

**AO ILUSTRÍSSIMO(A) SENHOR(A) PREGOEIRO(A) DA LICITAÇÃO ELETRÔNICA Nº 007/2026
DA COMPANHIA PARAIBANA DE GÁS - PBGÁS**

Processo Administrativo nº 041/2026

UNIMED JOÃO PESSOA - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, sociedade cooperativa de primeiro grau, regularmente inscrita no CNPJ sob o nº 08.680.639/0001-77, com registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 32.104-4, com sede na Avenida Marechal Deodoro da Fonseca, nº 420, Torre, João Pessoa/PB, CEP 58.040-140, neste ato representada por seu representante legal, na qualidade de operadora de plano de assistência à saúde e interessada em participar da **Licitação Eletrônica nº 007/2026**, processo administrativo de nº 041/2026, promovida pela **PBGÁS**, vem, respeitosamente, apresentar **IMPUGNAÇÃO AO EDITAL**, com fundamento nas razões de fato e de direito a seguir expostas.

A presente impugnação é cabível nos termos do Art. 87, § 1º, da Lei nº 13.303/2016, diploma que garante a qualquer pessoa o direito de questionar irregularidades no edital de licitação perante a própria Administração.

Ademais, a manifestação em deslinda é apresentada em estrita observância aos prazos estabelecidos. O edital da Licitação Eletrônica nº 007/2026 fixou o dia **12 de maio de 2026** como a data limite para o recebimento de impugnações. Portanto, protocolada nesta data, a peça é plenamente tempestiva.

Por fim, mas não menos relevante, a **Unimed João Pessoa** atua como operadora de planos de saúde devidamente registrada na ANS e possui interesse direto na participação do certame. A impugnante busca garantir que o procedimento transcorra com observância à isonomia e à ampla competitividade, possuindo, assim, legitimidade para provocar a revisão do ato convocatório.

1. DA SÍNTESE DOS FATOS E DO OBJETO LICITADO

A **Companhia Paraibana de Gás — PBGÁS** instaurou o procedimento licitatório em epígrafe com o objetivo de contratar empresa especializada para a prestação de serviços de **Plano ou Seguro coletivo privado de Assistência à Saúde Médico-Hospitalar**. Segundo o Termo de Referência, o serviço deve atender aos diretores e empregados da companhia, com extensão aos dependentes legais, totalizando um quantitativo estimado de 175 (cento e setenta e cinco) vidas.

O critério de julgamento adotado é o de **menor preço**, sob o modo de disputa aberto. O edital e seus anexos estabelecem uma série de requisitos técnicos e operacionais que as operadoras interessadas devem cumprir, abrangendo desde a qualificação jurídica e técnica até as condições assistenciais mínimas de cobertura médico-hospitalar e ambulatorial, com abrangência nacional e sem coparticipação.

Contudo, após análise minuciosa das regras estabelecidas no **Termo de Referência (Anexo 2)**, identificaram-se exigências que comprometem a competitividade do certame e

Rua Mal. Deodoro da Fonseca, 420 – Torre, João Pessoa – PB. – CEP: 58040-910

divergem das normas regulatórias do setor de saúde complementar. Especificamente, o item 8.4.2 do referido anexo estabelece uma lista nominal de hospitais que a operadora deve possuir em sua rede credenciada, sem prever a definição de requisitos técnicos objetivos de infraestrutura ou especialidades.

Além dessa restritividade, observou-se que as disposições relativas ao reembolso de despesas e aos prazos de início dos serviços apresentam contradições e omissões que podem gerar insegurança jurídica durante a execução contratual. Tais pontos exigem a correção imediata do instrumento convocatório para assegurar que a seleção da proposta mais vantajosa ocorra de forma lícita e transparente, conforme será detalhado nos tópicos seguintes.

