

AO

CONSELHO REGIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA DE SANTA CATARINA – CREF3-SC

A/C DO SETOR ADMINISTRATIVO

A/C PREGOEIRO (A)

Assunto: Análise do Edital do Pregão Licitatório Eletrônico n.º 001/2024.

UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, cooperativa médica, pessoa jurídica de direito privado, com sede na Rua Dom Jaime Câmara, n.º. 94, Centro, na Cidade de Florianópolis, Estado de Santa Catarina, inscrita no CNPJ/MF sob n.º. 77.858.611/0001- 08, registrada perante a Agência Nacional de Saúde (ANS) sob o n.º. 36044-9, neste ato representada por seus Diretores, conforme dispõe o Estatuto Social, com fulcro no item 10 do Edital epigrafado, vem respeitosamente, apresentar à V.Sa.

IMPUGNAÇÃO

Ao Pregão Eletrônico 001/2024, (Processo Administrativo n.º 039/2024) pelos fatos e fundamentos a seguir especificados.

1. TEMPESTIVIDADE

Considerando o item 21.1 do Edital, que dispõe que *“Até 03 (três) dias úteis antes da data designada para a abertura da sessão pública, qualquer pessoa poderá impugnar este Edital.”* e ainda, que a abertura do pregão está prevista para o dia 05/09/2024, resta devidamente comprovada a tempestividade desta impugnação.

2. OBJETO DA LICITAÇÃO

O objeto da licitação é a contratação de pessoa jurídica especializada na prestação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, fisioterápica,

psicológica e farmacêutica na internação, laboratorial e auxiliar de diagnóstico e tratamento, através de Plano de Saúde de abrangência regional e estadual, a todos os empregados do CREF3/SC, que poderão aderir, ou não, no âmbito e condições de cobertura estabelecidas pelo plano por eles eventualmente escolhido, dentre aqueles contratados, com valores de mensalidades pré-determinadas por faixa etária (conforme regulamentação da ANS) e coparticipação de 50% (cinquenta por cento) em consultas, exames e procedimentos ambulatoriais limitados à coparticipação (franquia) em até R\$ 280,00 (duzentos e oitenta reais) para cada procedimento, para a manutenção do beneficiário cadastrado, de acordo com as especificações, condições, quantidades, e exigências estabelecidas neste Termo de Referência.

3. DOS FATOS E FUNDAMENTOS

3.1 DA AUSÊNCIA DE DISPOSITIVOS MÍNIMOS OBRIGATÓRIOS

É sabido que as operadoras de planos privados de assistência à saúde estão submetidas à Lei n. 9.656/1998 e subordinadas às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Dessa forma, o documento que regerá a relação entre as Partes deverá conter dispositivos mínimos obrigatórios, em atendimento ao Anexo I (Manual de Elaboração dos Contratos de Plano de Saúde), da Instrução Normativa n. 28/2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Nesse sentido, ao analisar o Edital e seus anexos, esta operadora de planos de saúde observou que há omissão quanto aos dispositivos mínimos obrigatórios que passaremos a discutir.

É oportuno registrar que, **a ausência de dispositivos obrigatórios pode sujeitar às operadoras de planos de saúde à advertência e multa pecuniária.** Deste modo, tal omissão é condição restritiva de participação desta Impugnante e de outras operadoras do mercado que cumprem as normativas emanadas do órgão regulador.

3.2 REDE ASSISTENCIAL

O Edital estabelece que os planos de saúde ofertados pela operadora devem garantir a

cobertura de assistência médica no Estado de Santa Catarina, em especial na região da Grande Florianópolis. A propósito:

1.6. Os serviços médico-hospitalares deverão ser prestados por médicos, hospitais/maternidades e serviços (clínicas de diagnose e imagem, laboratórios) em todo o estado de Santa Catarina sendo que a maior concentração de atendimento estará localizada, principalmente na região da Grande Florianópolis.

