínimo 8 (oito) hospitais para atendimento das internações eletivas e dos casos de urgência/emergência, sendo 5 (cinco) deles qualificados como hospitais gerais, dentre dos quais 4 (quatro) considerados de grande porte.*

[4] Colacionamos os Contratos nºs 18 e 21/2018/TRE-SC tendo em vista a informação da SEAQUI (doc. nº 1819064) quanto à inviabilidade de realização do *download* dos instrumentos no sítio do órgão, naquela oportunidade. Abaixo, transcrevemos os excertos, comuns aos ajustes, que determinam a oferta do serviço de atenção domiciliar:

*“1.2.5.12. Devem ser disponibilizados aos beneficiários os serviços abaixo discriminados, além de todos os outros arrolados na cobertura mínima da Resolução Normativa ANS n. 428/2017, e suas atualizações*

*(...)*

*· Assistência hospitalar:*

*(...)*

*h) assistência hospitalar em domicílio (home care); e”*

[5] Dentre as quais, impende ressaltar a necessidade de contribuição do beneficiário no custeio do plano de saúde. Se o empregador pagar integralmente o benefício, o segurado não terá o direito à manutenção do plano quando da aposentadoria ou exoneração ou demissão sem justa causa (ex: se o auxílio oferecido pelo Tribunal cobrir o valor mensal total do plano). Insta esclarecer que não é considerado como contribuição o pagamento do plano dos dependentes e/ou o pagamento de coparticipação ou franquia quando da utilização dos serviços (art. 30, § 6º, e art. 31, § 2º, ambos da Lei nº 9.656/98).

[6] O serviço não está relacionado no rol de procedimentos da Resolução Normativa nº 465/2021 da ANS.

[7] Conforme art. 2º da RN 465/2021: “Art. 2º Para fins de cobertura, considera-se taxativo o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde disposto nesta Resolução Normativa e seus anexos, podendo as operadoras de planos de assistência à saúde oferecer cobertura maior do que a obrigatória, por sua iniciativa ou mediante expressa previsão no instrumento contratual referente ao plano privado de assistência à saúde.”

[8] A medida evitaria futuras discussões no curso da execução do contrato.

[9] Considerando que, por ser a primeira licitação para a contratação dos serviços, resta inviabilizada a hipótese de direito vitalício à manutenção do plano pelo aposentado e, por consequência, por seus dependentes/pensionistas. Tal garantia é conquistada após o período mínimo de 10 (dez) anos de contribuição para o plano de saúde (art. 31 da Lei nº 9.656/98).

[10] A anulação do parágrafo único do art. 17 da RN 195/2009 pela Resolução Normativa nº 455/2020 como resultado da Ação Civil Pública nº 0136265-83.2013.4.02.51.01 inviabiliza a rescisão imotivada por qualquer das partes, condicionada apenas à superação da vigência de doze meses e à prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias.

[11] Considerando que o plano a ser contratado já estará de acordo com a Lei nº 9.656/98, não há se falar em adaptação.



Documento assinado eletronicamente por **Patrícia Caleffi, Técnico Judiciário**, em 23/02/2022, às 18:30, conforme art. 1º, § 2º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site <https://sei.tre-ba.jus.br/autenticar> informando o código verificador **1849442** e o código CRC **7C0502D9**.



---

0000516-63.2022.6.05.8000

1849442v20