2. MÉRITO

a) DA ILEGALIDADE DA INDICAÇÃO NOMINAL DE PRESTADORES

A análise detida do **Termo de Referência** revela um vício de legalidade no item 8.4.2, que trata da rede credenciada em João Pessoa. O dispositivo exige que a operadora possua em sua rede, obrigatoriamente, ao menos **2 (dois) de 4 (quatro) hospitais listados nominalmente**: Hospital Memorial São Francisco, Hospital Alberto Urquiza Wanderley, Hospital Clinepa ou Hospital Nossa Senhora das Neves.

Esta exigência viola frontalmente o **Art. 31 da Lei nº 13.303/2016**, que impõe às empresas estatais a observância aos princípios da impessoalidade, igualdade e da **obtenção de competitividade**. Ao indicar prestadores específicos por nomes comerciais, a Administração restringe o universo de licitantes àquelas empresas que possuem contrato com tais estabelecimentos, impedindo a participação de operadoras com infraestrutura técnica própria ou verticalizada de igual ou superior complexidade.

A indicação nominal de prestadores, sem justificativa técnica de que apenas estes atendem à demanda, constitui barreira de entrada injustificada. O edital deve pautar-se por **critérios técnicos objetivos** — como volume de leitos, especialidades e certificações — em vez de nomes empresariais. Operadoras com rede própria e verticalizada detêm plena capacidade assistencial sem a necessidade de vinculação a terceiros nominados.

A jurisprudência do **Tribunal de Contas da União (TCU)** veda a indicação de marcas ou prestadores exclusivos sem prova de indispensabilidade técnica:

REPRESENTAÇÃO. LICITAÇÃO REALIZADA PELO MUNICÍPIO DE CRUZ/CE PARA IMPLANTAÇÃO DA 1ª ETAPA DO SISTEMA DE ESGOTAMENTO SANITÁRIO NAQUELA MUNICIPALIDADE, COM UTILIZAÇÃO DE RECURSOS FEDERAIS DA FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, REPASSADOS MEDIANTE TERMO DE COMPROMISSO TC /PAC 284/2014. CONCORRÊNCIA 4/2015. AUDIÊNCIA DOS GESTORES E OITIVA PRÉVIA DA EMPRESA CONTRATADA. NÃO ACOLHIMENTO DAS JUSTIFICATIVAS. CLÁUSULAS DO EDITAL FIXANDO QUANTITATIVOS MÍNIMOS COMO COMPROVAÇÃO DE CAPACIDADE TÉCNICA EM AFRONTA AO QUE PREVÊ O ENUNCIADO 263 DA SÚMULA DE JURISPRUDÊNCIA DO TCU. RESTRIÇÃO À COMPETITIVIDADE DO CERTAME DEVIDAMENTE CARACTERIZADA. CONHECIMENTO E PROCEDÊNCIA. MULTA. ESTIPULAÇÃO DE PRAZO PARA ANULAÇÃO DO CERTAME, BEM COMO DO CONTRATO DELE DECORRENTE. DETERMINAÇÃO. CIÊNCIA À REPRESENTANTE, AO MUNICÍPIO E À FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. ARQUIVAMENTO. Constatadas ilegalidades no procedimento licitatório que possam ter contribuído para a restrição do caráter competitivo do certame, determina-se à entidade promotora que adote as providências

Rua Mal. Deodoro da Fonseca, 420 - Torre, João Pessoa - PB. - CEP: 58040-910

visando à anulação da licitação, bem como do contrato dela decorrente, sem prejuízo da aplicação de multa aos responsáveis. (TCU - RP: 03599520157, Relator: MARCOS BEMQUERER, Data de Julgamento: 14/09/2016, Plenário)

