

IMPUGNAÇÃO AO EDITAL – LICITAÇÃO COHAPAR Nº 25/2026

AO(A) SENHOR(A) PREGOEIRO(A) DA COMPANHIA DE HABITAÇÃO DO PARANÁ – COHAPAR

IMPUGNANTE: UNIMED CURITIBA – SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS, Cooperati-va de 1º grau devidamente constituída, registrada na OCEPAR - Organização das Cooperati-vas do Estado do Paraná sob nº 80 - 29/12/72, atuando como Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob nº 30470-1, registrada na Junta Comercial do Paraná sob nº 4140000865-7.

CNPJ:75.055.772/0001-20

ENDEREÇO: Avenida Affonso Penna, nº 297, Bairro Tarumã, Curitiba/PR, CEP 82530-280

REPRESENTANTE: JACIR ZECHUTCKO (Por Procuração)

A empresa acima qualificada, vem, tempestivamente, apresentar IMPUGNAÇÃO AO EDITAL, com fundamento na Lei nº 13.303/2016, Lei nº 9.656/1998 e normas da ANS, conforme exposto a seguir.

1. REAJUSTE (Itens 12.1.1 e 21.3)

O edital vincula o reajuste à data do orçamento estimado e veda retroatividade. Tal previsão afronta o princípio do equilíbrio econômico-financeiro (art. 69 da Lei 13.303/2016), uma vez que impede a recomposição de custos da operadora.

A ANS exige periodicidade mínima de 12 meses contados da vigência contratual.

Sugere-se ajustar para a data de assinatura do contrato e permitir retroatividade quando o atraso não for imputável à contratada.

Inicialmente, cumpre destacar que, no âmbito da saúde suplementar, especialmente nos contratos coletivos empresariais, o reajuste das contraprestações pecuniárias deve observar, necessariamente, o interregno mínimo de 12 (doze) meses entre os reajustes, contado da data de início da vigência do contrato ou da última aplicação de reajuste, conforme práticas consolidadas do setor e diretrizes regulatórias da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

A vinculação da data-base de reajuste à data do orçamento estimado — que precede a assinatura contratual — pode ensejar situações em que o reajuste ocorra antes de decorrido o período mínimo de 12 meses de vigência contratual, o que gera:

- Incompatibilidade com a lógica regulatória e atuarial do setor de saúde suplementar, que exige um período mínimo de exposição ao risco para adequada mensuração da sinistralidade;
- Risco de descumprimento de normativos da ANS, que vedam reajustes em intervalos inferiores a 12 meses;
- Desequilíbrio econômico-financeiro do contrato, uma vez que a operadora pode ficar impossibilitada de recompor custos assistenciais crescentes dentro do período mínimo necessário;
- Insegurança jurídica, tanto para a Administração quanto para a futura contratada, diante da possível aplicação indevida de reajustes.

Adicionalmente, observa-se que o próprio edital já prevê, no item 12.1, a periodicidade anual de reajuste, o que pressupõe, logicamente, a contagem do período de 12 meses a partir da efetiva vigência contratual e não de evento anterior e alheio à relação jurídica contratual (como a data do orçamento estimado).

Assim, a manutenção da redação atual cria uma contradição interna no edital, ao estabelecer periodicidade anual, mas fixar base temporal incompatível com essa lógica.

Diante do exposto, requer-se:

☐ A alteração do item 12.1.1, para que a data-base do reajuste seja vinculada à data de assinatura do contrato (ou início de sua vigência);

ou, subsidiariamente,

☐ A adequação da redação para deixar expresso que o primeiro reajuste somente poderá ocorrer após o decurso mínimo de 12 (doze) meses da vigência contratual, em conformidade com a legislação e regulamentação aplicável.

No tocante ao índice IPCA

A manutenção do IPCA como índice de reajuste compromete a viabilidade atuarial do contrato, afronta princípios licitatórios e não reflete a realidade do mercado de saúde suplementar.

A presente impugnação dirige-se ao item 12.1 do edital, que estabelece:

“A periodicidade de reajuste [...] será anual [...] utilizando-se o IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo)”

Tal previsão se mostra tecnicamente inadequada e juridicamente questionável para contratos de assistência médica, razão pela qual requer sua revisão.

1. DA NATUREZA DISTINTA DOS CUSTOS MÉDICOS

O IPCA é um índice de inflação geral da economia, voltado ao consumo das famílias. Todavia, os custos de planos de saúde possuem dinâmica própria, influenciada por:

- Incorporação tecnológica contínua (novos tratamentos e medicamentos)
- Judicialização da saúde
- Envelhecimento da carteira
- Frequência e severidade de eventos médicos
- Atualizações obrigatórias do rol da ANS

#a624b62f-ffd0-4afa-8a23-4727df4e612a

Esses fatores fazem com que os custos médico-hospitalares cresçam historicamente acima da inflação geral.

2. DESEQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO DO CONTRATO

A adoção de índice dissociado da realidade do custo assistencial pode:

- Tornar o contrato inexecutável ao longo do tempo
- Desestimular a participação de operadoras qualificadas
- Levar à seleção adversa de propostas artificialmente baixas
- Gerar necessidade de reequilíbrios contratuais frequentes

Isso contraria o princípio do equilíbrio econômico-financeiro, previsto na legislação de contratações públicas (Lei nº 13.303/2016).

3. DOS RISCOS ATUARIAIS

O edital prevê um contrato de longa duração (60 meses), o que amplifica os riscos:

3.1 Descasamento entre receita e despesa

A vinculação ao IPCA ignora:

- Variação da sinistralidade
- Mudança no perfil etário da população
- Eventos catastróficos ou de alta complexidade

3.2 Comprometimento da sustentabilidade

Sem ajuste aderente aos custos reais:

- A operadora pode assumir prejuízos contínuos
- Há risco de degradação da rede credenciada
- Pode ocorrer redução indireta da qualidade assistencial

4. DA INADEQUAÇÃO FRENTE À REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Embora o edital esteja sujeito à Lei nº 13.303/2016, o objeto é um plano coletivo empresarial regulado pela ANS, cuja dinâmica de preços:

- Não segue índices inflacionários gerais
- Baseia-se em sinistralidade e custos assistenciais
- Adota práticas de reajuste técnico e atuarial

Assim, o uso do IPCA não reflete a realidade regulatória do setor.

5. DA AFRONTA AOS PRINCÍPIOS LICITATÓRIOS

A cláusula impugnada viola princípios fundamentais:

5.1 Competitividade

Operadoras tecnicamente responsáveis podem optar por não participar, reduzindo a concorrência.

5.2 Julgamento objetivo

O preço inicial deixa de refletir o custo real no longo prazo, distorcendo a avaliação das propostas.

5.3 Seleção da proposta mais vantajosa

O menor preço pode ser artificial, sem sustentabilidade contratual.

6. DA MELHOR PRÁTICA DE MERCADO

Contratos de planos coletivos empresariais, especialmente corporativos e públicos, adotam:

- Reajuste por VCMH (Variação de Custos Médico-Hospitalares); ou
- Reajuste por avaliação atuarial baseada na sinistralidade

Esses mecanismos garantem:

- Sustentabilidade do contrato
- Transparência na formação de preços
- Equilíbrio entre contratante e contratada

7. DA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO

Diante do exposto, propõe-se a substituição do item 12.1 por:

Opção 1 – VCMH

O reajuste anual será realizado com base na variação de custos médico-hospitalares (VCMH), apurada por entidade reconhecida (como IESS ou equivalente).

Opção 2 – Cálculo Atuarial

O reajuste será definido mediante avaliação atuarial anual, considerando:

- Sinistralidade do contrato
- Frequência e severidade de eventos
- Perfil etário da carteira
- Tendência de custos médico-hospitalares

Opção 3 – Modelo híbrido

Reajuste composto por:

- Índice de custos médicos (VCMH) +
- Fator de ajuste atuarial (sinistralidade)

Em relação ao item 21.3:

1. Violação do equilíbrio econômico-financeiro do contrato.

O princípio do equilíbrio econômico-financeiro:

- assegura que a contratada não pode ser prejudicada por fatos alheios à sua vontade;
- garante recomposição de custos em contratos de longa duração.

A vedação de retroatividade:

- transfere integralmente o risco do atraso à operadora
- impede recomposição de custos efetivamente ocorridos
- pode gerar prejuízo financeiro relevante

2. Contradição com a natureza do serviço (saúde suplementar)

No setor de planos de saúde:

- os custos assistenciais são crescentes e contínuos;
- reajuste anual é indispensável para recomposição atuarial.

Se houver atraso:

- custo já ocorreu
- mas a receita não é recomposta

Como Resultado temos: desequilíbrio imediato

3. Risco decorrente de atraso da própria Administração

A redação atual não diferencia atraso causado:

- pela operadora (justificável restrição)
- pela Administração (não pode penalizar a operadora)

Gera violação clara ao princípio da proporcionalidade

4. Incompatibilidade com contratos de longa duração

Considerando que o contrato possui vigência de 60 meses:

- a probabilidade de atraso em reajustes é real
- a vedação absoluta é excessiva
- Como Resultado temos:
- aumento do risco contratual
- elevação de preços na proposta (para compensar risco)

□ PROPOSTA DE ALTERAÇÃO

Sugere-se adequar o item para a seguinte redação:

“Não serão admitidos apostilamentos com efeitos financeiros retroativos, exceto nos casos em que o reajuste já se encontre devido e sua formalização tenha sido retardada por motivos alheios à Contratada, hipótese em que poderão ser reconhecidos os efeitos financeiros a partir da data-base contratual.”

Alternativa:

“A aplicação do reajuste observará a periodicidade anual, sendo assegurado o restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro do contrato. Na hipótese de atraso na formalização do reajuste por motivos não imputáveis à Contratada, poderão ser reconhecidos efeitos financeiros retroativos à data-base do reajuste.”

2. EXIGÊNCIA RELATIVA ÀS COOPERATIVAS

O edital estabelece, no item II, subitem 6.1, inciso II, que:

“a cooperativa deve apresentar demonstrativo de atuação em regime cooperado, com repartição de receitas e despesas entre os cooperados”.

Entretanto, tal exigência merece ser revista pelos seguintes fundamentos:

Inicialmente, destaca-se que as cooperativas que atuam no setor de saúde suplementar são regularmente constituídas e fiscalizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), estando sujeitas a rigoroso controle regulatório, financeiro e assistencial, o que já garante a conformidade de sua atuação com o modelo cooperativista previsto na Lei nº 5.764/1971.

A exigência de apresentação de “demonstrativo de atuação em regime cooperado com repartição de receitas e despesas entre os cooperados” revela-se genérica, imprecisa e desarrazoada, pois:

- Não há definição clara no edital sobre qual documento específico seria aceito, o que gera insegurança jurídica e subjetividade na habilitação;

- Tal requisito não está previsto na legislação aplicável às licitações (Lei nº 13.303/2016) como condição de habilitação técnica ou econômico-financeira;
- Trata-se de exigência que extrapola a verificação de regularidade jurídica e fiscal da cooperativa, já plenamente comprovada por meio de seus atos constitutivos, registros e autorizações perante a ANS;
- Configura possível violação ao princípio da isonomia, ao impor às cooperativas obrigação adicional que não é exigida de outras operadoras de planos de saúde;
- Pode restringir indevidamente a competitividade do certame, em afronta ao princípio da ampla concorrência, ao criar critério subjetivo e de difícil atendimento prático, especialmente considerando que a distribuição de resultados nas cooperativas ocorre de forma periódica e regulada internamente.

Adicionalmente, a exigência em questão não contribui objetivamente para aferição da capacidade técnica ou operacional da licitante, tampouco para a garantia da execução contratual, não possuindo correlação direta com o objeto da contratação.

Diante disso, requer-se:

- ☐ A supressão do referido inciso, ou, subsidiariamente,
- ☐ A sua readequação, com definição clara, objetiva e alinhada à legislação vigente, limitando-se à comprovação de regular constituição e funcionamento da cooperativa nos termos legais. ou
- ☐ Em última análise, definir o modelo de demonstrativo que deve ser apresentado.

3. COBERTURA DE INSTRUMENTADOR CIRÚRGICO

A Lei 9.656/1998 e as normas da ANS não preveem cobertura autônoma para instrumentador cirúrgico. Tal custo normalmente integra taxas hospitalares, podendo a previsão gerar duplicidade e insegurança na precificação.

#a624b62f-ffd0-4afa-8a23-4727df4e612a

O edital estabelece, no subitem 9.2.1.8, a obrigatoriedade de cobertura de “instrumentador cirúrgico” como parte das despesas assistenciais.

Entretanto, tal exigência merece esclarecimento e revisão, pelos seguintes motivos:

A Lei nº 9.656/1998 e as normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que regulam os planos privados de assistência à saúde, não preveem expressamente a cobertura autônoma de instrumentador cirúrgico como item obrigatório de custeio assistencial;

Na prática assistencial regulada, a remuneração do instrumentador cirúrgico já se encontra usualmente incorporada aos custos hospitalares, taxas de sala ou honorários globais do procedimento, conforme contratos firmados entre operadoras e prestadores;

A previsão explícita e isolada dessa cobertura pode gerar duplicidade de cobrança ou interpretação indevida, extrapolando o escopo do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

Trata-se, portanto, de exigência que pode ser considerada não padronizada no mercado de saúde suplementar, gerando insegurança na precificação e potencial desequilíbrio econômico-financeiro do contrato.

Diante do exposto, solicita-se:

Esclarecer se a previsão de cobertura para “instrumentador cirúrgico” deve ser entendida como:

- já incluída nos custos hospitalares e honorários do procedimento (modelo usual de mercado), ou
- como cobertura adicional autônoma, com cobrança específica.

□ Proposta de Alteração

Para evitar ambiguidades e garantir aderência à regulamentação da ANS, sugere-se:

Substituir a redação atual por:

“cobertura dos custos assistenciais relacionados aos procedimentos cirúrgicos, incluindo honorários médicos, taxas hospitalares e demais despesas inerentes ao ato cirúrgico, conforme normas da ANS e contratos firmados com a rede credenciada.”

A alteração proposta visa garantir aderência à Lei nº 9.656/1998 e às normas da ANS, evitando duplicidade de cobrança e interpretações divergentes, assegurando isonomia entre os licitantes na formação de preços e preservação do equilíbrio econômico-financeiro do contrato.

4. REMOÇÃO INTER-HOSPITALAR

A previsão irrestrita de remoção, inclusive aérea, extrapola a regulação da ANS, que condiciona à necessidade clínica e indisponibilidade de recursos locais. Deve haver limitação técnica.