E:

2.3.1. A rede credenciada deverá oferecer estabelecimentos em todo o estado de Santa Catarina, em especial na região da Grande Florianópolis.

Nesse ponto, quando se está contratando um plano de saúde com abrangência no Estado de Santa Catarina, é preciso esclarecer que, para os fins de cumprimento das normas que regulamentam a matéria, as operadoras podem garantir atendimento no município de demanda¹, nos municípios limítrofes ou na região de saúde à qual faz parte o município, conforme prevêm os artigos 4º e 5º da Resolução Normativa n. 566/2022 da ANS.

Deste modo, tal exigência é condição restritiva de participação desta Impugnante e de outras operadoras do mercado, considerando que, como dito anteriormente, as operadoras podem garantir o atendimento no município de demanda, no município limítrofe ou na região de saúde a que pertence o município, não havendo obrigatoriedade de possuir prestadores em todos os municípios do Estado de Santa Catarina.

É pertinente mencionar que a Impugnante, assim como outras operadoras no mercado só podem firmar contratos com prestadores de serviços que atendem na sua área de atuação ou seja, que irão compor sua rede assistencial direta. Além disso, qualquer contratação depende da análise de suficiência de rede e das diretrizes estratégias da operadora.

Deste modo, tais dispositivos são condições restritivas de participação desta Impugnante e de outras operadoras do mercado que cumprem as normativas emanadas do órgão regulador.

3.3 PERÍODO DE CARÊNCIA

a) O Termo de Referência cita no item 2.1.6. a revogada Resolução Normativa nº 195/2009

¹ Local da federação onde o beneficiário se encontra no momento em que necessita do serviço ou procedimento.

dispondo que não será exigido o cumprimento de carência, desde que a adesão inicial seja igual ou superior a 30 beneficiários. Contudo, não menciona a disposição integral do art. 6º da atual Resolução nº 557/2022. A propósito:

RN n.º 557/2022:

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

No entendimento desta operadora, o Termo de Referência deixa de observar o Tema VI - Períodos de Carência do Manual de Elaboração dos Contratos de Planos de Saúde estabelecido pela Instrução Normativa - IN/DIPRO n.º 28 - Anexo I ao não citar expressamente que: **a)** Nos contratos de planos coletivos empresariais, não haverá carências nos contratos com trinta participantes ou mais para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante; **b)** Nos contratos de planos coletivos, havendo carência, estabelecer que a contagem para cada beneficiário se dará a partir de seu ingresso.

Portanto, considerando que a prestação do serviço deve ser regida pela Lei n.º 9.656/98, solicitamos que o tema seja revisto e incluídas as disposições supracitadas, conforme as regras e condições da Lei n.º 9.656/98, IN/DIPRO n.º 28 - Anexo I e RN n.º 557/2022.

b) No entendimento desta operadora, o item 2.1.8 do Termo de Referência também precisa ser esclarecido. Isso porque o item prevê que além da tabela de carência prevista no item 2.1.7.1. não poderá existir qualquer outro tipo de carência, nem imposição de limitações quanto à idade.

Ocorre que poderão haver carências em outras situações, uma vez que a ANS estabelece regramento específico nos casos de portabilidade (RN 438) e, quando não aplicável, regramento específico pela Súmula 21.

Logo, quando no plano de saúde houver ampliação da rede assistencial em relação a plano anterior, que poderá ocorrer com ou sem alteração da área de abrangência, ou padrão de acomodação superior, os beneficiários cumprirão novos períodos de carência, mas apenas em

relação a esses profissionais e estabelecimentos de assistência à saúde acrescidos à rede assistencial, ou apenas em relação a esse melhor padrão de acomodação, e desde que não tenha direito à portabilidade de carências. O acesso aos novos prestadores da rede assistencial, assim como o acesso ao padrão de acomodação superior será possível após o cumprimento dos períodos de carência estabelecidos nesta cláusula.

Portanto, considerando que a prestação do serviço deve ser regida pela Lei n.º 9.656/98, solicitamos que o tema seja revisto e as ressalvas incluídas em atendimento as regras e condições da Lei n.º 9.656/98 e IN/DIPRO n.º 28 - Anexo I.

c) O Anexo II do Edital – Minuta Contratual tem um potencial erro material no item 6.3.1.1 ao falar de CPT, no item que versa sobre carência. É preciso que fique claro que são coisas distintas. O potencial erro material acontece novamente na cláusula 10 do contrato, especificamente, no item 10.14. A propósito:

6.3.1. Conforme o art. 6º da Resolução Normativa ANS nº 195, de 14 de julho de 2009, não será exigido o cumprimento de qualquer prazo de carência, desde que a adesão inicial seja igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários.

6.3.1.1. No caso acima, somente farão jus à ausência de agravo/cobertura parcial aqueles beneficiários que formalizarem o seu pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura do CONTRATO ou da sua vinculação ao CONTRATANTE.

6.3.2. Ficarão isentos do cumprimento de carências na prestação dos serviços:

E:

10.14. Conforme o art. 6º da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009, não será exigido o cumprimento de qualquer prazo de carência, desde que a adesão inicial seja igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários.

10.14.1. No caso acima, somente farão jus à ausência de agravo/cobertura parcial aqueles beneficiários que formalizarem o seu pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura do CONTRATO ou da sua vinculação ao CONTRATANTE.

Em que pese o equívoco ao citar a resolução normativa revogada, a Minuta Contratual une no item 6.3.1 e 6.3.2 a informação de que no plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante. Sendo assim, entendemos que a Minuta Contratual atende o Tema VI da IN 28/2022 de forma suplementar ao Termo de Referência, mas precisa ser retificada para excluir

os itens 6.3.1.1 e 10.14.1, por que versam sobre CPT e não sobre carência².

d) O item 6.3.3. da a Minuta Contratual está incompatível com a alusão feita no Termo de Referência. Enquanto o item 2.1.7.1. do Termo de Referência consta:

Urgência e Emergência	24 horas
Consultas Médicas	30 dias
Todas as demais coberturas	180 dias
Parto a Termo	300 dias

O item 6.3.3. da Minuta Contratual dispõe:

6.3.3. Respeitando-se as disposições estabelecidas nos subitens anteriores, o período de carência máxima a que ficarão sujeitos os beneficiários (titulares e dependentes), posteriormente incluídos no Plano, para utilização dos serviços contratados, e sendo também obedecido o período mensal para requerimento e processamento das inclusões, determinado por Ato do CONTRATANTE, será o seguinte, contando-se os prazos a partir da data da inclusão do usuário no plano referenciado:

I – acidentes pessoais, urgências, emergências e complicações no processo gestacional – 0 (zero);

II – consultas médicas, cirurgias ambulatoriais, serviços, procedimentos e exames complementares básicos, análises clínicas, exames anatomopatológicos e citológicos (exceto necropsia), raios-X simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma e ultrassonografia – 30 (trinta) dias;

III – fisioterapias – 90 (noventa) dias;

IV - mudança de plano básico para plano especial – 120 (cento e vinte) dias;

V - serviços, procedimentos e exames complementares especiais e todos os demais casos de internação clínica ou cirúrgica e coberturas não especificadas no presente subitem – 180 (cento e oitenta) dias;

VI - parto a termo – 10 (dez) meses.

Deste modo, o item deve ser impugnado para que a Minuta contratual seja adequada conforme o item 2.1.7.1. do Termo de Referência.

3.4 DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

² **Carência:** período corrido e ininterrupto, determinado em contrato, contado a partir da data de início da vigência do contrato do plano privado de assistência à saúde ou da inscrição do beneficiário, durante o qual as contraprestações pecuniárias são pagas, mas o beneficiário ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

Cobertura Parcial Temporária (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da inscrição no plano privado de assistência à saúde.

O Termo de Referência dispõe no item 1.5 da seguinte maneira:

1.5. Todos os planos oferecidos não admitirão agravo ou cobertura parcial temporária relacionada a doenças e/ou lesões preexistentes, desde que a adesão inicial seja igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários. Nesses casos, é vedada a exclusão, a qualquer tempo, de cobertura às doenças e/ou lesões preexistentes à data da contratação do plano (art. 7º da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009 c/c art. 11 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998).

No decorrer, em tópico específico, prevê que:

2.5.4. Deve observar as seguintes condições para coberturas de doenças preexistentes:

a) Sem análise de Doença e Lesão Preexistente, desde que o pedido de ingresso no plano, seja formalizado à Contratada:

1. Em até 30 (trinta) dias da celebração deste contrato;

2. Em até 30 (trinta) dias da vinculação do beneficiário titular à CONTRATANTE;

b) Os beneficiários inscritos fora dos prazos acima previstos, independente do número de participantes no contrato, ficam sujeitos à análise de Doença e Lesão Preexistente.

O Termo de Referência falha ao não especificar no mesmo tópico que fica isento da análise de doença e lesão preexistente, o beneficiário inscrito em contrato de plano de saúde com 30 (trinta) ou mais beneficiários, desde que o pedido de inscrição do beneficiário titular e de seus dependentes seja formalizado à CONTRATADA: (a) em até 30 (trinta) dias da celebração deste contrato; ou, (b) em até 30 (trinta) dias da vinculação do beneficiário titular à pessoa jurídica CONTRATANTE.

As disposições verificadas de forma esparsa dificultam o entendimento do usuário que não está acostumado a interpretar contratos de plano de saúde. Assim, considerando que a prestação do serviço deve ser regida pela Lei n.º 9.656/98 e ser expressa de forma clara a facilitar a compreensão, aproveitamos para solicitar a adequação também neste item.

3.5 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O Termo de Referência dispõe no item 19.3 da seguinte maneira:

19.3. Após 24 (vinte e quatro) horas da inscrição do beneficiário no plano é assegurada a cobertura dos procedimentos de urgência e emergência, inclusive para aqueles que envolvam internação hospitalar.

O item merece ser impugnado para esclarecer que, ao beneficiário que já tiver cumprido os períodos de carência estabelecidos no item 2.1.7.1. do Termo de Referência será garantido atendimento integral de urgência e emergência, obedecendo às características do plano e a

cobertura do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, exceto para as doenças que aquele estiver cumprindo Cobertura Parcial Temporária (CPT).

Ainda, ao beneficiário em carência para internação será garantido atendimento de urgência ou emergência limitado às primeiras 12 (doze) horas em regime ambulatorial e a responsabilidade financeira da contratada cessará a partir da necessidade de internação, ainda que esta se efetive dentro do período de 12 (doze) horas.

Conforme disposto no item 19.3, esta operadora entende que a redação pode gerar interpretações ambíguas e prejudiciais à UGF. Portanto, é necessário incluir no Edital os dispositivos mínimos obrigatórios relacionados aos atendimentos de urgência e emergência, consoante o Tema VIII da IN 28/2022:

- A garantia para atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas vinte e quatro horas de vigência do contrato (art. 3º, §2º, da Resolução CONSU nº 13/98);
- A garantia de que, depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções (art. 3º da Resolução CONSU nº 13/98);
- A garantia dos atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras doze horas, nos planos com cobertura obstétrica, durante o cumprimento dos períodos de carência;
- A garantia de atendimento limitado às primeiras doze horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação;
- A garantia de remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente;
- A garantia de remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos de o beneficiário estar cumprindo período de carência para internação;
- Quando não possa haver remoção por risco de vida, o contratante e o prestador do

atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora, desse ônus;

- Caberá à operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento.

3.6 REAJUSTE

O Termo de Referência não observa parcialmente o Tema XII da IN/DIPRO n.º 28 - Anexo I nos seguintes pontos:

- Deixa de citar que independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações pecuniárias terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data base única;
- Deixa de citar que não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo produto em um determinado contrato.

Deste modo, tais dispositivos são condições restritivas de participação desta Impugnante e de outras operadoras do mercado que cumprem as normativas emanadas do órgão regulador.

3.7 FAIXA ETÁRIA

Há previsão no edital de variação de preço por faixa etária atendendo a Resolução Normativa n.º 563/2022 e ao Tema XIII do Manual de Elaboração dos Contratos de Planos de Saúde estabelecido pela Instrução Normativa - IN/DIPRO n.º 28 - Anexo I.

O Termo de Referência falha ao não dispor que a variação do preço em razão da faixa etária somente deverá incidir quando o beneficiário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao do seu aniversário.

Deste modo, reiteramos a necessidade de ser alterado no edital.

3.8 CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

O Termo de Referência atende parcialmente o Tema XVI do Manual de Elaboração dos Contratos de Planos de Saúde estabelecido pela Instrução Normativa - IN/DIPRO n.º 28 - Anexo I.

a) O Termo de Referência falha ao não informar que as operadoras de planos de assistência à saúde também poderão excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, a pedido do beneficiário.

Logo, o Edital deve ser adequado às previsões normativas da ANS supracitadas.

3.9 DATA DA EXCLUSÃO POR ÓBITO

Além do previsto no Termo de Referência, identificamos que o contrato prevê no item 12.25 que na hipótese de óbito do beneficiário, a exclusão terá vigência cadastral e financeira a contar da data do falecimento, sendo a mensalidade calculada “pro rata die”:

10.25. Na hipótese de óbito do beneficiário, a exclusão terá vigência cadastral e financeira a contar da data do falecimento, sendo a mensalidade calculada “pro rata die”.

Ocorre que, a RN nº 561/2022 que regulamenta a solicitação de exclusão de beneficiário de contrato de plano de saúde coletivo empresarial ou por adesão dispõe no art. 7, § 1º que a pessoa jurídica contratante deverá cientificar a operadora em até 30 (trinta) dias que, a partir de então, ficará responsável pela adoção das providências cabíveis ao processamento da exclusão e, sucessivamente, o § 3º prevê que a exclusão tem efeito imediato a partir da data de ciência pela operadora.

Logo compreende-se que a normativa vincula a pessoa jurídica contratante a comunicação à operadora. Sendo assim, o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça (STJ), é de que “o cancelamento de contrato de plano de saúde, devido à morte da pessoa beneficiária, ocorre após a comunicação do falecimento à operadora” e não após a data do óbito:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DECLARATÓRIA DE INEXIGIBILIDADE DE DÉBITO C/C OBRIGAÇÃO DE NÃO FAZER E COMPENSAÇÃO DE DANO MORAL. MORTE DA BENEFICIÁRIA. NOTIFICAÇÃO DA OPERADORA. CIÊNCIA INEQUÍVOCA. CANCELAMENTO DO CONTRATO. COBRANÇA INDEVIDA. RESOLUÇÃO ANS 412/2016. JULGAMENTO: CPC/15. 1. Ação declaratória de inexigibilidade de débito c/c obrigação de não fazer e compensação de dano moral ajuizada em 09/06/2017, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em

04/07/2019 e atribuído ao gabinete em 22/04/2020. 2. O propósito recursal consiste em definir o momento em que se considera cancelado o contrato de plano de saúde pela morte da beneficiária, bem como dizer sobre a configuração do dano moral. 3. A morte é fato jurídico superveniente que implica o rompimento do vínculo entre a beneficiária e a operadora do plano de saúde, mas esse efeito só se produzirá para a operadora depois de tomar conhecimento de sua ocorrência; ou seja, a eficácia do contrato se protraí no tempo até que a operadora seja comunicada do falecimento da beneficiária. 4. A Resolução ANS 412/2016, que versa sobre a solicitação de cancelamento do contrato do plano de saúde individual ou familiar pelo beneficiário titular, estabelece o efeito imediato do requerimento, a partir da ciência da operadora ou administradora de benefícios, e dispõe, por conseguinte, que só serão devidas, a partir de então, as contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas, nos planos em pré-pagamento ou em pós-pagamento, pela utilização de serviços realizados antes da solicitação (art. 15, II e III). 5. Embora o ato normativo indique as formas apropriadas ao pedido de cancelamento – presencial, por telefone ou pela internet (art. 4º) – para os fins a que se destina, certo é que a notificação nos autos do processo cujo objeto é o próprio contrato de plano de saúde atinge a mesma finalidade, de tal modo que, constatada a ciência inequívoca da operadora sobre o falecimento da beneficiária, cessa, imediatamente, a obrigação assumida pelas partes. 6. Hipótese em que se reputam indevidas todas as cobranças efetuadas em relação ao período posterior à notificação da operadora da morte da beneficiária, sendo forçoso concluir pela ocorrência do dano moral, em virtude da negativação do nome do recorrente, quando já cancelado o contrato de plano de saúde da esposa falecida. 7. Recurso especial conhecido e provido. (EDcl no RECURSO ESPECIAL Nº 1.879.005 - MG (2019/0380970-5)).

Logo, o Edital deve ser adequado às previsões normativas da ANS supracitadas.

3.10 DA INCLUSÃO

O Contrato dispõe na Cláusula Décima que a adesão dos beneficiários dependentes será feita pelo respectivo beneficiário titular, mediante a assinatura de um "Termo de Adesão" fornecido pela contratada, no qual deve constar a opção por um dos planos oferecidos pela contratada. Importante constar que o ingresso do beneficiário dependente fica condicionado ao envio do formulário de inclusão preenchido, assinado pelo beneficiário titular e contratante, assim como ao preenchimento e assinatura pelo beneficiário dependente dos documentos listados a seguir: (a) Declaração de Saúde (DS); (b) Carta de Orientação ao Beneficiário; (c) Termo de Cobertura Parcial Temporária, quando aplicado.

O Edital também precisa ser adequado para consignar a relação de documentos necessários para a inclusão dos titulares e dependentes no plano, a obrigação decorre da previsão contida na letra "b" do Tema II - Condições de Admissão do Anexo I da IN nº 28/2022 deve constar no contrato de plano de saúde os documentos necessários para ingresso no plano e comprovação de elegibilidade.

3.11 QUANTO À INSCRIÇÃO DO RECÉM-NASCIDO, FILHO NATURAL OU ADOTIVO, OU SOB GUARDA OU TUTELA

O item 10.8 do Contrato dispõe que o recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, será isento dos prazos de carência se for inscrito em até 30 dias do nascimento ou da adoção.

O item merece a correção para consignar o entendimento da Súmula n. 25, de 13/09/2012, qual seja, isenção de carências para os inscritos em até 30 dias do nascimento/adoção, desde que o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias. Caso contrário, a cobertura seguirá os limites das carências já cumpridas pelo pai ou mãe, ou responsável legal.

Logo, o Edital deve ser adequado às previsões normativas da ANS supracitadas.

3.12 LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS Nº 13.709/2018 (LGPD)

As obrigações estão de acordo com o objeto do contrato, sendo que não foram identificados dispositivos abusivos ou que onerem demasiadamente a Cooperativa.

Em relação às obrigações estabelecidas pela Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais nº 13.709/2018 (LGPD), conforme descrito na minuta do contrato, Anexo II do Edital (Cláusula Vigésima Sexta), é essencial destacar que tanto as operadoras de planos de saúde quanto a Administração Pública devem cumprir essa legislação. A importância do controle sobre os dados pessoais geridos pela Administração Pública é tamanha que o legislador criou um capítulo específico da LGPD, intitulado "DO TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS PELO PODER PÚBLICO", para regulamentar a atuação dos órgãos governamentais.

O artigo 1º da LGPD estabelece claramente sua aplicação aos entes públicos:

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural.

Portanto, é evidente que o Conselho Regional de Educação Física de Santa Catarina deve cumprir suas obrigações e responsabilidades legais em matéria de proteção de dados pessoais. No entanto, as cláusulas atuais, como formuladas, acabam impondo à contratada uma responsabilidade quase exclusiva pelo tratamento dos dados, criando uma desvantagem contratual. Além disso, as disposições no edital são excessivamente simplistas, o que pode gerar insegurança jurídica para os participantes da licitação.

Para assegurar uma divisão justa das responsabilidades e garantir conformidade com a LGPD, propomos a inclusão das seguintes disposições na minuta:

Reconhecimento das Obrigações: Ambas as partes reconhecerão que, em razão do objeto deste contrato, realizarão atividades de tratamento de dados pessoais de pessoas naturais identificadas ou identificáveis e se comprometem a cumprir toda a legislação aplicável, especialmente a LGPD.

Controladores Conjuntos: A CONTRATANTE e a CONTRATADA atuarão como CONTROLADORES CONJUNTOS, conforme definido pela legislação, garantindo que

todas as atividades de tratamento estejam em conformidade com a LGPD e outras normas pertinentes.

Responsabilidades de Conformidade: Ambas as partes deverão: a) Garantir a conformidade com as leis e regulamentos de proteção de dados aplicáveis. b) Implementar medidas de segurança adequadas para proteger os dados pessoais. c) Cooperar para assegurar que os dados pessoais sejam tratados de maneira segura e conforme a legislação.

Registros e Revisões: Cada parte manterá registros detalhados das operações de tratamento de dados e permitirá a revisão pela outra parte, conforme necessário, para garantir a conformidade com as disposições legais e contratuais.

Informação aos Titulares: Ambas as partes são responsáveis por informar aos titulares de dados sobre o tratamento de seus dados pessoais, conforme exigido pela LGPD, e garantir que estes possam exercer seus direitos.

Incidentes de Segurança: Caso qualquer uma das partes tome conhecimento de um incidente de segurança envolvendo dados pessoais ou tratamento indevido, deve comunicar imediatamente a outra parte e adotar as medidas corretivas necessárias, conforme exigido pela LGPD. Ambas as partes também devem colaborar na investigação e resolução do incidente.

Diante do exposto, a impugnante requer a inclusão dessas cláusulas no Edital e no Contrato para assegurar que a responsabilidade pelo tratamento de dados pessoais seja adequadamente compartilhada entre o CREF e a CONTRATADA. A proposta visa promover maior segurança jurídica e garantir a conformidade com a LGPD, evitando possíveis desvantagens e inseguranças para os participantes da licitação.

4. DOS PEDIDOS

Em síntese, esta Impugnante requer, com fundamento no Edital e na legislação de regência, sejam analisados os apontamentos apresentados e sanadas as irregularidades contidas no Pregão Eletrônico n. 001/2024 – (Processo Administrativo nº 039 /2024), devendo o ato convocatório ser alterado, o que permitirá que esta e outras operadoras possam participar do certame.

Além disso, solicita a inclusão das cláusulas referentes à Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) para assegurar que a responsabilidade pelo tratamento de dados seja devidamente compartilhada entre o CREF e a CONTRATADA. Esta medida visa assegurar a conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), proporcionando maior segurança jurídica e evitando desvantagens e inseguranças para os participantes da licitação.

Florianópolis, 30 de agosto de 2024.

UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

Assinatura digital
Jalmir Rogério Aust
Presidente
CRM 7630

Assinatura digital
Gabriel Gustavo Longo
Superintendente
CRM 8779