REPRESENTAÇÃO. SUPOSTAS IRREGULARIDADES EM PREGÃO PRESENCIAL CONJUNTO. CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE ADMINISTRAÇÃO, INTERMEDIÇÃO E FORNECIMENTO DE BENEFÍCIO ALIMENTAÇÃO E REFEIÇÃO AOS COLABORADORES DAS ENTIDADES. PREVISÃO DE DESEMPATE DAS PROPOSTAS DAS LICITANTES BASEADA EM VOTAÇÃO A SER REALIZADA ENTRE OS EMPREGADOS. CRITÉRIO DE JULGAMENTO OBJETIVO E DETALHADO NO EDITAL DO CERTAME. PREVISÃO DE PRAZO IRRAZOÁVEL PARA A CONTRATADA APRESENTAR REDE DE ESTABELECIMENTOS CREDENCIADOS. CONHECIMENTO E PROCEDÊNCIA PARCIAL DA REPRESENTAÇÃO. RECOMENDAÇÃO E CIÊNCIA DA OCORRÊNCIA. (TCU - RP: 4592023, Relator: MARCOS BEMQUERER, Data de Julgamento: 15/03/2023)

Logo, a redação deve ser alterada para excluir a menção nominal aos hospitais, substituindo-a por requisitos técnicos objetivos de infraestrutura hospitalar, assegurando a ampla concorrência.

b) DA ADEQUAÇÃO DAS REGRAS DE REEMBOLSO À RN Nº 566/2022 DA ANS

O item 8.3.3 do Termo de Referência estabelece hipóteses de reembolso integral de despesas médico-hospitalares de forma genérica, o que afronta o equilíbrio econômico-financeiro do contrato e a regulamentação da **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**. A redação atual sugere que qualquer indisponibilidade gera automaticamente o dever de reembolso de 100%, ignorando o rito obrigatório de **garantia de atendimento** previsto na **Resolução Normativa nº 566/2022**.

Conforme a referida norma, o reembolso integral é medida de **exceção**, condicionada à **inexistência ou insuficiência comprovada** de prestador credenciado na área de abrangência geográfica do plano. Para que se configure o dever de reembolso integral, é indispensável que o beneficiário tenha solicitado o atendimento à operadora e esta não tenha indicado prestador apto nos prazos regulamentares (Art. 4º ao 6º da RN 566/2022). Sem o contato prévio, a utilização de prestador não credenciado configura **livre escolha**, sujeitando-se aos limites da tabela contratual, e não ao reembolso integral.

A jurisprudência do **Superior Tribunal de Justiça** e do **Tribunal de Justiça da Paraíba** consolidou o entendimento de que o reembolso integral só é devido quando há omissão da operadora ou urgência que inviabilize o uso da rede:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS C/C COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. OMISSÃO. AUSÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. INDISPONIBILIDADE OU INEXISTÊNCIA DE PRESTADOR DA REDE CREDENCIADA. OBRIGAÇÃO DE REEMBOLSO DA OPERADORA. 1. Ação de indenização por danos materiais c/c compensação por dano moral ajuizada em 11/02/2020, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 15/12/2021 e concluso ao gabinete em 19/04/2022. 2. O propósito recursal é decidir sobre a negativa de prestação jurisdicional e o dever de a operadora de plano de saúde reembolsar, integralmente, as despesas assumidas pelo beneficiário com o tratamento de saúde realizado fora da rede credenciada. 3. Devidamente analisadas e discutidas as questões de mérito, e suficientemente fundamentado o acórdão recorrido, de modo a esgotar a prestação jurisdicional, não há falar em violação do art. 1.022, II, do CPC/15. 4. No julgamento do EAREsp 1.459.849/ES (julgado em 14/10/2020, Dje de 17/12/2020), a Segunda Seção, ao interpretar o art. 12, VI, da Lei 9.656/1998, concluiu que "a lei de regência impõe às operadoras de plano de saúde a responsabilidade pelos custos de despesas médicas realizadas em situação de emergência ou de urgência,

Rua Mal. Deodoro da Fonseca, 420 - Torre, João Pessoa - PB. - CEP: 58040-910

sempre que inviabilizada pelas circunstâncias a utilização da rede própria ou contratada, limitada, no mínimo, aos preços praticados pelo respectivo produto à data do evento".5. A Resolução Normativa 566/2022, que revogou a Resolução Normativa 259/2011, da ANS, impõe a garantia de atendimento na hipótese de indisponibilidade ou inexistência de prestador no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, e estabelece, para a operadora, a obrigação de reembolso.6. Hipótese em que, a partir da interpretação dada pela Segunda Seção ao art. 12, VI, da Lei 9.656/1998 e das normas editadas pela ANS, bem como considerando o cenário dos autos em que se revela a omissão da operadora na indicação de prestador, da rede credenciada, apto a realizar o atendimento do beneficiário, faz este jus ao reembolso integral das despesas assumidas com o tratamento de saúde que lhe foi prescrito pelo médico assistente, inclusive sob pena de a operadora incorrer em infração de natureza assistencial.7. Recurso especial conhecido e desprovido, com majoração de honorários. (STJ - REsp: 1990471 DF 2022/0069115-7, Relator: Ministra NANCY ANDRIGHI, Data de Julgamento: 11/04/2023, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 14/04/2023)

DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO EMERGENCIAL FORA DA REDE CREDENCIADA. EXISTÊNCIA DE ESTABELECIMENTOS CREDENCIADOS CAPAZES DE ATENDER À DEMANDA. OPÇÃO PELO USUÁRIO POR CLÍNICA NÃO CREDENCIADA. INEXISTÊNCIA DE OBRIGATORIEDADE DE CUSTEIO OU REEMBOLSO INTEGRAL. DANOS MORAIS NÃO CONFIGURADOS. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. I. CASO EM EXAME Apelação cível interposta contra sentença que julgou improcedente o pedido de custeio integral de tratamento emergencial em clínica psiquiátrica não credenciada, bem como de reembolso das despesas realizadas e de indenização por danos morais, ao fundamento de que havia clínicas credenciadas aptas a realizar o atendimento solicitado. II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO Há duas questões centrais em discussão: (i) a obrigatoriedade do plano de saúde em custear ou reembolsar integralmente tratamento realizado fora da rede credenciada, em situação de urgência ou emergência; (ii) a configuração de danos morais diante da conduta da operadora do plano de saúde. III. RAZÕES DE DECIDIR Do tratamento em clínica não credenciada e reembolso Nos termos do art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998, o reembolso de despesas médicas fora da rede credenciada é devido apenas quando não há prestadores próprios, contratados ou credenciados disponíveis para a prestação do serviço. No caso, a operadora do plano de saúde comprovou a existência de quatro clínicas psiquiátricas credenciadas aptas ao atendimento, inclusive informando a possibilidade de transporte do beneficiário até os estabelecimentos indicados. A opção do autor por tratamento em clínica não credenciada configura escolha pessoal, não havendo obrigatoriedade de custeio integral ou reembolso além dos limites contratuais. Dos danos morais Não restou configurado ato ilícito ou falha na prestação do serviço por parte da operadora do plano de saúde, que apresentou alternativas dentro da rede credenciada. A jurisprudência pacífica do STJ e desta Corte entende que, para a caracterização de danos morais, é necessária a demonstração de conduta abusiva ou falha no atendimento, o que não ocorreu no presente caso. IV. DISPOSITIVO E TESE Recurso desprovido. Sentença mantida em todos os seus termos. Tese de julgamento: A operadora de plano de saúde não está obrigada a custear integralmente ou reembolsar despesas com tratamento realizado fora da rede credenciada quando existirem estabelecimentos credenciados aptos ao atendimento solicitado. A opção do beneficiário por tratamento em clínica não credenciada configura escolha pessoal, não sendo devida indenização por danos morais na ausência de falha na prestação do serviço ou conduta ilícita da operadora. VISTOS, relatados e discutidos os presentes autos. ACORDA a Primeira Câmara Cível do Tribunal de Justiça da Paraíba, por unanimidade, negar provimento ao apelo, nos termos do voto do relator. (TJ-PB - APELAÇÃO CÍVEL: 08533318020208152001, Relator: Gabinete 20 - Des. Onaldo Rocha de Queiroga, 1ª Câmara Cível)

Portanto, requer-se a retificação do item 8.3.3 para que o reembolso integral seja expressamente condicionado à:

1. **Inexistência ou insuficiência de rede** na área de abrangência;

Rua Mal. Deodoro da Fonseca, 420 – Torre, João Pessoa – PB. – CEP: 58040-910

2. **Solicitação prévia de atendimento** pelo beneficiário junto aos canais da operadora;
3. **Ausência de indicação, pela operadora, de prestador apto à realização do atendimento nos prazos regulamentares.**

c) DO CONTATO PRÉVIO E LIMITES DE COBERTURA (ROL ANS E ABRANGÊNCIA)

A disciplina do reembolso no Termo de Referência carece de um regramento procedimental que resguarde a operadora contra utilizações indiscriminadas da rede extra-hospitalar. É imperativo que o edital estabeleça a obrigatoriedade do **contato prévio** do beneficiário com a operadora. Esse fluxo garante que a contratada exerça seu direito de ofertar o atendimento por seus prestadores credenciados, conforme as diretrizes de garantia de acesso da **RN nº 566/2022 da ANS**.

A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, em sede de Embargos de Divergência, consolidou o entendimento de que o reembolso integral é medida excepcionalíssima, dependente da prova de que a operadora foi acionada e falhou em indicar prestador apto:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS C/C COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. OMISSÃO. AUSÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. INDISPONIBILIDADE OU INEXISTÊNCIA DE PRESTADOR DA REDE CREDENCIADA. OBRIGAÇÃO DE REEMBOLSO DA OPERADORA. 1. Ação de indenização por danos materiais c/c compensação por dano moral ajuizada em 11/02/2020, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 15/12/2021 e concluso ao gabinete em 19/04/2022. 2. O propósito recursal é decidir sobre a negativa de prestação jurisdicional e o dever de a operadora de plano de saúde reembolsar, integralmente, as despesas assumidas pelo beneficiário com o tratamento de saúde realizado fora da rede credenciada. 3. Devidamente analisadas e discutidas as questões de mérito, e suficientemente fundamentado o acórdão recorrido, de modo a esgotar a prestação jurisdicional, não há falar em violação do art. 1.022, II, do CPC/15. 4. No julgamento do EAREsp 1.459.849/ES (julgado em 14/10/2020, DJe de 17/12/2020), a Segunda Seção, ao interpretar o art. 12, VI, da Lei 9.656/1998, concluiu que "a lei de regência impõe às operadoras de plano de saúde a responsabilidade pelos custos de despesas médicas realizadas em situação de emergência ou de urgência, sempre que inviabilizada pelas circunstâncias a utilização da rede própria ou contratada, limitada, no mínimo, aos preços praticados pelo respectivo produto à data do evento". 5. A Resolução Normativa 566/2022, que revogou a Resolução Normativa 259/2011, da ANS, impõe a garantia de atendimento na hipótese de indisponibilidade ou inexistência de prestador no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, e estabelece, para a operadora, a obrigação de reembolso. 6. Hipótese em que, a partir da interpretação dada pela Segunda Seção ao art. 12, VI, da Lei 9.656/1998 e das normas editadas pela ANS, bem como considerando o cenário dos autos em que se revela a omissão da operadora na indicação de prestador, da rede credenciada, apto a realizar o atendimento do beneficiário, faz este jus ao reembolso integral das despesas assumidas com o tratamento de saúde que lhe foi prescrito pelo médico assistente, inclusive sob pena de a operadora incorrer em infração de natureza assistencial. 7. Recurso especial conhecido e desprovido, com majoração de honorários. (STJ - REsp: 1990471 DF 2022/0069115-7, Relator: Ministra NANCY ANDRIGHI, Data de Julgamento: 11/04/2023, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 14/04/2023)

Ademais, é indispensável que o edital delimite a cobertura ao **Rol da ANS** e à **área de abrangência geográfica** contratada. O **Tribunal de Justiça da Paraíba** reafirmou recentemente a licitude dessa limitação:

A limitação de abrangência geográfica é lícita, sendo o atendimento fora da rede excepcional e dependente de prova de indisponibilidade local. (TJPB, Apelação 0831453-60.2024.815.2001).

Deve ficar registrado que os contratos da Unimed João Pessoa não possuem cláusula de **"livre escolha"**. Impor o reembolso baseado na simples conveniência do usuário, sem observar a inexistência de previsão contratual para tal modalidade, desfigura a natureza do serviço e viola o equilíbrio financeiro do contrato administrativo, transformando o plano de saúde em um seguro de reembolso ilimitado, o que não possui amparo legal ou editalício.

d) DAS REGRAS DE URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E CARÊNCIAS

As disposições sobre atendimentos de urgência e emergência e carências no Termo de Referência devem guardar estrita observância ao Art. 35-C da Lei nº 9.656/98 e à Resolução CONSU nº 13/1998. O prazo de carência para urgência e emergência é de 24 horas após a contratação (Art. 12, V, "c", da Lei nº 9.656/98).

Contudo, é fundamental que o edital esclareça que, nos termos da Resolução CONSU nº 13/1998, a responsabilidade da operadora em casos de urgência/emergência durante o período de carência limita-se ao atendimento ambulatorial nas primeiras 12 horas. Após esse período, ou havendo necessidade de internação, a obrigação da operadora cessa com a estabilização do paciente, devendo-se proceder à remoção segura para a rede pública ou para hospital credenciado (caso a carência de internação já tenha sido cumprida).

O Tribunal de Justiça da Paraíba ratifica que o dever de custeio integral não é ilimitado durante a carência:

TJ-PB — AGRAVO DE INSTRUMENTO 0811494-29.2023.8.15.0000 — Publicado em 2023: A operadora de saúde deve garantir a cobertura médica em caráter de urgência/emergência e, após estabilizado o paciente, arcar com os deveres relacionados à remoção para unidade do SUS. O restante do tratamento, após a estabilidade do quadro clínico, não pode ser custeado pelo plano de saúde se o usuário ainda estiver em prazo de carência.

O STJ também consolidou o entendimento de que a carência é válida, sendo sua mitigação restrita ao estritamente necessário para preservar a vida:

PROCESSUAL CIVIL E CONSUMIDOR. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RECONSIDERAÇÃO DA DECISÃO DA PRESIDÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PRAZO DE CARÊNCIA PARA ATENDIMENTO EMERGENCIAL. 24 HORAS. LIMITAÇÃO DA INTERNAÇÃO POR 12 HORAS. CARÁTER ABUSIVO. SÚMULAS 302 E 597 DO STJ. DANO MORAL CONFIGURADO. ACÓRDÃO ESTADUAL EM CONSONÂNCIA COM JURISPRUDÊNCIA DO STJ. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 83/STJ. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO. 1. "É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado" (Súmula 302/STJ). 2. "A cláusula contratual de plano de saúde que prevê carência para utilização dos serviços de assistência médica nas situações de emergência ou de urgência é considerada abusiva se ultrapassado o prazo máximo de 24 horas contado da data da contratação" (Súmula 597/STJ). 3. "A jurisprudência desta Corte é no sentido de que o mero descumprimento contratual não enseja indenização por dano moral. No entanto, nas hipóteses em que há recusa de cobertura por parte da operadora do plano de saúde para tratamento de urgência ou emergência, segundo

entendimento jurisprudencial desta Corte, há configuração de danos morais indenizáveis" (AgInt no REsp 1.838.679/SP, Relator Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 3/3/2020, DJe de 25/3/2020). 4. Estando a decisão de acordo com a jurisprudência desta Corte, o recurso encontra óbice na Súmula 83/STJ. 5. Agravo interno desprovido. (STJ - AgInt no AREsp: 2482789 RN 2023/0378528-5, Relator: Ministro RAUL ARAÚJO, Data de Julgamento: 13/05/2024, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 17/05/2024)

Requer-se, portanto, que o edital preveja expressamente que os atendimentos de urgência e emergência realizados durante o período de carência seguirão o fluxo de **estabilização e remoção técnica**, conforme a Resolução CONSU nº 13/1998, evitando que a PBGÁS assuma custos de internações eletivas ou de longa permanência que ainda não possuem cobertura contratual.

3. REQUERIMENTOS

Diante de todo o exposto, **requer** a Impugnante o recebimento e conhecimento da presente impugnação, por ser própria e tempestiva, para que sejam acolhidas as razões ora apresentadas, determinando-se a retificação do Edital da Licitação Eletrônica nº 007/2026 e de seu Termo de Referência, a fim de adequá-los às disposições da Lei nº 13.303/2016, da Lei nº 9.656/1998, das Resoluções Normativas da ANS e da jurisprudência consolidada dos Tribunais Superiores e do Tribunal de Justiça da Paraíba.

Requer-se, especificamente, a exclusão da exigência constante do item 8.4.2 do Termo de Referência que impõe o credenciamento obrigatório junto a hospitais nominalmente indicados, substituindo-se tal previsão por critérios técnicos objetivos, impessoais e compatíveis com os princípios da ampla competitividade e da isonomia, admitindo-se expressamente a participação de operadoras com rede própria, verticalizada ou referenciada, desde que comprovada sua aptidão técnica e assistencial.

Requer-se, ainda, a adequação do item 8.3.3 às disposições da Lei nº 9.656/1998 e da Resolução Normativa nº 566/2022 da ANS, para que fique expressamente consignado que o reembolso integral somente será devido nas hipóteses de inexistência ou indisponibilidade de prestador apto na área de abrangência contratada, mediante prévia solicitação do beneficiário junto à operadora e ausência de indicação de prestador nos prazos regulamentares, ressalvadas as hipóteses excepcionais de urgência e emergência em que reste comprovada a impossibilidade material de utilização da rede credenciada.

Do mesmo modo, **requer-se** que o edital esclareça expressamente que a utilização voluntária de prestadores não credenciados, sem acionamento prévio da operadora e sem caracterização das hipóteses excepcionais previstas na legislação e na regulamentação da ANS, configura hipótese de livre escolha do beneficiário, sujeitando eventual reembolso aos limites contratuais e regulamentares aplicáveis, especialmente diante da inexistência de previsão contratual de livre escolha nos produtos ofertados pela Impugnante.

Requer-se também que o instrumento convocatório passe a prever expressamente que a cobertura assistencial observará os limites do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, bem como a área de abrangência geográfica contratada, não podendo ser imposto à futura contratada regime irrestrito de cobertura ou reembolso fora da rede credenciada sem amparo na Lei nº 9.656/1998 e na regulamentação setorial vigente.

Requer-se, igualmente, a adequação das cláusulas relativas às urgências, emergências e carências, com observância ao art. 12, inciso V, alínea “c”, e ao art. 35-C da Lei nº 9.656/1998, bem como à Resolução CONSU nº 13/1998, para que fique expressamente previsto que, durante o período de carência contratual, a cobertura de urgência e emergência se limitará ao atendimento destinado à estabilização do paciente, observando-se os fluxos de remoção técnica previstos na regulamentação aplicável.

Por fim, considerando que as irregularidades apontadas impactam diretamente a formulação das propostas, a competitividade e o equilíbrio econômico-financeiro da futura contratação, **requer-se** a suspensão do certame até a apreciação definitiva da presente impugnação e, sendo acolhidos os pedidos formulados, a republicação do edital com a reabertura dos prazos legais, nos termos do art. 39, §3º, da Lei nº 13.303/2016.

Nestes termos, espera e requer o integral provimento da presente impugnação, com a consequente adequação do instrumento convocatório aos princípios da legalidade, impessoalidade, competitividade, razoabilidade, segurança jurídica e seleção da proposta mais vantajosa para a Administração Pública.

João Pessoa-PB, Data da Assinatura Eletrônica.

UNIMED JOÃO PESSOA – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO