

Rua Frei Caneca, nº1355 - Bela Vista
CEP 01307-003 - São Paulo/SP



São Paulo, 9 de novembro de 2022.

Ao
Serviço Social da Indústria – Departamento Regional do Maranhão – SESI/DR-MA
A/C: Pregoeiro(a)

Assunto: EDITAL DE PREGÃO PRESENCIAL Nº 063/2022

A CENTRAL NACIONAL UNIMED – COOPERATIVA CENTRAL, com sede na cidade de São Paulo, no Estado de São Paulo, inscrita no CNPJ/MF nº 02.812.468/0001-06 e registrada na ANS sob o nº 339679, situada na Rua Frei Caneca, 1355 - Andar 8,9,10,11,12,14,15,16 – Consolação - CEP 01307-003, vem respeitosamente, com fulcro no do Edital epigrafoado, apresentar à V.Sa.

IMPUGNAÇÃO

Frente ao EDITAL DE PREGÃO PRESENCIAL Nº 063/2022, pelos fatos e fundamentos a seguir especificados.

I – TEMPESTIVIDADE

Conforme item 11.1 do Edital, qualquer licitante interessada poderá impugnar o presente Edital "Até às 17h00min do dia 09.11.2022", portanto, resta devidamente comprovada a tempestividade desta impugnação.

II – OBJETO DA LICITAÇÃO

O objeto do Edital de Pregão Presencial nº 063/2022 consiste na contratação de empresa especializada em Serviços de Assistência à Saúde ou Seguro Privado de Assistência à Saúde (Seguradoras, Operadoras ou Administradora de Benefícios com registro na ANS) para a prestação de serviços de assistência médico-hospitalar e ambulatorial com obstetrícia, laboratorial, exames complementares e serviços auxiliares de diagnósticos, terapia e internações, exames de alta complexidade, serviços auxiliares de diagnóstico em geral, atendimento de emergência e urgência, abrangendo todo o Rol da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e suas posteriores atualizações, destinado aos empregados do SISTEMA FIEMA e seus dependentes em âmbito regional e/ou nacional, nas quantidades e características exigidas, conforme Termo de Referência e anexos deste Instrumento Convocatório.

III - DOS FATOS E FUNDAMENTOS

a. DA ILEGALIDADE DE TRATAMENTO DIFERENCIADO ENTRE ATIVOS E INATIVOS

O item 3.1 do Termo de Referência (Anexo I) especifica os produtos que devem ser ofertados pela Contratada, vejamos:

LOTE I - Plano tipo (NACIONAL): Assistência Médica e Hospitalar com obstetrícia, terapias em geral e internações, tratamento esclerosante de varizes (escleroterapia), com abrangência NACIONAL, inclusive urgência e emergência. Cobertura de todo o Rol da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), internação em APARTAMENTO INDIVIDUAL COM BANHEIRO PRIVATIVO E ENFERMARIA COM BANHEIRO, atendimento de urgência e emergência em território nacional, incluindo REEMBOLSO onde não tiver rede própria ou credenciada de atendimento.



Categoria 1 - Para os funcionários ATIVOS do SISTEMA FIEMA e seus dependentes legais, todos a **PREÇO PER CAPITA**, (faixa etária única) no **total estimado de 1.712 vidas**, conforme informações registradas no cadastro de pessoal desta Instituição, sendo **287 vidas** já inseridas no plano atual.

Categoria 2 - Para os funcionários INATIVOS do SISTEMA FIEMA e seus dependentes legais, todos por **FAIXA ETÁRIA**, no total estimado de **20 vidas**, conforme informações registradas no cadastro de pessoal desta Instituição, já inseridas no plano atual e demais desligados após a perda do vínculo com o SISTEMA FIEMA, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, assumindo integralmente o respectivo custeio diretamente com a operadora.

LOTE II - Plano tipo Regional / Estadual / Grupo de Estados: Plano com abrangência regional: Assistência Médica e Hospitalar com obstetrícia, terapias em geral e internações, tratamento esclerosante de varizes (escleroterapia), com abrangência REGIONAL, inclusive urgência e emergência. Cobertura de todo o Rol da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), internação em APARTAMENTO INDIVIDUAL COM BANHEIRO PRIVATIVO E ENFERMARIA COM BANHEIRO, atendimento de urgência e emergência em território regional, incluindo REEMBOLSO onde não tiver rede própria ou credenciada de atendimento:

Categoria 1 - Para os funcionários ATIVOS do SISTEMA FIEMA e seus dependentes legais, todos a **PREÇO PER CAPITA**, (faixa etária única) no **total estimado de 1.712 vidas**, conforme informações registradas no cadastro de pessoal desta Instituição, sendo **287 vidas** já inseridas no plano atual.

Categoria 2 - Para os funcionários INATIVOS do SISTEMA FIEMA e seus dependentes legais, todos por **FAIXA ETÁRIA**, no total estimado de **20 vidas**, conforme informações registradas no cadastro de pessoal desta Instituição, já inseridas no plano atual e demais desligados após a perda do vínculo com o SISTEMA FIEMA, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, assumindo integralmente o respectivo custeio diretamente com a operadora.

Pois bem, da análise do exposto é possível notar que o órgão pretende oferecer produtos com cobertura diferentes aos seus funcionários, ou seja, nacional ou estadual, bem como pretende que os funcionários inativos arquem com os custos do plano em valores por faixa etária, efetuando o pagamento integral para a operadora e, os ativos serão cobrados a preço único PER CAPITA.

Ocorre que, conforme será detalhado a seguir, a distinção no modelo de cobrança entre ativos e inativos possui vedação legal e não pode ocorrer nos moldes previstos no Edital 063/2022.

Os inativos serão segregados para uma forma de cobrança mais onerosa, posto que o órgão não irá arcar com nenhum valor conforme expressamente previsto no Edital, ou seja, os inativos serão compelidos a custear o plano pelo sistema de faixas etárias, enquanto os ativos efetuaram o pagamento de um valor único.

Como se vê, a Administração **cria um modelo diferenciado de custeio aos ativos e inativos.**

Nos contratos de natureza coletiva, os arts. 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998, garantem ao beneficiário aposentado a manutenção de sua qualidade de beneficiário de plano de saúde, mantidas as mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho. Confira-se a redação do caput dos dispositivos legais:

Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

(...).

Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de

manutenção como beneficiário, **nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho**, desde que assuma o seu pagamento integral.

§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no caput é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.

§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art. 30

§ 3º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º e 4º do art. 30.

A distinção entre empregados ativos e inativos não têm respaldo na Lei n. 9.656/1998, como faz crer a operadora, mas nos arts. 13, inc. II, 17, 18 e 19 da Resolução Normativa n. 488/22 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Confira-se a redação dos dispositivos regulamentares:

Art. 13. Para manutenção do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado como beneficiário de plano privado de assistência à saúde, os empregadores poderão:

II - contratar um plano privado de assistência à saúde exclusivo para seus ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, na forma do artigo 17, separado do plano dos empregados ativos.

Art. 17. O plano privado de assistência à saúde exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados deverá ser oferecido pelo empregador mediante a celebração de contrato coletivo empresarial com a mesma operadora, exceto na hipótese do artigo 14 desta Resolução, escolhida para prestar assistência médica ou odontológica aos seus empregados ativos.

Parágrafo único. O plano de que trata o caput deverá abrigar os ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e os aposentados.

Art. 18. O plano privado de assistência à saúde de que trata o artigo anterior deverá ser oferecido e mantido na mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos.

A ementa da Resolução Normativa n. 488/2022 preceitua que o objetivo da resolução é regulamentar os arts. 30 e 31, da Lei n. 9.656/1998. Ocorre que as normas que autorizam a estipulação de tratamento de forma distinta entre ativos e inativos extrapolam indevidamente os preceitos legais objeto de regulamentação.

Os arts. 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998 não autorizam tratamento diferenciado entre beneficiários aposentados e beneficiários ativos, de modo que a Resolução Normativa n. 488/2022 da ANS, que regulamenta os arts. 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998, não podem criar regime menos favorável àquele determinado na lei.

Conclui-se, assim, que as disposições dos arts. 13, inc. II, 17, 18 e 19 da Resolução Normativa n. 488/2022 da ANS são ilegais, por extrapolarem de forma indevida o dever de regulamentar os dispostos nos arts. 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998.

Sufragando a controvérsia, o Superior Tribunal de Justiça afetou os Recursos Especiais n. 1.818487/SP, 1.816.482/SP e 1.829.862/SP ao rito dos recursos repetitivos (**Tema 1.034**) para firmar precedente qualificado acerca das condições assistenciais e de custeio do plano de saúde que devem ser mantidas a beneficiários inativos, nos termos do art. 31 da Lei n. 9.656/1998.

Fixou que essas condições dizem respeito (1) ao tempo de permanência no plano, se por prazo determinado ou indeterminado; (2) aos direitos assistenciais a que terá direito o ex-empregado e seus dependentes; e, (3) aos encargos financeiros que serão suportados pelo ex-empregado.

O Superior Tribunal de Justiça firmou que caso o inativo pudesse ser compelido a pagar mensalidades muito superiores às exigidas dos trabalhadores ativos, não se estaria diante da mesma cobertura, conforme exige o art. 31 da Lei n. 9.656/1998, tornando o dispositivo legal ineficaz, desprezando a teleologia que motivou a edição da norma.

Assim, o Superior Tribunal de Justiça declarou a ilegalidade das disposições contidas nos arts. 13, inc. II, 17, 18 e 19 da Resolução Normativa n. 279/2001 da ANS, revogada pela Resolução Normativa n. 488/2022 da ANS pois, ao autorizarem a constituição de um plano de saúde específico para os inativos, com valores superiores àqueles desembolsados pelos empregados da ativa, contrariam a norma do art. 31 da Lei n. 9.656/1998.

Logo, se um ativo de 60 anos tem o plano, por exemplo, por R\$ 755,00, um inativo de mesma idade, deve ter o plano pelo mesmo valor integral.

Confira-se, nesse sentido, trecho do voto-vogal proferido pela Ministra. Nancy Andrighi:

Então, quando o legislador transfere para a ANS a função de “estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998” (art. 4º, XI, da Lei 9.961/2000), não cabe ao órgão regulador, a pretexto de fazê-lo, restringir esses mesmos direitos ou, de qualquer forma, frustrar o seu pleno exercício, fragilizando a rede de proteção criada em favor do idoso.

Nessa toada, a leitura do art. 31 da Lei 9.656/1998, que determina que ao aposentado que contribuir para o plano de saúde, em decorrência do vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral, não autoriza a ANS a criar uma segunda opção que tende a abolir esse direito, como o fez nos arts. 13, II, 17, 18 e 19 da Resolução 279/2011, senão estabelecer os critérios, as responsabilidades, as obrigações e as normas de procedimento para efetivá-lo, tal como previu o legislador.

Em verdade, conhecendo a realidade do alto custo dos planos de saúde individuais e familiares, sabidamente inacessível para uma esmagadora parcela da população brasileira, não há como negar que os arts. 13, II, 17, 18 e 19 da Resolução ANS 279/2011 acabam por cancelar o “descarte” do idoso – mencionado por Maury Ângelo Bottesini e Mauro Conti Machado –, na medida em que concedem ao ex-empregador o aval para oferecer ao aposentado um serviço mais caro, justamente quando ele tem menor condição financeira para assumi-lo, forçando-o, em muitas das vezes, a rescindir o contrato. Isso sem falar que, por força da solidariedade intergeracional, o aposentado contribuiu por anos, quando mais novo, para suportar parte dos custos gerados pelos mais velhos, na legítima expectativa de que, quando mais velho fosse, outros contribuíssem para suportar os seus próprios custos com assistência à saúde, expectativa essa que se frustra, injustamente, quando se vê impossibilitado de continuar pagando pelo serviço.

Tal cenário revela que os arts. 13, II, 17, 18 e 19 da Resolução ANS 279/2011 estabelecem alternativa que é financeiramente conveniente apenas para o estipulante e para a operadora, considerando o maior grau de risco de doenças e outros agravos à saúde do beneficiário de idade mais avançada.

Por todo o exposto, se infere que a ANS, ao facultar ao ex-empregador a escolha pela contratação de um plano de saúde exclusivo para os ex-empregados aposentados, com condições de reajuste, preço, faixa etária diferenciadas daquelas verificadas no plano privado de assistência à saúde contratado para os

empregados ativos, extrapola os limites do seu poder normativo, desrespeita a finalidade protetiva da norma que regulamenta e o pacto intergeracional em que se fundam os planos privados de assistência à saúde, ofendendo, por conseguinte, o princípio da legalidade.

O voto condutor do acórdão conclui que a correta aplicação do art. 31 da Lei n. 9.656/1998 pressupõe **que ativos e inativos sejam inseridos em um modelo único de plano de saúde, com as mesmas condições assistenciais, no que se inclui paridade na forma e nos valores de custeio**, ressaltando-se apenas que ao inativo caberá recolher a parcela própria acrescida daquela que for devida pelo ex-empregador em favor dos ativos.

Confira-se a ementa do acórdão do julgamento do Recurso Especial n. 1.818.487, que traz as teses fixadas pelo Superior Tribunal de Justiça no Tema 1.034:

RECURSO ESPECIAL REPETITIVO. DIREITO CIVIL. EX-EMPREGADOS APOSENTADOS. PERMANÊNCIA NO PLANO DE SAÚDE COLETIVO. ART. 31 DA LEI N. 9.656/1988. DEFINIÇÃO ACERCA DAS CONDIÇÕES ASSISTENCIAIS E DE CUSTEIO.

1. Delimitação da controvérsia: Definir quais condições assistenciais e de custeio do plano de saúde devem ser mantidas a beneficiários inativos, nos termos do art. 31 da Lei n. 9.656/1998.
2. Teses definidas para os fins do art. 1.036 do CPC/2015 a) "Eventuais mudanças de operadora, de modelo de prestação de serviço, de forma de custeio e de valores de contribuição não implicam interrupção da contagem do prazo de 10 (dez) anos previsto no art. 31 da Lei n. 9.656/1998, devendo haver a soma dos períodos contributivos para fins de cálculo da manutenção proporcional ou indeterminada do trabalhador aposentado no plano coletivo empresarial." b) "O art. 31 da lei n. 9.656/1998 impõe que ativos e inativos sejam inseridos em plano de saúde coletivo único, contendo as mesmas condições de cobertura assistencial e de prestação de serviço, o que inclui, para todo o universo de beneficiários, a igualdade de modelo de pagamento e de valor de contribuição, admitindo-se a diferenciação por faixa etária se for contratada para todos, cabendo ao inativo o custeio integral, cujo valor pode ser obtido com a soma de sua cota-parte com a parcela que, quanto aos ativos, é proporcionalmente suportada pelo empregador." c) "O ex-empregado aposentado, preenchidos os requisitos do art. 31 da Lei n. 9.656/1998, não tem direito adquirido de se manter no mesmo plano privado de assistência à saúde vigente na época da aposentadoria, podendo haver a substituição da operadora e a alteração do modelo de prestação de serviços, da forma de custeio e os respectivos valores, desde que mantida paridade com o modelo dos trabalhadores ativos e facultada a portabilidade de carências."
3. Julgamento do caso concreto Ofensa ao art. 31 da Lei n. 9.656/1998 caracterizada, tendo em vista que os empregados ativos e os ex-empregados inativos, apesar de vinculados a plano de saúde administrado por uma única operadora, encontram-se inseridos em categorias distintas, sendo diversas a forma de custeio e os valores de contribuição.
4. Recurso especial a que se dá provimento.
(REsp 1818487/SP, Rel. Ministro Antonio Carlos Ferreira, Segunda Seção, julgado em 09/12/2020, DJe 01/02/2021)

No mesmo sentido, a jurisprudência dos tribunais brasileiros:

DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. SESI/CNI E AMIL. AÇÃO REVISIONAL. ILEGITIMIDADE PASSIVA. AFASTADA. DISCUSSÃO DE CLÁUSULAS CONTRATUAIS. REAJUSTE. PLANO COLETIVO. ART. 30 E 31 DA LEI 9.656/98. DISTINÇÃO ENTRE BENEFICIÁRIOS ATIVOS E INATIVOS. ADOÇÃO DE ÍNDICES DISTINTOS DE REAJUSTES. COPARTICIPAÇÃO EXIGIDA APENAS DO GRUPO DOS INATIVOS. ABUSIVIDADES CONSTATADAS. PRECEDENTES DO TJDFT E DO STJ. DISTINGUISHING. RESP. 1.479.420/SP. ISONOMIA ENTRE OS PARTICIPANTES DO PLANO

1. Segundo a teoria da asserção, a legitimidade passiva ou ativa da parte é aferida pela narrativa constante da inicial tendo em vista ser o direito de ação abstrato. Assim, é a partir da relação jurídica descrita que se verifica a pertinência subjetiva da parte para figurar em um dos polos da relação processual. O pedido está

fundado no questionamento de cláusulas de contrato elaborado e firmado pela Apelante, portanto, parte legítima para figurar no polo passivo da demanda.

2. A melhor interpretação a ser dada ao caput do art. 31 da Lei n. 9.656/98, ainda que com a nova redação dada pela Medida Provisória 1.801/99, é a de que deve ser assegurada ao aposentado a manutenção no plano de saúde coletivo, com as mesmas condições de assistência médica e de valores de contribuição, desde que assuma o pagamento integral desta, a qual poderá variar conforme as alterações promovidas no plano paradigma, **sempre em paridade com o que a ex-empregadora tiver que custear.** (AgRg no AREsp 686.472/SP, Rel. Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA, TERCEIRA TURMA, julgado em 25/08/2015, DJe 28/08/2015), (AgRg no AREsp 420.267/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BOAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 25/11/2014, DJe 09/12/2014), (REsp n. 531.370/SP, Relator Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 7/8/2012, DJe 6/9/2012)

3. No presente caso, o plano de saúde mantido entre o sistema CNI/SESI e a operadora ré (AMIL), não há uma efetiva separação dos planos para ativos e inativos, com a contratação de um plano específico para os inativos. Conclui-se pela abusividade da previsão de índices distintos para o reajuste do prêmio às categorias de ativos e inativos por conta de inexistir o alegado desequilíbrio econômico-financeiro alegado pelo plano de saúde, bem como decorrer da Inteligência do artigo 31 da Lei dos Planos de Saúde, e sobretudo, em função de, ao assumir a integralidade do custeio, o ex-empregado beneficiário fica onerado com os demais participantes do plano, tanto para seus direitos quanto para os deveres.

4. Mesmas razões de decidir autorizam entender abusivas, de igual sorte, a previsão de coparticipação exclusivamente para os beneficiários do grupo de inativos. Trata-se, nestes casos também, de quebra de isonomia entre os participantes aos quais, a rigor e em decorrência da legislação pertinente, corroborado pela jurisprudência do c. STJ e deste TJDF, deve ser resguardada igualdade de condições junto ao plano de saúde. (Acórdão n.1125086, 07360363520178070001, Relator: ALFEU MACHADO 6ª Turma Cível, Data de Julgamento: 19/09/2018, Publicado no DJE: 25/09/2018. Pág.: Sem Página Cadastrada.) 6. Negou-se provimento aos recursos. Unânime.(Acórdão 1214520, 07010179420198070001, Relator: ROMEU GONZAGA NEIVA, 7ª Turma Cível, data de julgamento: 6/11/2019, publicado no DJE: 19/11/2019. Pág.: Sem Página Cadastrada. Grifo nosso)

PLANO/SEGURO DE SAÚDE COLETIVO. REAJUSTE. DISTINÇÃO. BENEFICIÁRIOS. EMPREGADOS. ATIVA. EX-EMPREGADOS. INATIVA. ART. 30 DA LEI Nº 9.656/1998. RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 279/ANS. ILEGALIDADE. CORREÇÃO MONETÁRIA. DATA. DESEMBOLSO. SÚMULA Nº 43/STJ. 1. O art. 30 da Lei nº 9.656/1998 garante ao ex-empregado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral. 2. O art. 13 da Resolução Normativa nº 279, de 24/11/2011, da ANS permite ao empregador manter o ex-empregado no mesmo plano (i) ou contratar um plano exclusivo (ii). Em tese, somente na hipótese da criação/contratação do plano exclusivo para os ex-empregados poderá ocorrer diferença no reajuste (art. 19 da RN nº 279/ANS). Entretanto, essas disposições não são aplicáveis quando os inativos forem mantidos no mesmo plano de quando estavam na ativa. 3. É ilegal a incidência de reajustes diferenciados para os empregados inativos, pois as condições do plano de saúde devem ser mantidas ao beneficiário que perdeu o vínculo laboral. 4. A correção monetária incide desde a data do desembolso de cada parcela, em conformidade com a Súmula n.º 43 do STJ. 5. Recurso da ré conhecido e não provido. Recurso da autora conhecido e provido. (Acórdão 1199365, 07011573120198070001, Relator: DIAULAS COSTA RIBEIRO, 8ª Turma Cível, data de julgamento: 4/9/2019, publicado no DJE: 16/9/2019. Pág.: Sem Página Cadastrada. Grifo nosso)

AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. Pretensão dos autores de manutenção do valor do plano de saúde coletivo empresarial. Deferimento da tutela provisória. Inconformismo da corré Amil. Não acolhimento. Forma de custeio dos inativos deve ser igual à dos ativos. Entendimento pacificado pelo STJ. Tema 1034 de recursos repetitivos. Em cognição sumária, verifica-se que, a despeito da oferta de plano único, há forma de custeio diferenciada. **Ativos têm valor calculado por vida e inativos por faixa etária. Impossibilidade. Prejuízo aos inativos configurado. Mensalidade dos inativos superior à dos ativos de mesma idade.** Presentes os requisitos do artigo 300 do CP/15. Decisão mantida. RECURSO NÃO PROVIDO. (TJSP; Agravo de Instrumento 2164637-02.2021.8.26.0000; Relator (a): Ana

Maria Baldy; Órgão Julgador: 6ª Câmara de Direito privado; Foro Central Cível - 42ª Vara Cível; Data do Julgamento: 02/08/2021; Data de Registro: 02/08/2021)

PLANO DE SAÚDE COLETIVO AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER Ex-empregado Sentença de improcedência da ação Inconformismo do autor Acolhimento Caso em que o autor contribuiu por mais de dez anos, preenchidos os requisitos do art.31 da Lei 9.656/98, sendo irrelevante a alteração para o sistema de coparticipação no momento em que migrou para o plano dos inativos Precedentes desta Câmara e deste Tribunal Manutenção no plano da ativa quanto aos valores pagos Matéria afetada pelo c. STJ Tema 1034 - Julgamento dos REsp. 1818487/SP, 1816482/SP e 1829862/SP sob a sistemática dos recursos repetitivos Ex-empregado deve arcar com sua cota parte com a parcela qu suportada pelo empregador aos ativos.

Sentença reformada RECURSO PROVIDO (TJSP; ApelaçãoCível 1058443-20.2020.8.26.0100; Relator (a): Benedito Antonio Okuno; Órgão Julgador: 8ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 30ª Vara Cível; Data do Julgamento: 13/12/2021; Data de Registro: 13/12/2021

Ao que se observa, o legislador e a jurisprudência pretenderam proteger o aposentado de aumentos exorbitantes e discriminatórios ao aposentado desligado. Assim, se mostra ilógico dar um benefício e diferenciá-lo na forma de pagamento, equiparando-o a um plano particular.

Desse modo, o inativo deve ser incluído no conjunto de ativos para que seu valor a pagar, mesmo com a parcela da patrocinadora, seja razoável. O legislador quis beneficiar o aposentado o colocando junto a coletividade, para que seja possível pelo conjunto de ativos e inativos se chegar a um valor razoável

Explicaram Cláudia Lima Marques e Cristiano Heineck Schmitt:

"Os contratos de planos de saúde e de seguros privados de assistência à saúde são contratos cativos de longa duração, a envolver por muitos anos um fornecedor e um consumidor, com uma finalidade em comum: assegurar para o consumidor tratamento e ajudá-lo a suportar os riscos futuros envolvendo a saúde deste, de sua família, dependentes ou beneficiários" (In "Saúde e Responsabilidade 2 - a nova assistência privada à saúde", Ed. Revista dos Tribunais, 2008, pgs. 135/136).

Como o sistema é colaborativo e solidário é injusta a diferença entre duas categorias de segurados, as categorias dos ativos e dos inativos

A igualdade deve ocorrer para que o custo seja diluído, em benefício de todos, inclusive dos ativos, que um dia aposentarão. Cobrar do aposentado preços diferenciados em relação aos funcionários ativos esvaziaria o sentido protetivo do usuário do plano de saúde coletivo que extingue seu contrato de trabalho.

Dessa forma, necessária a revisão e alteração do Edital e seus anexos para adequação ao previsto na Lei 9656/98, bem com para atender a jurisprudência consolidada do Superior Tribunal de Justiça - STJ - TEMA 1.034, ou seja, um plano com aspectos igualitários entre ativos e inativos, sob pena do cometimento de diversas infrações legais, não só pela Administração Pública como pela operadora Contratada.

b. DA RESPONSABILIDADE DO TITULAR PELO USO INDEVIDO DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

O item 3.1.2 do Termo de Referência (Anexo I), determina que: "É de única e exclusiva responsabilidade do titular quaisquer prejuízos causados pelo uso indevido da carteira de identificação durante o período em que permanecer cadastrado no plano e após a sua exclusão, devendo efetuar o ressarcimento diretamente à CONTRATADA."



Esclarecemos que na contratação de plano coletivo empresarial, é obrigação da CONTRATANTE recolher os cartões individuais de identificação dos usuários excluídos do plano ou outros documentos fornecidos pela operadora, e devolvê-los à CONTRATADA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos ônus resultantes do uso indevido desses documentos, estando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do usuário.

Ao contratar um plano de saúde coletivo empresarial para seus empregados, o SESI assume responsabilidade financeira pelo pagamento do plano de saúde oferecido aos seus empregados e respectivos dependentes. Deste modo, em que pese o beneficiário que utilizou o cartão de identificação indevidamente, que poderá responder civil e criminalmente pelos seus atos, a responsabilidade financeira pelo reembolso à Contratada das despesas realizadas indevidamente, é do SESI, que será a estipulante do contrato de plano de saúde, cabendo à referida empresa descontar do empregado os valores decorrentes do uso indevido.

Não cabe à Contratada a responsabilidade de arcar com os custos da utilização indevida, nem mesmo aos demais beneficiários, isto porque, as despesas com os custos assistenciais são computadas para efeito de análise da sinistralidade e custos do contrato.

Assim, para que esta despesa pelo uso indevido do cartão não componha o custo assistencial dos demais participantes do contrato, é necessário que o SESI realize o pagamento à Operadora e cobre do beneficiário o ressarcimento das despesas, sem prejuízo da possibilidade de arcar com as responsabilidades civil e criminal advinda da comprovação de fraude no uso do cartão.

Deste modo, requeremos que o item 3.1.2 do Termo de Referência (Anexo I), seja alterado para prever que o titular será responsabilizado civil e criminalmente pelo uso indevido do cartão de identificação e dos que forem expedidos a seus dependentes, ficando inclusive, sob sua responsabilidade a devolução do referido cartão e o ressarcimento das despesas oriundas do uso indevido à CONTRATANTE, quando do término do contrato ou da sua exclusão do plano de saúde, ficando a CONTRTANTE responsável pelo pagamento das referidas despesas à CONTRATADA.

IV – DOS PEDIDOS

Em síntese, essa Impugnante requer, com fundamento no Edital e na legislação de regência, sejam analisados os apontamentos apresentados e sanadas as irregularidades contidas no **Edital de Pregão Presencial nº 063/2022**, devendo o ato convocatório ser alterado, o que permitirá que esta CNU e possivelmente outras licitantes possam participar do certame promovido por esse Serviço Social.

Pelo que PEDE DEFERIMENTO,

Atenciosamente,

DocuSigned by:
Rachel Bitencourt Blunck
FIDAF02EBC0A9F

CENTRAL NACIONAL UNIMED – COOPERATIVA CENTRAL

Rachel Bitencourt Blunck

Coordenadora da Equipe Relacionamento e Negócios Licitação | Cessão de Rede

Telefone: (61) 9 9115-6751

Certificado de Conclusão

Identificação da envelope: A6E70E70EF2A4209AF6C43E234DB519D

Status: Concluído

Assunto: Processo SESI-MA

Cód-Contrato-Ariba:

Tipo de Documento Parametrizado:

Tipo Contratação:

Tipo Contrato:

Nº Aditivo:

Empresa:

Envelope fonte:

Documentar páginas: 11

Certificar páginas: 1

Assinatura guiada: Ativado

Selo com EnvelopeID (ID do envelope): Ativado

Fuso horário: (UTC-03:00) Brasília

Assinaturas: 2

Rubrica: 0

Remetente do envelope:

Fernanda Mayra Silva

Alameda Santos, 1826 Conjunto 513

São Paulo, São Paulo 01419-909

fernanda.mayra@centralnacionalunimed.com.br

Endereço IP: 200.185.148.197

Rastreamento de registros

Status: Original

09/11/2022 14:07:33

Portador: Fernanda Mayra Silva

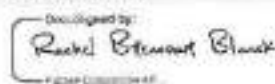
Local: DocuSign

fernanda.mayra@centralnacionalunimed.com.br

Eventos do signatário

Rachel Bitencourt Blunck

rachel.blunck@centralnacionalunimed.com.br

Nível de segurança: E-mail, Autenticação de conta
(Nenhuma)**Assinatura**


DocuSigned by:
Rachel Bitencourt Blunck
F4358-2352324-41

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 34.95.148.231

Registro de hora e data

Enviado: 09/11/2022 14:12:53

Visualizado: 09/11/2022 14:13:17

Assinado: 09/11/2022 14:17:14

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não disponível através da DocuSign

Eventos do signatário presencial	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos de entrega do editor	Status	Registro de hora e data
Evento de entrega do agente	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega intermediários	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega certificados	Status	Registro de hora e data
Eventos de cópia	Status	Registro de hora e data
Eventos com testemunhas	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos do tabelião	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos de resumo do envelope	Status	Carimbo de data/hora
Envelope enviado	Com hash/criptografado	09/11/2022 14:12:53
Entrega certificada	Segurança verificada	09/11/2022 14:13:17
Assinatura concluída	Segurança verificada	09/11/2022 14:17:14
Concluído	Segurança verificada	09/11/2022 14:17:14
Eventos de pagamento	Status	Carimbo de data/hora