O subitem 9.2.1.20 estabelece que a Contratada deverá prover:

“toda e qualquer taxa, incluindo materiais e equipamentos utilizados, remoção intra-hospitalar do paciente por via terrestre e/ou aérea, comprovadamente necessária, para outra unidade hospitalar, em território nacional”.

Entretanto, tal previsão merece esclarecimento e revisão, pelos seguintes aspectos:

A legislação aplicável aos planos de saúde (Lei nº 9.656/1998 e normativas da ANS) estabelece que a remoção do paciente deve ser garantida quando houver necessidade clínica devidamente caracterizada e ausência de recurso assistencial adequado na unidade de origem;

O texto editalício, ao prever “toda e qualquer remoção... em território nacional”, sem delimitação clara das condições clínicas ou assistenciais, confere abrangência excessiva e indeterminada à obrigação, extrapolando o modelo regulatório da ANS;

A inclusão de remoção aérea de forma ampla pode gerar custos extremamente elevados e imprevisíveis, não compatíveis com o equilíbrio atuarial do contrato, sobretudo na ausência de critérios objetivos para sua indicação;

A redação atual permite interpretação de que a operadora deverá custear remoções mesmo quando existirem recursos adequados na localidade, o que contraria as práticas assistenciais e regulatórias vigentes.

Diante disso, solicita-se esclarecer:

A cobertura de remoção inter-hospitalar deverá observar:

- critérios clínicos de necessidade médica comprovada; e
- a inexistência de recursos assistenciais adequados na unidade/localidade de origem; ou
- a intenção da Administração é exigir cobertura irrestrita, independentemente desses critérios.

□ Proposta de Alteração

Para garantir aderência à legislação e maior segurança na formação de preços, sugere-se adequar o texto para:

“cobertura de remoção inter-hospitalar do paciente, por via terrestre e, quando clinicamente justificado, por via aérea, desde que comprovada a necessidade médica e a inexistência de recursos assistenciais adequados na unidade de origem, nos termos da legislação vigente e normativas da ANS.”

5. OPME IMPORTADA

A exigência de próteses importadas contraria a ANS, que não garante marca ou origem, mas equivalência técnica e registro na ANVISA.

O subitem 9.2.1.24 do edital estabelece que a Contratada deverá prover cobertura para:

“órteses e próteses inerentes ao ato cirúrgico, inclusive importadas, quando não existirem materiais similares nacionalizados qualificados e indicados pela ANS”.

Entretanto, tal exigência merece revisão, pelos seguintes fundamentos:

A legislação vigente (Lei nº 9.656/1998) e as normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS estabelecem a obrigatoriedade de cobertura de órteses e próteses ligadas ao ato cirúrgico (OPME), porém não impõem a obrigatoriedade de fornecimento de materiais importados;

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS determina a cobertura assistencial, mas não garante marca, modelo ou origem (nacional/importada), cabendo à operadora, em conjunto com sua rede credenciada, definir os materiais adequados, desde que tecnicamente equivalentes e registrados na ANVISA;

A exigência de fornecimento de órteses e próteses importadas pode resultar em:

- Restrição indevida à gestão técnico-assistencial da operadora;
- Elevação significativa e imprevisível de custos, afetando o equilíbrio atuarial do contrato;
- Risco de judicialização e interpretação subjetiva, especialmente quanto ao conceito de “equivalência” de materiais nacionais;

Tal previsão extrapola a regulação vigente ao impor obrigação mais ampla do que aquela exigida pela ANS, gerando insegurança na precificação e potencial desequilíbrio econômico-financeiro.

□ Proposta de Alteração

Para garantir aderência à legislação e segurança jurídica, sugere-se adequar a redação para:

“cobertura de órteses, próteses e materiais especiais (OPME) inerentes ao ato cirúrgico, desde que registrados na ANVISA e em conformidade com as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, não estando garantida a obrigatoriedade de fornecimento de materiais importados quando houver alternativa nacional tecnicamente equivalente.”

6. COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA – CPT (FORA DO PRAZO)

A vedação de cobertura parcial temporária (CPT) afronta a Lei 9.656/1998, que permite sua aplicação em casos de doenças preexistentes, sendo instrumento essencial de gestão de risco.

O item 9.4 do edital estabelece regras relativas aos prazos de carência, prevendo a possibilidade de aplicação de carências para beneficiários incluídos após 30 dias do início da vigência do contrato, porém não prevê, em nenhuma hipótese, a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT).

Entretanto, tal disposição merece revisão, pelos seguintes fundamentos:

A legislação vigente (Lei nº 9.656/1998 e normativas da ANS) estabelece que, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, a operadora poderá aplicar Cobertura Parcial Temporária (CPT) por prazo determinado, especialmente quando a inclusão ocorre fora do período inicial de adesão;

A vedação absoluta à aplicação de CPT no edital restringe prerrogativa legal das operadoras, interferindo diretamente na gestão do risco assistencial;

A ausência de CPT em inclusões tardias pode gerar elevação significativa da seleção adversa, com impacto direto na sinistralidade do contrato;

Há potencial desequilíbrio econômico-financeiro, uma vez que a operadora fica obrigada a assumir integralmente riscos já conhecidos sem a correspondente precificação adequada;

A própria sistemática regulatória da ANS prevê a coexistência de carência e CPT como instrumentos distintos e complementares de gestão de risco, sendo inadequada a exclusão total de um desses mecanismos.

Diante do exposto, solicita-se esclarecer:

A vedação à aplicação de cobertura parcial temporária (CPT) deve ser interpretada de forma absoluta, inclusive para inclusões ocorridas após 30 dias da vigência contratual ou da aquisição da condição de dependência?

□ Proposta de Alteração

Para adequação à legislação e melhor equilíbrio contratual, sugere-se alterar o item 9.4 para prever expressamente:

“Nos casos de inclusão de beneficiários após 30 (trinta) dias da vigência do contrato ou do fato gerador da dependência, poderão ser aplicados os prazos de carência e, quando houver declaração de doença ou lesão preexistente, a cobertura parcial temporária (CPT), nos termos da Lei nº 9.656/1998 e normativas da ANS.”

7. COBERTURAS ESTÉTICAS

A inclusão de cobertura para procedimentos estéticos e terapias em spa contraria a legislação da ANS, que exclui tais procedimentos obrigatórios.

O subitem 9.9.5 do edital estabelece a possibilidade de cobertura para:

“tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais para tratamento de obesidade mórbida”.

Entretanto, tal previsão merece revisão, pelos seguintes fundamentos:

A Lei nº 9.656/1998 e o Rol de Procedimentos da ANS não preveem cobertura para procedimentos com finalidade exclusivamente estética, incluindo tratamentos de rejuvenescimento e emagrecimento;

A regulamentação vigente expressamente exclui da cobertura obrigatória:

- tratamentos estéticos ou experimentais;
- internações ou tratamentos realizados em spas, estâncias hidrominerais, clínicas de repouso ou similares;

Ainda que a obesidade mórbida possua tratamento reconhecido, a cobertura obrigatória limita-se aos procedimentos previstos no Rol da ANS (ex.: cirurgia bariátrica, acompanhamento multidisciplinar dentro das diretrizes), não abrangendo tratamentos em ambientes não hospitalares ou com finalidade estética/bem-estar;

A manutenção desta exigência no edital implica imposição de cobertura superior à legislação vigente, gerando:

- insegurança jurídica na interpretação do objeto contratual;
- dificuldade de precificação;
- desequilíbrio econômico-financeiro, pela inclusão de riscos não regulados.

Diante do exposto, solicita-se esclarecer:

A intenção da Administração é realmente exigir cobertura para procedimentos de natureza estética e tratamentos realizados em spas e clínicas de repouso, ainda que tais serviços não estejam previstos no Rol da ANS e na legislação vigente?

□ Proposta de Alteração

Para adequação à legislação e às práticas do setor, sugere-se a alteração do subitem para a seguinte redação:

“Ficam excluídos da cobertura os tratamentos com finalidade estética, tais como rejuvenescimento e emagrecimento sem indicação clínica, bem como atendimentos realizados em spas, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais e similares, exceto quando expressamente previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e realizados em conformidade com as diretrizes assistenciais vigentes.”

8. REMISSÃO

A obrigatoriedade de remissão gratuita por cinco anos não possui respaldo legal e compromete o equilíbrio atuarial.

O subitem 9.6.12 estabelece que, em caso de falecimento do titular, os beneficiários dependentes legais terão direito à manutenção do plano de forma gratuita por período de 5 (cinco) anos.

Entretanto, tal exigência merece revisão pelos seguintes fundamentos:

A Lei nº 9.656/1998 não estabelece a obrigatoriedade de concessão de remissão gratuita por período determinado em caso de óbito do titular;

A concessão de remissão é prática facultativa das operadoras, definida conforme política comercial, condições atuariais e critérios internos, não podendo ser imposta como obrigação no edital;

A fixação de remissão por prazo tão extenso (5 anos) representa:

- risco atuarial relevante e não mensurável;
- impacto direto na precificação;
- possível restrição à competitividade, afastando operadoras que não praticam esse modelo;

A exigência interfere diretamente na autonomia da operadora na gestão de seus produtos e configura imposição de benefício não previsto na regulamentação da ANS.

Diante do exposto, solicita-se esclarecer:

A obrigatoriedade de concessão de remissão gratuita por 5 anos deve ser interpretada como requisito obrigatório para todas as operadoras, ou a Administração admite que tal benefício seja ofertado conforme política e condições do produto da operadora?

☐ Proposta de Alteração

Para adequação à legislação e às práticas do mercado, sugere-se substituir a redação por:

“A operadora poderá, facultativamente, oferecer benefício de remissão, conforme suas políticas comerciais, condições contratuais e critérios atuariais.”
ou, alternativamente (caso a Administração queira manter o benefício):

“A eventual concessão de remissão será definida pela operadora, de acordo com suas condições comerciais, podendo estabelecer prazos, critérios de elegibilidade e requisitos mínimos de permanência no plano.”

9. PRIORIDADE DE ATENDIMENTO

A ANS regula prazos máximos e não estabelece obrigação de priorização operacional na marcação de consultas. O item interfere na autonomia da rede credenciada.

O edital exige no subitem 9.1.15:

“priorizar a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos...”

1. Interferência na agenda médica

Agendas são definidas por:

- prestadores (médicos/clínicas)
- rede credenciada

A Operadora não controla diretamente as agendas.

2. Exigência genérica e subjetiva

“priorizar” → sem critério mensurável

Não há parâmetro objetivo, o que gera:

- insegurança jurídica
- risco de penalização subjetiva

3. Incompatibilidade com normas vigentes

A legislação brasileira estabelece prioridade para determinados grupos, especialmente:

- Idosos (Lei nº 10.741/2003 – Estatuto do Idoso)
- Crianças (ECA)
- Gestantes (prioridade em atendimento geral)

Porém, essa prioridade refere-se a:

- atendimento preferencial

- agilidade no acesso
- prazos assistenciais regulados

Não estabelece:

- obrigação contratual de “priorizar marcação” de forma irrestrita
- nem diferenciação operacional fora das regras da ANS

A ANS define prazos máximos de atendimento iguais para todos os beneficiários

- consulta básica: até 7 dias
- especialistas: até 14 dias
- exames: conforme rol

Não há obrigação regulatória para priorização diferenciada de agenda dentro da operadora ou interferência no fluxo médico da rede.

O subitem 9.1.15 estabelece a obrigatoriedade de priorização na marcação de consultas, exames e procedimentos para determinados grupos de beneficiários.

Entretanto, considerando que, a regulamentação da ANS estabelece prazos máximos de atendimento, sem distinção operacional de prioridade na marcação, bem como, que a gestão de agenda e marcação é realizada majoritariamente pela rede credenciada (prestadores independentes) e não há definição objetiva no edital sobre critérios, indicadores ou forma de aferição dessa priorização, solicita-se esclarecer:

- Como a Contratante pretende operacionalizar e medir essa “priorização”, considerando que a operadora não detém controle direto sobre a agenda dos prestadores?
- A exigência deve ser interpretada apenas como cumprimento dos prazos regulatórios da ANS, ou como obrigação adicional de gestão de agenda?

Considerando que há violação ao princípio da legalidade, por obrigação não prevista na legislação específica e extrapola o escopo Regulatório, propomos a seguinte alteração:

#a624b62f-ffd0-4afa-8a23-4727df4e612a

□ PROPOSTA DE ALTERAÇÃO

Sugere-se substituir o item por:

“A Contratada deverá garantir o atendimento aos beneficiários nos prazos máximos estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, observando as diretrizes assistenciais e a legislação vigente aplicável aos grupos prioritários.”

Alternativamente:

“A Contratada envidará esforços para facilitar o acesso de beneficiários prioritários, em conformidade com a legislação aplicável, sem prejuízo da observância dos prazos regulatórios da ANS e da autonomia dos prestadores de serviços.”

10. FISCALIZAÇÃO IRRESTRITA

A previsão de fiscalização irrestrita permite ingerência indevida, devendo ser limitada ao cumprimento contratual.

O subitem 12.1.7 estabelece que a Contratada deverá:

“acatar as orientações da CONTRATANTE, sujeitando-se à mais ampla e irrestrita fiscalização, nas instalações disponibilizadas, prestando os esclarecimentos solicitados e atendendo às reclamações formuladas.”

Diante disso, solicita-se esclarecimento:

A expressão “mais ampla e irrestrita fiscalização” deve ser interpretada como fiscalização limitada ao objeto contratual e às obrigações previstas na legislação e nas normas da ANS, ou permite ingerência da Contratante na gestão assistencial, técnica, regulatória e operacional interna da operadora?

A redação constante no item apresenta vícios relevantes, pelos seguintes fundamentos:

Violação à Lei nº 9.656/1998 e Regulamentação da ANS

As operadoras de planos de saúde são reguladas e fiscalizadas exclusivamente pela ANS e responsáveis pela gestão técnico-assistencial autônoma.

A ingerência da Administração não pode substituir ou sobrepor a ANS, tampouco, pode interferir em: auditoria médica; autorização de procedimentos; rede credenciada; diretrizes Assistenciais.

A Administração Pública pode fiscalizar a execução contratual, mas não pode fiscalizar atividade regulada fora do contrato.

A redação editalícia apresenta conceito genérico e ilimitado, permitindo interpretações abusivas, dessa forma, há riscos de ingerência indevida.

A redação atual pode permitir interferência na regulação médica, imposição de coberturas fora da ANS e direcionamento de rede credenciada, o que viola a autonomia da operadora e equilíbrio técnico do contrato.

Caracterizando assim, a quebra do princípio da legalidade e segurança jurídica, haja vista que as obrigações contratuais devem ser claras, objetivas e delimitadas.

A “Fiscalização irrestrita” cria obrigação indeterminada e gera insegurança jurídica.

Assim, cria Impacto econômico e risco contratual, pois a ausência de limites na fiscalização pode ampliar obrigações sem previsão, gerar custos não precificados e desequilibrar o contrato.

Sugere-se substituir a redação por:

“A Contratada deverá prestar os esclarecimentos necessários e sujeitar-se à fiscalização da Contratante, no que se refere exclusivamente ao cumprimento das obrigações contratuais, observadas as disposições da Lei nº 9.656/1998, normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e demais legislações aplicáveis, não cabendo ingerência na gestão técnico-assistencial e operacional da operadora.”

Alternativamente:

#a624b62f-ffd0-4afa-8a23-4727df4e612a

“A fiscalização da Contratante limitar-se-á à verificação do cumprimento das obrigações contratuais, não abrangendo a atuação regulatória, técnica, médica ou assistencial da Contratada, a qual permanece sujeita exclusivamente às normas da ANS.”

11. RESPONSABILIDADE POR TERCEIROS

A operadora não pode ser responsabilizada por atos técnicos de profissionais autônomos, sob pena de violação do modelo regulatório da ANS.

O subitem 12.1.18 estabelece que a Contratada deverá:

“Responsabilizar-se pelos vícios e danos causados diretamente à Administração ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do contrato, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade à fiscalização ou o acompanhamento pelo órgão interessado.”

Diante disso, solicita-se esclarecimento:

A responsabilidade atribuída à Contratada limita-se estritamente aos serviços por ela prestados e aos atos sob sua gestão direta, ou pretende-se estender essa responsabilidade a eventos decorrentes da atuação de terceiros, tais como rede credenciada, prestadores independentes e profissionais vinculados, cuja relação jurídica e técnica não se confunde com responsabilidade direta da operadora?

A redação do item deve ser revista pelos seguintes fundamentos:

1. Atribuição indevida de responsabilidade ampla e genérica

Embora a responsabilidade por culpa ou dolo seja princípio geral, a redação apresentada:

- não delimita o alcance da responsabilidade;
- permite interpretação de responsabilização objetiva e irrestrita, inclusive por fatos não controláveis pela operadora.

No setor de saúde complementar:

- a operadora não executa diretamente os atos médicos;
- há atuação de rede credenciada autônoma (médicos, hospitais, clínicas).

2. Desalinhamento com o modelo regulatório da ANS

A legislação e a regulação da ANS distinguem claramente:

- responsabilidade da operadora (garantia de cobertura)
- responsabilidade dos prestadores (execução do ato assistencial)

O item impugnado:

- mistura essas responsabilidades
- cria obrigação além do modelo legal

3. Risco de responsabilização por terceiros

A redação pode levar à interpretação de que a operadora responde integralmente por:

- erro médico
- falha hospitalar
- conduta de profissional credenciado

Isso é juridicamente inadequado, pois tais profissionais atuam com autonomia técnica e possuem responsabilidade civil própria.

4. Violação ao princípio da proporcionalidade

Uma vez que a obrigação imposta amplia excessivamente o risco contratual, não é mensurável atuarialmente e não está refletida na estrutura de preço, ocasionando desequilíbrio econômico-financeiro.

5. Redação incompatível com contratos de saúde suplementar

No mercado, a responsabilidade da operadora é:

- assegurar cobertura
- credenciar rede
- garantir acesso

Mas nunca:

- substituir responsabilidade técnica de prestadores

□ PROPOSTA DE ALTERAÇÃO

Sugere-se adequar o item para a seguinte redação:

“A Contratada responsabilizar-se-á pelos danos causados à Administração ou a terceiros exclusivamente quando decorrentes de culpa ou dolo relacionados à sua atuação direta na execução do contrato, observadas as disposições da Lei nº 9.656/1998 e normativas da ANS, não se estendendo tal responsabilidade aos atos técnico-assistenciais praticados por profissionais e prestadores de serviços autônomos integrantes da rede credenciada, os quais respondem nos termos da legislação aplicável.”

Alternativa:

“A responsabilidade da Contratada limita-se aos atos sob sua gestão direta, não abrangendo a responsabilidade técnica e profissional de médicos, hospitais e demais prestadores credenciados, que respondem de forma autônoma pelos danos decorrentes de sua atuação.”

12. RETENÇÃO DE PAGAMENTOS

A ausência de critérios objetivos para retenção viola o contraditório e a proporcionalidade, devendo ser limitada a inadimplemento comprovado.

O item 13 da minuta contratual estabelece regras para retenção de pagamentos e/ou compensação de créditos de forma ampla e irrestrita em desfavor da Contratada.

Diante disso, solicita-se esclarecer:

- Quais são os critérios objetivos, limites e hipóteses específicas que autorizariam a retenção de pagamentos?
- Há previsão de contraditório e ampla defesa previamente à retenção, considerando que a glosa ou retenção pode impactar diretamente a execução contratual?
- A retenção poderá ocorrer mesmo quando não houver inadimplemento comprovado ou relação direta com o faturamento mensal do contrato?

O item em questão apresenta vícios relevantes que comprometem a legalidade e o equilíbrio contratual, conforme exposto abaixo:

1. Violação ao princípio do equilíbrio econômico-financeiro

#a624b62f-ffd0-4afa-8a23-4727df4e612a

A retenção de pagamentos, da forma ampla prevista:

- pode comprometer o fluxo de caixa da operadora;
- impacta diretamente a continuidade da prestação do serviço;

Em planos de saúde:

- pagamento à rede credenciada é contínuo e imediato;
- a retenção injustificada compromete toda a cadeia assistencial.

2. Ausência de critérios objetivos

O item não delimita:

- hipóteses específicas de retenção;
- percentuais máximos;
- forma de cálculo;
- relação direta com o objeto contratado;

Problema:

- abre margem para retenções arbitrárias ou subjetivas
- gera insegurança jurídica

3. Violação ao contraditório e ampla defesa

- A retenção, da forma prevista:
- pode ocorrer sem processo formal
- sem notificação prévia adequada
- sem prazo para manifestação da contratada

Isso viola princípios básicos da Administração Pública:

- devido processo administrativo
- ampla defesa

4. Compensação indevida entre contratos

Caso a retenção permita compensação ampla:

- pode haver retenção por fatos estranhos ao contrato;
- prática vedada em contratos administrativos quando não há vínculo direto;

Consequência:

- transferência indevida de riscos

5. Onerosidade excessiva e risco atuarial

Para operadoras de saúde, as receitas são previamente calculadas com base em:

- sinistralidade
- custos assistenciais

Retenções não previstas:

- distorcem o equilíbrio atuarial
- inviabilizam a execução do contrato
- aumentam o risco financeiro

6. Violação ao princípio da proporcionalidade

A retenção deve ser:

- excepcional
- justificada
- proporcional

O item impugnado:

- cria mecanismo amplo e automático
- sem limitação clara

7. Impacto na competitividade

Cláusulas desse tipo elevam o risco contratual e afastam operadoras do certame.

Assim, como resultado, temos menor concorrência e propostas mais caras (para absorver risco).

□ PROPOSTA DE ALTERAÇÃO

Sugere-se a substituição do item por redação técnica e equilibrada:

“A retenção de pagamentos somente poderá ocorrer em caso de inadimplemento contratual devidamente comprovado, mediante processo administrativo que assegure à Contratada o contraditório e a ampla defesa, observando-se a proporcionalidade entre o valor retido e a obrigação inadimplida, vedada a retenção de valores relativos a obrigações não diretamente vinculadas ao contrato.”

DO PEDIDO

Diante do exposto, requer-se o conhecimento e provimento da presente impugnação com a revisão dos itens apontados e republicação do edital ajustado à legislação vigente.

Curitiba, 16 de junho de 2026.

JACIR ZECHUTCKO
GERENTE COMERCIAL
UNIMED CURITIBA

#a624b62f-ffd0-4afa-8a23-4727df4e612a



Datas e horários baseados no fuso horário (GMT -3:00) em Brasília, Brasil
Sincronizado com o NTP.br e Observatório Nacional (ON)
Certificado de assinatura gerado em 16/06/2026 às 21:24:02 (GMT -3:00)

Impugnação - Edital Cohapar

 ID única do documento: #a624b62f-ffd0-4afa-8a23-4727df4e612a

Hash do documento original (SHA256): E95315B6628222BDACD10E083043AEC97688AD93D70A3AA4791371DEF71E9BA7

Este Log é exclusivo ao documento número #a624b62f-ffd0-4afa-8a23-4727df4e612a e deve ser considerado parte do mesmo, com os efeitos prescritos nos Termos de Uso.

Assinaturas (1)

-  JACIR ZECHUTCKO (Contratada)
Assinou em 16/06/2026 às 21:23:59 (GMT -3:00)

Histórico completo

Data e hora	Evento
16/06/2026 às 18:41:34 (GMT -3:00)	Kaue de Paula Assis da Silva solicitou as assinaturas.
16/06/2026 às 21:23:59 (GMT -3:00)	JACIR ZECHUTCKO (CPF 630.445.959-91; E-mail jacir@unimedcuritiba.com.br; IP 131.229.191.128), assinou via email. Autenticidade deste documento poderá ser verificada em https://verificador.contraktor.com.br . Assinatura com validade jurídica conforme MP 2.200-2/01, Art. 10o, §2.
16/06/2026 às 21:24:02 (GMT -3:00)	Documento assinado por todos os participantes.



Documento: **ImpugnacaoEditalCohapar.pdf**.

Assinatura Qualificada Externa realizada por: **Contraktor Tecnologia S A - Assinante: XXX.267.659-XX** em 16/06/2026 21:24.

Inserido ao protocolo **24.323.422-0** por: **Silvia Fatima Soares** em: 18/06/2026 10:27.



Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021.

A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço:
<https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento> com o código: