

PE nº 7/2024

Pedido de Esclarecimento 3

1) Na descrição do “Objeto” consta que o serviço contratado será “limitado, no mínimo, ao Rol de procedimentos da ANS e suas atualizações”. Com vistas a se evitar quaisquer interpretações ampliativas acerca do referido trecho, queira o Ente confirmar que, nos termos previstos no item 4.5.1 (p. 52-53), a cobertura assistencial a ser fornecida pela Operadora se limitará, exclusivamente, aos procedimentos e eventos listados no Rol da ANS vigente no momento da solicitação, **não** havendo a obrigatoriedade de se garantir quaisquer procedimentos não constantes no Rol.

Resposta: Os procedimentos garantidos serão todos aqueles definidos no Edital, incluindo, no mínimo, o rol de procedimentos da ANS, na vigência da solicitação. Ressalta-se que, o uso dos termos "no mínimo" no item 4.5.1 do Termo de Referência (Anexo I do Edital) está em conformidade com a lei 9.656/1998, alterada pela lei 14.454/2022, que estabelece que o rol da ANS possui caráter exemplificativo.

2) Ainda em relação ao “Objeto”, queira o Ente confirmar se a menção ao termo “leitos especiais” significa internações em acomodação apartamento.

Resposta: Sim, acomodação apartamento, não excluindo leitos de UTI/CTI neonatal ou adultos.

3) Em relação ao item 4.5 (p. 7), ciente o Ente que só devem realizar a assinalação de cumprimento dos requisitos da Lei Complementar nº 123/06 as cooperativas com receita bruta igual ou inferior à das microempresas e/ou empresas de pequeno porte, de forma que as cooperativas que possuem receita superior ao referido limite não devem fazer a referida assinalação/declaração?

Resposta: Sim, conforme art. 34 da Lei 11.488, de 15 de junho de 2007.

4) Em relação ao item 8.5.7 (p. 18), se faz necessário que o Ente informe o valor estimado para a contratação, pois caso contrário, não há como a Operadora que se enquadrar na referida situação comprovar que possui patrimônio líquido em valor equivalente a no mínimo dez por cento de um total não divulgado no edital.

Resposta: A comprovação do requisito constante do item 8.5.7 do edital (patrimônio líquido no valor mínimo de 10% do valor estimado da contratação) independe da publicidade do valor de referência, bastando que a operadora apresente o balanço patrimonial (BP) e a Demonstração do Resultado do Exercício (DRE) dos dois últimos exercícios sociais, para que se façam os necessários cálculos.

Frise-se que, a Lei 14.133/21, em seu art. 24, autoriza que o orçamento estimado da contratação tenha caráter sigiloso, desde que justificado.

Ressalte-se, ainda, que, tão logo seja finalizada a fase de lances, os valores serão tornados públicos, de modo que os licitantes terão condições de averiguar a conformidade dos atos, garantindo-se, assim, a transparência do certame.

5) Em que pese se tratar de edital para a contratação de prestação de serviços médico-hospitalares, na rede credenciada da Operadora contratada, alguns itens editalícios, a exemplo do 8.11 (p. 20), 13.3 (p. 25) e 5.2.1 (p. 77) geram a equivocada impressão de que a prestação dos serviços teria que se dar nas dependências do TRT, sendo que o “posto de atendimento” descrito no item 4.11 (p. 74) é para a prestação de serviços operacionais burocráticos, e não de efetiva prestação de atendimentos médicos.

Assim, para que não parem dúvidas sobre este ponto, requer-se que o Ente confirme que os serviços contratados deverão ser prestados por meio da rede de prestadores disponibilizados pela Operadora contratada, nos termos descritos nos itens 1.3 e 1.4, do termo de referência (p. 32), e não dentro das dependências do TRT.

Resposta: Sim, os serviços serão prestados pela rede credenciada da operadora vencedora. O posto de atendimento não se destina à realização de atendimentos médicos nas dependências do TRT.

6) Acerca do item 11.3 (p. 25), considerando que o próprio edital (item 8.1, do termo de referência, p. 87), trata do período de avaliação da sinistralidade para análise de reajuste estipulando até jan/25 e que a manifestação para eventual prorrogação contratual com antecedência de 90 dias é insuficiente, visto que o fechamento de dados e análise da DocuSign Envelope ID: 59546F97-6248-4D7F-9615-A20D27A98B32 Página 2 de 13 competência e confecção do documento necessita de no mínimo 60 dias para fechamento, ciente o Ente que o prazo de manifestação de interesse de prorrogação terá viabilidade de ocorrer com antecedência de 60 dias ao invés de 90 dias?

Resposta: Este Tribunal manifesta ciência e concordância em relação à necessidade de no mínimo de 60 dias para manifestação de interesse na prorrogação contratual, ao invés dos 90 dias estipulados no item 11.3 do Edital.

7) Em relação a eventuais sanções a serem aplicadas à Operadora contratada (item 20.2, p. 27), ciente o Ente que o artigo 156, da lei 14.133/21 estabelece, como primeira espécie de penalidade, a advertência, que não constou no item do edital acima referenciado, mas que deve, em razão de imperativo legal, ser uma das formas de sanções, a depender dos critérios legais constantes no parágrafo 1º, do mencionado artigo 156, que consta transcrito no item 20.3, do edital (p. 27-28)?

Resposta: A possibilidade de aplicação da pena de advertência está expressamente prevista no item 20.5 do Edital (p. 28), cujo teor se reproduz a seguir:

20.5. As sanções de advertência, impedimento de licitar e contratar e declaração de inidoneidade para licitar ou contratar poderão ser aplicadas, cumulativamente ou não, à penalidade de multa.

Nesse sentido, há, inclusive, previsão expressa de possibilidade de interposição de recurso em relação à aplicação da advertência (p. 28), nos seguintes termos:

20.10. Caberá recurso no prazo de 15 (quinze) dias úteis da aplicação das sanções de advertência, multa e impedimento de licitar e contratar, contado da data da intimação, o qual será dirigido à autoridade que tiver proferido a decisão recorrida, que, se não a reconsiderar no prazo de 5 (cinco) dias

úteis, encaminhará o recurso com sua motivação à autoridade superior, que deverá proferir sua decisão no prazo máximo de 20 (vinte) dias úteis, contado do recebimento dos autos.

Ademais, a aplicação da penalidade de advertência independe de previsão no Edital. Isto porque, de acordo com o art. 156, §3º da Lei n. 14.133/21, a penalidade de multa é a única que necessita da correspondente previsão no Edital ou no contrato.

8) Acerca dos itens 20.1.2.4, 20.1.2.5 e 20.1.6.3 (p. 27), requer-se que o Ente confirme a inaplicabilidade das disposições ao objeto licitado neste edital.

Resposta: Os itens 20.1.2.4, 20.1.2.5 e 20.1.6.3 não se aplicam ao objeto a ser contratado no presente procedimento licitatório e, por isso, serão suprimidos do Edital.

9) Em relação à proteção de dados pessoais (item 22, p. 29-30), queira o Ente sinalizar ciência e concordância com relação às regras da LGPD a serem aplicadas sobre o contrato:

- A classificação de agente (controlador e operador de dados) de cada uma das partes (Ente contratante e contratada) se dará em cada tratamento ou grupo de tratamento de dados, nos termos da lei da LGPD e segundo o princípio da verdade real;
- Assim, ao mesmo tempo em que a contratada poderá ocupar a posição unicamente de operador de dados – nos casos de emissão de relatórios, por exemplo – será controladora em outras atividades, cabendo-lhe os ônus legais aplicáveis aos agentes assim classificados, nos termos da lei, não podendo ser, os tratamentos, limitados pelo Ente contratante, sob pena de prejuízo às suas atividades mais corriqueiras, tais como auditorias, auditorias de contas, glosas de serviços, auditorias de segurança e confiabilidade de sistemas, auditorias de prontuários, análises econômico-financeiras, projeções, orçamentos, execução de contratos com prestadores de serviços da rede e outras Unimed's, comunicação de dados à ANS, Ministério da Saúde e tantos outros, sendo estes meros exemplos.
- A responsabilidade pelo enquadramento das bases legais, inclusive quanto eventualmente se faça necessário o consentimento do titular, será de quem ocupar a posição de controlador, de acordo com cada atividade, em estrita observância às disposições contidas na lei 13.709/18.

Resposta: Este Tribunal manifesta ciência e concordância em relação à aplicação das regras da LGPD, a serem aplicadas à futura contratação.

10) Em relação ao público de demitidos/exonerados sem justa causa e aposentados, se faz necessário que o Ente sinalize ciência e concordância quanto aos seguintes aspectos:

- a)** Que nos termos do art. 19 e art. 21, da RN 488/22, da ANS, o contrato exclusivo de inativos possui condições de preços e de reajuste diferentes do contrato de ativos (pool de reajuste de contratos inativos, que é o mesmo índice aplicado a todos os contratos exclusivos de inativos da carteira da Operadora), nos termos regulados pela norma mencionada.

b) Que no momento do envio das propostas de preços, a Operadora deverá enviar uma proposta específica com a tabela de preços dos valores a serem arcados pelos beneficiários inativos.

c) Considerando que o edital não contempla a minuta contratual do referido contrato (salienta-se que por mais que a cobrança dos inativos seja realizada diretamente pela Operadora aos beneficiários, a legislação da ANS exige que exista um contrato firmado pela pessoa jurídica contratante com os termos gerais do contrato exclusivo para inativos), que o Ente se valerá da minuta padrão utilizada pela Operadora credenciada.

d) Que só há que se falar em direito de permanência no contrato de inativos, nos termos delineados pelos artigos 30 e 31, da lei 9.656/98, caso tenha havido contribuição por parte do beneficiário titular, ressalvando-se que, nos termos do 2º, I da RN 488, não são consideradas contribuições os valores relacionados aos dependentes e a coparticipação. Logo, em relação ao item 4.2.2 (p. 41) e cláusula quinta, parágrafo sexto (p. 128), se faz necessário ter havido contribuição para a permanência do dependente em caso de óbito do titular.

Resposta: Conforme disposto no item 4.2.1.1 do Termo de Referência (Anexo I do Edital), são considerados Beneficiários Titulares os magistrados e servidores (ativos e aposentados), bem como os pensionistas cônjuges. Assim, todas as regras contratuais que se aplicam aos magistrados e servidores ativos serão as mesmas aplicadas aos aposentados.

Ressalta-se que a relação dos beneficiários encontra-se também disposta na Cláusula Quinta da Minuta Contratual (Anexo IV do Edital).

11) Em relação a eventual opção de adesão do beneficiário a plano individual/familiar ofertado pela Operadora, mencionado em alguns pontos do edital, a exemplo dos itens 4.2.2.3 (p. 43) e 4.9.4 (p. 72), está ciente o Ente de que as condições do referido plano serão de acordo com os produtos registrados junto à ANS, que podem possuir condições distintas do plano coletivo decorrente desta licitação, a exemplo da área de abrangência contratual? No caso da Unimed-BH, por exemplo, até em virtude das regras do Sistema Unimed, a Operadora somente pode comercializar produtos individuais com cobertura regional (área de atuação da Unimed-BH), não havendo, portanto, cobertura eletiva em todo o estado de Minas Gerais nem em âmbito nacional.

Resposta: Este Tribunal manifesta ciência e concordância em relação ao fato de que a operadora vencedora do certame poderá ofertar, nas hipóteses descritas nos itens 4.2.2.3 e 4.9.4 do Termo de Referência (Anexo I do Edital), somente os planos registrados junto à ANS.

12) Em relação aos itens 4.4.1 (p. 52) e 4.5.3.1, “k” (p. 55), e cláusula 2.1, “l” (p. 122), queira o Ente confirmar que a cobertura despesas relativas ao acompanhante terá cabimento nas hipóteses delineadas pela ANS no art. 19, VII, da RN 465/21, abaixo transcrito:

Art. 19. O Plano Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não

incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso X deste artigo e, devendo garantir cobertura para:

[...]

VII - despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contraindicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:

- a) crianças e adolescentes menores de 18 anos;*
- b) idosos a partir dos 60 anos de idade; e*
- c) pessoas com deficiência.*

Resposta:

Art. 19. O Plano Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso X deste artigo e, devendo garantir cobertura para:

[...]

VII - despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contraindicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:

- a) crianças e adolescentes menores de 18 anos;**
- b) idosos a partir dos 60 anos de idade; e**
- c) pessoas com deficiência.**

Este Tribunal manifesta ciência e concordância em relação ao fato de que a cobertura das despesas relativas ao acompanhante terá cabimento nas hipóteses delineadas pela ANS no art. 19, VII, da RN 465/21.

13) O item 4.5.3.1, a.1 (p. 54) e cláusula 2.1, b.1 (p. 121) estabelecem condições para a cobrança de coparticipação psiquiátrica diferentes das admitidas pela ANS.

É que o edital informa que cumpridos o requisito temporal de mais de trinta dias de internação, contínuos ou não, por ano de contrato, a cobrança será “no valor igual ao estabelecido neste Contrato para coparticipação em consultas em pronto atendimento”.

No entanto, a ANS, por meio do art. 19, II, “a” e “b”, da RN 465/21, estabelece que a cobrança poderá ser de cinquenta por cento do valor contratado entre a Operadora de planos privados de assistência à saúde e o respectivo prestador de serviços de saúde.

Dessa forma, queira o Ente confirmar que, nos termos, da ANS, a Operadora contratada poderá efetuar a cobrança de coparticipação de internação psiquiátrica observando-se a métrica de valores estabelecida pela ANS.

Resposta: Para a cobrança do valor de coparticipação para internações psiquiátricas ou dependência química que ultrapassem trinta dias, consecutivos ou não, por ano

de contrato, por beneficiário, este Tribunal entende que deve ser um valor fixo, para que não se tenha discrepâncias nos valores apresentados pela operadora vencedora, após a assinatura do contrato.

Além disso, ao informar, no Edital, o valor fixo para a coparticipação nas internações psiquiátricas, permite-se que todas as operadoras interessadas no certame possam realizar seus cálculos atuariais para a precificação do produto a ser ofertado.

Assim, a cobrança de coparticipação para as internações psiquiátricas e por dependência química será aquela definida no item 4.5.3.1, "a.1" do Termo de Referência (Anexo I do Edital).

14) Não existe vedação na legislação da ANS para o estabelecimento de coparticipação em caso de internação. Desta forma, requer-se que o Ente confirme, em relação à previsão contida no item 4.5.3.1, "c" (p. 54) e cláusula 2.1, "d" (p. 121), que será admitida a cobrança de coparticipação para atendimento em hospital-dia para transtornos mentais.

Resposta: Este Tribunal informa que não será admitida cobrança de coparticipação para atendimento em hospital-dia para transtornos mentais. Mantendo-se, assim, inalterados o Edital e a Minuta Contratual nesse aspecto.

15) Ainda em relação à coparticipação, é importante salientar que a oferta de produto com coparticipação ampla apresenta vantagens significativas para o contrato, se comparados com o contrato com coparticipação apenas para consultas eletivas e em pronto socorro (itens 5.3.6, p. 78, 11.2.1, p. 95-96 e cláusula primeira, parágrafos segundo e terceiro, "c", p. 117), tendo em vista que implica em valores de mensalidades menores, além de colaborar para a necessidade de percentuais de reajuste menores, nos momentos de renovação contratual, tendo em vista que a coparticipação é um mecanismo que favorece o uso moderado do plano de saúde.

Diante desse cenário, queira o Ente confirmar que irá permitir a oferta de plano coparticipativo não somente para consultas, mas também para todo e qualquer exame, procedimento e/ou internação.

Resposta: Este Tribunal informa que não haverá cobrança de coparticipação além das previstas no Edital. Mantendo-se, assim, inalterados o Edital e a Minuta Contratual nesse aspecto.

16) Em relação à previsão contida no item 4.5.3.1, "q.xiv" (p. 56) e cláusula 2.1, "r.14" (p. 123), favor confirmar que só haverá que se falar em cirurgia reparadora pós-bariátrica caso o referido procedimento esteja incluído no Rol da ANS vigente no momento da solicitação.

Resposta: Este Tribunal manifesta ciência e concordância em relação ao fato de que apenas as cirurgias reparadoras pós-bariátricas, constantes no rol de procedimentos da ANS, serão cobertas pelos planos de saúde contratados.

17) Sobre a previsão estabelecida no item 4.5.3.1, "t" (p. 57) e cláusula 2.1, "u" (p. 123), gentileza confirmar que o fornecimento de próteses e/ou órteses, incluindo-se marca-passo e stent, só serão de cobertura obrigatória nos termos consignados no art. 19, VI, da RN 465 da ANS, ou seja, "órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados nos Anexos desta Resolução Normativa".

Resposta: Este Tribunal manifesta ciência e concordância em relação ao fato de que a cobertura para o fornecimento de próteses e órteses seguirá as hipóteses estabelecidas na RN 465 da ANS e em outros normativos que vierem a substituí-la.

18) Quanto a eventual alteração da lista dos exames laboratoriais prevista no item 4.6.3.2 (p. 61) e cláusula 4.3, “d” (p. 125), queira o Ente confirmar que eventuais alterações deverão ser solicitadas junto a CONTRATADA para acréscimos de cobertura e apenas será alterado havendo comum acordo, visto que se trata de serviço que tem impacto na precificação ofertada. E ainda, queira o Ente informar qual critério será utilizado para alteração na listagem de exames periódicos cobertos.

Resposta: A lista de exames que compõem o Exame Médico Periódico restringe-se a exames laboratoriais, o que minimiza, consideravelmente, os impactos à precificação do plano de saúde contratado em caso de eventuais alterações.

Ressalta-se, ainda, que a definição dos exames laboratoriais exigidos para o Exame Médico Periódico segue as diretrizes técnicas e científicas observadas pela Secretaria de Saúde deste Tribunal.

Por fim, este Tribunal esclarece que eventuais alterações que porventura sejam realizadas na referida lista de exames ficará exclusivamente a critério do CONTRATANTE, sem a necessidade de haver comum acordo entre as partes.

19) A previsão contida no item 4.7.1.3, “g” (p. 63) extrapola a cobertura assegurada pelo Rol da ANS, haja vista não haver obrigatoriedade de cobertura para atendimentos domiciliares, ainda que em caráter de urgência/emergência. A RN 490/22, da ANS, “dispõe sobre a cobertura de remoção de beneficiários de planos privados de assistência à saúde, com segmentação hospitalar, que tenham cumprido o período de carência”, não havendo previsão de cobertura de remoção em âmbito domiciliar, apenas inter-hospitalar, ou seja, de uma unidade hospitalar para outra.

Desta forma, requer-se que o Ente confirme, mais uma vez, que o contrato a ser firmado em decorrência desta licitação não imporá à Operadora contratada a obrigação de ofertar atendimento que não esteja previsto no rol da ANS.

Resposta: Os procedimentos garantidos serão todos aqueles definidos no Edital, incluindo, no mínimo, o rol de procedimentos da ANS, na vigência da solicitação.

Portanto, a cobertura prevista no item 4.7.1.3, "g", do Termo de Referência (Anexo I do Edital) deve ser garantida pela empresa vencedora do certame.

20) Com relação ao reembolso, queira o Ente confirmar, nos termos dos itens 4.8.2 (p. 66) e 12.7 (p. 101-102) e cláusula sétima (p. 32), que a Operadora somente deverá proceder ao reembolso nos termos disciplinados pela RN 566/2022, da ANS, ou seja, caberá à Operadora seguir todo o fluxo de garantia de atendimento em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador contido na aludida norma, sendo o reembolso uma medida última e excepcional, e desde que o beneficiário comprove ter tentando obter, sem lograr êxito, atendimento prévio junto à rede de prestadores da Operadora credenciada.

Reiteramos que a solicitação de reembolso só poderá ser realizada mediante deliberação da Operadora através do protocolo recebido no contato prévio realizado. O contato prévio deverá ser realizado por meio da central 4020-4020 para verificar a existência e/ou disponibilidade de prestadores de serviços próprios, contratados ou credenciados pelo Sistema Unimed, dentro da área de abrangência do plano contratado, principalmente após qualquer dificuldade com o guia médico do App/Espaço do cliente para a busca de prestador.

Para fins de reembolso, o beneficiário deverá apresentar à CONTRATADA a documentação adequada dentro do ano de realização do atendimento, sob pena de perder o direito ao reembolso. Todas as informações deverão ser obtidas via canal de atendimento (telefônico, eletrônico ou presencial) oferecido pela CONTRATADA.

Resposta: Este Tribunal manifesta ciência e concordância em relação ao fato de que as hipóteses de reembolso deverão seguir as regras estabelecidas pela RN 566/2023 da ANS. A solicitação e concessão do reembolso poderá seguir o fluxo da empresa vencedora do certame, desde que não fira o disposto na RN 566/2023 e demais legislações pertinentes ao tema.

21) Acerca do item 4.8.4.1 (p. 67), queira o Ente confirmar que havendo a rescisão contratual, a Operadora deverá arcar com a conta hospitalar do beneficiário internado proporcionalmente até a data da rescisão contratual, momento a partir do qual caberá o custeio do restante da conta à nova Operadora contratada, ao Ente contratante ou ao próprio beneficiário, mas não à Operadora cujo contrato restou rescindido.

Resposta: O item 4.8.4.1 do Termo de Referência (Anexo I do Edital) deve ser seguido integralmente pela empresa vencedora do certame, portanto, essa deverá assegurar, nas hipóteses do referido item, a assistência ao beneficiário internado até a sua alta hospitalar prescrita pelo médico assistente.

Esclarece-se que caberá à operadora cujo contrato restou rescindido arcar com o custeio da conta hospitalar do beneficiário internado até sua alta, sendo permitido cobrar diretamente deste beneficiário as mensalidades do plano de saúde, desde que sejam mantidas as condições contratuais originais.

22) Considerando que esta Operadora é orientada por valores que envolvem diretrizes de sustentabilidade e meio ambiente e ainda pensando em trazer mais agilidade e facilidade de acesso para os beneficiários, queira o Ente confirmar, em relação ao item 4.8.5 (p. 67), que:

a) Atende aos requisitos editalícios a disponibilização da carteira de identificação em formato exclusivamente virtual, sem necessidade de emissão de carteira física; e

b) Na eventualidade de o Ente insistir na necessidade de emissão de carteira física de identificação, que seja a entrega efetuada pela Operadora à contratante, e não individualmente para cada beneficiário (subitens do item 4.8.5 e cláusula quinta, parágrafo segundo, p. 127), bem como que seja permitida a cobrança da emissão de 2ª via da carteira (item 12.1.1, p. 101); e

c) Ainda em relação a eventual emissão de carteira impressa, destaca-se não ser factível o prazo descrito no item 12.2 (p. 101) e cláusula quinta, parágrafo terceiro (p. 128), haja vistas os trâmites operacionais necessários para a confecção da carteira. Considerando que a carteira digital, via aplicativo, é disponibilizada de forma imediata, permitindo o pronto uso do plano, requer-se que o Ente conceda, em caso de necessidade de emissão da carteira física, o prazo de 15 dias úteis para entrega no Ente e sendo sua responsabilidade da distribuição da via física ao beneficiário e a cobrança a ele da taxa de emissão da via física.

Resposta: Este Tribunal esclarece que a empresa vencedora do certame deverá disponibilizar carteira virtual para todos os beneficiários e carteira física para os beneficiários que solicitarem sua emissão a qualquer tempo.

Ressalta-se que ficará a cargo da empresa vencedora do certame o custeio integral relativo à emissão das carteiras físicas. Portanto, não haverá cobrança de taxas para emissão das carteiras físicas, ainda que segunda via.

Em relação ao prazo para entrega das vias físicas para o CONTRATANTE, este Tribunal manifesta anuência para que o prazo que consta no item 12.2 do Termo de Referência (Anexo I do Edital) e no Parágrafo Terceiro da Cláusula Quinta da Minuta Contratual seja alterado para 15 (quinze) dias úteis.

A carteira digital deverá ser disponibilizada de forma imediata, permitindo o pronto uso dos planos pelos beneficiários.

23) Quanto à movimentação de exclusão de beneficiário, descrita no item 4.8.6 (p. 68), ciente o Ente que, nos termos da RN 561/22, da ANS, caso a exclusão decorra de solicitação do próprio beneficiário, ela deverá ter efeito imediato, a partir da ciência da Operadora quanto ao pedido?

Resposta: Os beneficiários deverão solicitar a exclusão do plano de saúde diretamente ao CONTRATANTE e a vigência da exclusão seguirá, em regra, as datas que constam na Tabela 5 do Termo de Referência (Anexo I do Edital).

24) A disposição contida no item 4.8.11 (p. 69) e cláusula sexta (p. 130) está em dissonância com a regulamentação da ANS.

É que a Resolução CONSU 8/98 veda a utilização de mecanismos de regulação, tais como autorização prévia, exclusivamente em situações caracterizadas como de urgência ou emergência.

Assim, em se tratando de atendimento eletivo, é assegurado à Operadora exigir a emissão de guia previamente autorizada como condição para que o beneficiário obtenha o atendimento junto à rede de prestadores. Dessa forma, requer-se que o Ente assinale ciência e concordância quanto à possibilidade de a Operadora contratada exigir guia previamente autorizada para atendimentos eletivos de forma geral, e não exclusivamente para internações e procedimentos de alta complexidade.

Resposta: Este Tribunal esclarece que a autorização prévia deverá ser exigida pela Operadora apenas para internações e Procedimentos de Alta Complexidade.

25) O prazo de dois dias úteis estabelecido no item 4.8.12 (p. 69) e cláusula sexta (p. 131) também não encontra respaldo na legislação.

A RN 566/22, citado no referido item, estabelece o prazo máximo de garantia de atendimento, cabendo à Operadora proceder à emissão da autorização e efetivamente garantindo o atendimento dentro dos referidos prazos, e não limitado ao prazo de dois dias úteis.

É válido destacar que a RN 424/17 regula o instituto da junta médica, que quando instaurado, certamente precisa de um prazo razoável para a conclusão, limitado, no entanto, aos prazos máximos de garantia de atendimento consignados na RN 566.

Por todo o exposto, se faz necessário que o Ente assinale ciência e concordância quanto à possibilidade de a Operadora se valer de prazo maiores para autorização, desde que, por certo, não ultrapassem os prazos máximos de garantia de atendimentos estabelecidos pela ANS.

Resposta: Este Tribunal esclarece que a empresa vencedora do certame deverá "preferencialmente" cumprir o prazo estabelecido no item 4.8.12 do Termo de Referência (Anexo I do Edital) e no parágrafo quinto da Cláusula Sexta da Minuta Contratual. Portanto, trata-se de prazo recomendável e que deve ser buscado pela empresa, porém não é de observância obrigatória. Ressalta-se que os limites máximos para o atendimento das coberturas são os dispostos na RN 566/2022 da ANS.

26) Os itens 4.9.1.1 (p. 70) menciona que para o plano de saúde 1 as inclusões, realizadas a qualquer tempo, serão efetuadas sem a imputação de carências, e o item 4.9.2.2 (p. 71) estabelece uma série de regras para imposição de carências para o plano de saúde 2, sendo que ambas as disposições estão em descompasso com a regulamentação da ANS.

O mesmo apontamento se tem em relação ao item 4.9.3.2.1, "a" (p. 72), referente à reinclusão no plano de saúde 1. E tais disposições são repetidas na cláusula oitava (p. 133).

É que, nos termos do art. 6º, da RN 557/22, da ANS, a isenção de carências tem cabimento quando preenchido dois critérios simultâneos:

(1º) O contrato contar com trinta ou mais beneficiário no momento da nova inclusão; e

(2º) A solicitação para inclusão ocorrer no período máximo de trinta dias da celebração do contrato ou da vinculação do beneficiário à Contratante.

Diante disso, requer-se que o Ente confirme que se não restarem preenchidos os dois critérios acima, será possível a imposição de carências, nos termos e limites contidos no art. 12, V, da lei 9.656/98.

Resposta: As regras estabelecidas pela ANS e pela lei 9.656/1998 em relação à exigência de carência são normas dispositivas, que permitem às partes contratantes estabelecerem exigências diversas das estabelecidas nesses normativos.

Dessa forma, é lícito a este Tribunal elencar as regras de carência que melhor se adequam às suas necessidades.

Nesse sentido, serão mantidas no Edital as disposições relativas à carência para o plano de saúde 1 (itens 4.9.1.1; 4.9.2.2, "a"; e 4.9.3.2.1, "a" do Termo de Referência - Anexo I do Edital).

Por sua vez, após reanálise do tema, este Tribunal informa que as regras de carência para a primeira inclusão no plano de saúde 2 (item 4.9.1.2 do Termo de Referência - Anexo I do Edital) serão alteradas para a seguinte redação:

4.9.1.2. Plano de saúde 2: será sem exigência de cumprimento de período de carência se ocorrer: até 30 (trinta) dias corridos contados da assinatura do contrato; 30 (trinta) dias corridos contados da

vinculação do beneficiário à CONTRATANTE; ou 30 (trinta) dias corridos contados da data do nascimento do recém nascido. Para os ingressos que ocorrerem fora dessas hipóteses, haverá exigência de cumprimento de carência conforme os prazos estabelecidos pela ANS.

27) Favor confirmar que os mesmos critérios descritos no questionamento anterior serão aplicáveis para a imposição de cobertura parcial temporária (CPT) para doenças e lesões preexistentes (DLP), de forma que que a Operadora contratar poderá exigir o preenchimento de declaração de saúde e impor CPT para DLP, nos termos disciplinados pelo art. 7º, da RN 557/22 , e da RN 558/22.

Resposta: As regras estabelecidas pela ANS e pela lei 9.656/1998 em relação imputação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) para Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são normas dispositivas, que permitem às partes contratantes estabelecerem exigências diversas das estabelecidas nesses normativos.

Dessa forma, é lícito a este Tribunal elencar regras sobre CPT para DLP que melhor se adequem às suas necessidades e, por isso, não será admitida qualquer imputação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) para Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP).

28) Em caso de upgrade de plano, diferentemente do estabelecido no item 4.9.2.2, "b" (p. 71) e cláusula oitava (p. 133), a súmula normativa nº 21/11, da ANS estabelece ser admitido a imposição de carências em relação em relação aos profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde acrescidos em relação ao plano anterior, não havendo, portanto, isenção de carência para as coberturas acrescidas se a migração ocorrer no período do aniversário contratual.

Assim, requer-se que o Ente confirme a possibilidade de exigência de carências, nos termos da súmula normativa supracitada, em caso de upgrade de rede.

Resposta: Este Tribunal informa que, após reanálise sobre o tema, as regras de migração Upgrade (item 4.9.2.2, "b" do Termo de Referência - Anexo I do Edital) serão alteradas para a seguinte redação:

b) A migração Upgrade poderá ser realizada a critério do beneficiário Titular em qualquer data e haverá exigência de cumprimento de carências determinadas pela ANS.

29) Em relação ao item 4.9.6 (p. 73), ciente o Ente que haverá cobrança dos dois produtos por beneficiário incluído nessa condição?

Resposta: Conforme descrito no item 4.9.6 do Termo de Referência (Anexo I do Edital), os beneficiários poderão aderir aos planos 1 e 2 simultaneamente. Nessa hipótese, a empresa vencedora irá cobrar pelos dois planos incluídos pelo beneficiário.

30) Em relação ao item 4.10 e subitens (p. 73) e cláusula 5 e subitens (p. 125), queira o Ente confirmar que a cobertura de remoção via ambulância somente terá cabimento nas hipóteses determinadas pela ANS, atualmente consignadas na RN 490/22 e que abarcam, especificamente, o transporte inter-hospitalar, ou seja, de uma unidade hospitalar para outra.

Resposta: A remoção via ambulância prevista no Edital e na Minuta Contratual inclui a cobertura para remoção domiciliar.

31) Em relação ao item 4.10.7, (p. 74) e cláusula 5.8 (p. 125), que trata da remoção aérea, de adesão obrigatória para todos os beneficiários, solicita-se que sejam avaliados e respondidos os pontos delineados a seguir:

- a) Que será devida a observância de carência para utilização deste serviço adicional, tanto para o contingente inicial, quanto para inclusões posteriores, pelo prazo de 60 dias.
- b) Que o Ente irá se valer da minuta contratual padrão utilizada pela Operadora vencedora contemplando o detalhamento das regras operacionais do transporte aéreo.

Resposta: Considerando que o serviço de remoção aérea será de adesão obrigatória para todos os beneficiários, não haverá previsão de cumprimento de carência para a utilização do serviço.

As regras operacionais pertinentes ao Transporte Aeromédico serão observadas por este Tribunal.

32) Quanto aos itens 4.13.2 e 4.13.5 (p. 75), considerando os trâmites necessário junto à instituição bancária para a emissão da fiança bancária, requer-se que o Ente admita que a prestação da garantia ocorra no período de vinte dias úteis contados da assinatura do contrato.

Resposta: Em regra, a prestação da garantia contratual deve ocorrer antes da formalização do contrato, uma vez que sua finalidade é resguardar a Administração de eventuais prejuízos causados pelo particular durante a execução do ajuste. Entretanto, é preciso reconhecer que a obtenção de algumas das modalidades de garantia previstas nos incisos do art. 96, §1º da Lei n. 14.133/2021 (notadamente o seguro-garantia e a fiança bancária) é vinculada à apresentação do respectivo instrumento contratual, devidamente assinado pelas partes, perante a entidade seguradora ou instituição bancária responsável.

Diante disso, este Tribunal promoverá a alteração parcial da redação do subitem 4.13.2 do Edital, que passará a prever o seguinte: “4.13.2. A garantia nas modalidades caução e fiança bancária deverá ser prestada em até 10 (dez) dias após a assinatura do contrato, prorrogáveis por igual período, a critério do órgão contratante.

33) Queira o Ente confirmar que os relatórios e documentos fiscais a serem fornecidos pela Operadora, a exemplo dos citados no item 5.1.1.2 (p. 72), poderão ser disponibilizados em área logada segura.

Resposta: Este Tribunal esclarece que os relatórios emitidos pela empresa vencedora do certame poderão ser disponibilizados em área logada segura, porém os documentos fiscais deverão ser inseridos no Portal SIGEO-JT.

34) Queira o Ente confirmar que eventual sinalização de inconsistências será realizada dentro do próprio mês de emissão da Nota Fiscal, a fim de possibilitar eventual cancelamento do documento fiscal.

Resposta: Este Tribunal confirma que sinalizará eventuais inconsistências dentro do próprio mês de emissão da Nota Fiscal por parte da empresa vencedora do certame.

35) Em caso de eventual mora do Ente com relação ao pagamento devido à Operadora contratada (item 7.2.8, p. 86), queira confirmar que serão observadas as consequências da mora, nos termos estabelecidos no anexo I, da IN 28/2022, da ANS, que determinada a aplicação de “juros de 1% ao mês (0,033 ao dia) e multa de 2% sobre o valor do débito em atraso”.

Resposta: Neste ponto, o Edital contempla a seguinte cláusula padrão, aplicável a todas as contratações firmadas no âmbito deste Tribunal:

7.2.8. Ocorrendo atraso no pagamento, por motivo a que não tiver dado causa e para o qual não tenha contribuído a CONTRATADA, o CONTRATANTE, quando do respectivo pagamento, incidirá juros moratórios de 0,5% (meio por cento) ao mês, apurados de forma simples e pro rata die, e, após decorridos mais de 30 (trinta) dias, atualizará o valor devido com base no índice mensal do IPCA/IBGE , pro rata die.

Nos termos do Anexo I da Instrução Normativa n. 28/2022 da Agência Nacional de Saúde (ANS):

D) Nos planos coletivos por adesão, o contrato deve:

[...]

E) Dispor sobre as consequências da mora, se houver, no pagamento da mensalidade, limitadas ao percentual de juros de 1% ao mês (0,033 ao dia) e à multa de 2% sobre o valor do débito em atraso.

Veja que, ao contrário do que alega a licitante, a IN n. 28/2022/ANS não determina a aplicação de “juros de 1% ao mês (0,033 ao dia) e multa de 2% sobre o valor do débito em atraso”. Tais percentuais, na verdade, são os limites máximos permitidos pela norma.

Considerando que o percentual de juros previsto no Edital (de 0,5% ao mês) está compreendido no limite máximo estabelecido pela IN n. 28/2022/ANS (que é de 1% ao mês), não se vislumbra razão para a alteração da redação dada ao item 7.2.8 neste ponto.

Por outro lado, o Edital é omissivo em relação à incidência de multa. Diante dessa omissão, considera-se pertinente a alteração da redação do Edital e da Minuta Contratual para prever multa de 0,25% sobre o valor do débito em atraso, respeitando-se, assim, o limite máximo de 2% previsto no item E da IN n. 28/2022/ANS, acima transcrito.

36) Em relação ao reajuste (item 8, p. 87-89 e cláusula décima primeira, p. 139-140), verificasse que não há previsão de índice oficial em razão da natural perda inflacionária da

moeda em caso de a sinistralidade abaixo da meta, além de que a referida meta está estabelecida no percentual de 80%, que se revela inviável, frente à todas as despesas, além dos custos assistenciais, incluindo-se tributos, que a Operadora deve arcar.

Assim, requer-se que o Ente:

- a) Estabeleça que a sinistralidade meta descrita no item 8.1, “a” (p. 87) seja de 75% (setenta e cinco por cento) e;
- b) Caso a sinistralidade esteja abaixo da meta, que no aniversário contratual a renovação seja acompanhada de aplicação de índice de reajuste com vistas a recompor a natural perda inflacionária da moeda, sugerindo-se que seja estabelecido o índice IPCA-E.

Resposta: Por meio dos estudos realizados pela consultoria contratada para o presente procedimento licitatório, verificou-se que a meta de sinistralidade de 80% é capaz de garantir o equilíbrio econômico-financeiro do contrato e encontra-se em consonância com a meta de sinistralidade usualmente presente nos planos de saúde ofertados por operadoras e seguradoras.

Em decorrência disso, será mantida a meta de sinistralidade em 80% para a presente contratação.

Cabe ressaltar que, com base no art. 124, II, "d" da lei 14.133/2021, os reajustes não interferem no direito das partes de solicitar, a qualquer tempo, o restabelecimento do equilíbrio econômico dos contratos em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe ou em decorrência de fatos imprevisíveis ou previsíveis de consequências incalculáveis, que inviabilizem a execução do contrato.

Por sua vez, será acatado parcialmente o pedido inclusão de índice de reajuste a ser aplicado na hipótese de o contrato não ultrapassar a meta de sinistralidade.

Entende-se necessária a previsão de reajuste para essa hipótese, porém, como os reajustes ocorrem a cada período de 12 meses, é recomendável a aplicação do índice IPCA acumulado e não o IPCA-E, cuja aferição se dá trimestralmente.

Considerando a aferição trimestral do índice IPCA-E, a aplicação do reajuste poderia sofrer atraso e ter sua operacionalização dificultada. O IPCA tem sua divulgação mensal, facilitando o acompanhamento do índice e sua aplicação, por isso optou-se pelo índice em questão.

Destaca-se que os itens que compõem os índices são os mesmos, de modo que há uma tendência de convergência dos índices em prazos mais longos. Dessa forma, não haverá prejuízo para a empresa vencedora do certame.

Como exemplo, o IPCA-E acumulado de janeiro de 2002 a dezembro de 2022 (21 anos) foi de 257,195% enquanto o IPCA do mesmo período foi de 257,166%.

Analisando-se os índices acumulados dos últimos 10 anos, encerrados em dez/2023, os valores foram os seguintes: IPCA-E de 78,116110 % e IPCA: 77,524970 %.

Dessa forma, a redação do item 8.1 do Termo de Referência (Anexo I do Edital) passará a ser a seguinte:

Os preços inicialmente contratados poderão ser reajustados, a pedido da CONTRATADA, observado o interregno mínimo de 1 (um) ano, com data-base vinculada à data do orçamento estimado (janeiro/2024), nos termos do art. 25, § 7º, da lei n. 14.133/2021, observados os seguintes critérios:

a) Caso a sinistralidade calculada para o período seja igual ou menor que 80% (oitenta por cento), o índice de reajuste a ser aplicado ao contrato será o IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo), do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

b) Caso a sinistralidade calculada para o período seja maior que 80% (oitenta por cento), o percentual de reajuste será calculado pela fórmula $IR = [(SC/80) - 1] * 100$, sendo:

a.1) IR: índice de reajuste; e,

a.2) SC: sinistralidade do contrato calculada para o período.

(...)

37) Em relação ao intervalo mínimo entre lances, ressalta-se que esta Operadora apresentou impugnação apartada.

Inobstante a isto, para fins desta peça de esclarecimentos, verifica-se haver valores diferentes entre o item 6.9 (p. 9) e a “tabela 6” (p. 89-92), sendo que a referida tabela contém divisão de valores por faixa etárias, o que parece se tratar de erro, já que a proposta deve abranger todo o item licitado, e não apenas fragmentos do serviço contratado.

Assim, requer-se que o Ente, em conjunto com a avaliação da peça de impugnação, retorne a este pedido de esclarecimentos informando:

a) Quais serão os valores mínimos permitidos e se, de fato, os valores serão estipulados por faixa etária, e não pelo lote integral; e

Resposta: A adjudicação será feita pelo valor global do grupo, devendo os lances serem dados considerando os valores dos itens 1 e 2 em sua integralidade, e não por faixas. Assim, a Tabela 6 do Termo de Referência (Anexo I do Edital) será alterada.

Em relação aos valores dos intervalos mínimos entre lances, haverá a seguinte alteração nos documentos relativos ao procedimento licitatório:

“6.9. O intervalo mínimo de diferença de valores entre os lances, que incidirá tanto em relação aos lances intermediários quanto em relação à proposta que cobrir a melhor oferta deverá ser de:

6.9.1. Intervalo mínimo para o ITEM 1: R\$ 50.000,00

6.9.2. Intervalo mínimo para o ITEM 2: R\$ 5.000,00”

38) Quanto ao item 12.3 (p. 101), ciente o Ente que, excepcionalmente, a ANS permite, nos termos do art. 17, § 4º, da lei 9.656/98, o redimensionamento da rede hospitalar por redução, hipótese em que, mediante autorização prévia da ANS, os serviços do prestador excluído são absorvidos por prestador já integrante da rede, sem a substituição de outro prestador?

Resposta: Este Tribunal reafirma que a quantidade mínima de credenciados exigida no Edital deverá ser respeitada durante toda a vigência do contrato.

39) A previsão contida no item 12.4 (p. 101) pode se tornar desnecessária caso o Ente concorde com o fornecimento das carteiras de identificação do plano exclusivamente por meio digital, sem a necessidade de entrega de vias físicas, pelo que se requer que o Ente sinalize concordância para que a Operadora assim proceda.

Resposta: Vide resposta do questionamento 22.

40) Quanto ao item 12.18 (p. 103) e cláusula sétima, “I” (p. 147), reputa-se inviável o estabelecimento de um prazo fixo e exíguo de vinte e quatro horas para que a Operadora possa dar um retorno às demandas da contratante, pois o retorno pode depender de diversas variáveis em razão da complexidade do assunto.

Neste sentido, ciente o Ente que o retorno deverá ocorrer em tempo hábil, de acordo com a natureza e complexidade da demanda, mas não, necessariamente, em um prazo de vinte e quatro horas?

Resposta: O prazo de vinte e quatro horas estabelecido no item 12.18 é previsto para que a empresa vencedora do certame preste informações e esclarecimentos ao Fiscal do Contrato e deverá ser respeitado. Ressalta-se que esse prazo não se confunde com o tempo necessário para o atendimento da demanda.

41) O número de registro do produto na ANS, poderá ser inserido na primeira página do contrato (p. 116), para atendimento à disposição contida no art. 16, XII, da lei 9.656/98?

Resposta: Sim.

42) Tendo em vista que o contrato possui cobertura atrelada ao rol da ANS, não havendo, por conseguinte, cobertura para atendimento em âmbito domiciliar, queira o Ente confirmar que eventual continuidade de atendimento domiciliar fornecido por caráter facultativo (item 12.9, p. 100; cláusula terceira, parágrafo terceiro, “b”, p. 119), pode ser reavaliada pela equipe técnica da Operadora contratada, para avaliar se o beneficiário permanece elegível para continuar com o atendimento. Ademais, gentileza confirmar que tal continuidade se dará a partir da vigência contratual que não necessariamente equivalerá à data de assinatura do contrato.

Resposta: Este Tribunal reafirma que o contrato a ser firmado com a empresa vencedora do certame não estará atrelado exclusivamente à cobertura do rol da ANS, mas sim ao Edital.

Ressalta-se, ainda, que as regras para o atendimento domiciliar, descritas no item 12.9 do Termo de Referência (Anexo I do Edital), deverão ser seguidas.

Por fim, esclarece-se que, conforme estabelece o item 1.6 do Termo de Referência (Anexo I do Edital), o prazo de vigência contratual inicia-se a partir da assinatura do contrato.

43) Em relação ao item 12.8 (p. 102) e cláusula terceira, parágrafo sexto, (p. 119), gentileza confirmar que, a depender da complexidade e natureza da demanda, que o prazo de trinta dias poderá ser prorrogado, a pedido da contratada.

Resposta: Este Tribunal entende que o prazo de 30 (trinta) dias corridos previstos no item 12.8 do Termo de Referência (Anexo I do Edital) é suficiente para que a empresa vencedora do certame possa sanar as deficiências dos serviços contratados. Por sua vez, havendo motivo justo, esse prazo poderá ser prorrogado a critério do CONTRATANTE.

44) Quanto ao fornecimento de medicamentos, a exemplo da previsão contida na cláusula 2.1 (p. 121), queira o Ente confirmar que o fornecimento de medicamento nacional terá cabimento desde que estejam regularizados e/ou registrados e suas indicações constem da bula/manual perante a ANVISA ou disponibilizado pelo fabricante. E, quanto aos importados, importante que seja confirmada a ciência quanto ao fato de que a RN 465 os exclui da cobertura obrigatória dos planos de saúde, ou seja, estão excluídos de cobertura o fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA.

Resposta: Este Tribunal manifesta ciência e concordância em relação ao fato de que a empresa vencedora do certame deverá disponibilizar apenas os medicamentos registrados perante a ANVISA.

45) Quanto à cobertura hospitalar necessária à realização de procedimentos odontológicos, citada, por exemplo, na cláusula 2.1 (p. 122), gentileza confirmar, nos termos da RN 465/21, que os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar aqui contratada. É importante que seja confirmado, para evitar quaisquer interpretações em sentido contrário, que não haverá prestação de serviços exclusivamente vinculados a plano odontológico.

Resposta: Em relação a esse questionamento, cabe trazer o que estabelece a RN 465/2021:

Art. 4º Para fins do disposto nesta Resolução Normativa, são estabelecidas as seguintes definições:

I - procedimentos vinculados ao atendimento odontológico: procedimentos que, embora previstos nas demais segmentações, são executados por cirurgião-dentista ou são necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos;

(...)

Art. 6º Os procedimentos e eventos listados nesta Resolução Normativa e em seus Anexos poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora e prestadores de serviços de saúde.

§ 1º Os procedimentos listados nesta Resolução Normativa e em seus Anexos serão de cobertura obrigatória uma vez solicitados pelo:

I - médico assistente; ou

II - cirurgião-dentista assistente, quando fizerem parte da segmentação odontológica ou estiverem vinculados ao atendimento odontológico, na forma do art. 4º, inciso I.

§ 2º Nos procedimentos eletivos a serem realizados conjuntamente por médico e cirurgião-dentista, visando à adequada segurança, a responsabilidade assistencial ao paciente é do profissional que indicou o procedimento, conforme Resolução do Conselho Federal de Odontologia nº 100, de 18 de março de 2010, e Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1950, de 10 de junho de 2010.

§ 3º Para a cobertura dos procedimentos indicados pelo profissional assistente, na forma do art. 6º, §1º, para serem realizados por outros profissionais de saúde, a operadora deverá oferecer atendimento por prestador apto a executar o procedimento indicado e a tratar a doença ou agravo do paciente, cabendo ao profissional que irá realizá-lo a escolha do método ou técnica que será utilizado.

(...)

Art. 19. O Plano Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso X deste artigo e, devendo garantir cobertura para:

(...)

VIII - procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados nos Anexos desta Resolução Normativa, para a segmentação hospitalar, conforme disposto no art.6º, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

IX - estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar ; e

(...)

Art. 21. O Plano Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida no art. 19 , acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, devendo garantir cobertura para:

(...)

Art. 22. O Plano Odontológico compreende a cobertura de todos os procedimentos listados no Anexo I desta Resolução Normativa para a segmentação odontológica.

§ 1º Os procedimentos bucomaxilofaciais que necessitem de internação hospitalar não estão cobertos pelos planos odontológicos, porém têm cobertura obrigatória no plano de segmentação hospitalar e plano-referência . (grifos nossos)

Por meio da análise do referido normativo, conclui-se que o plano hospitalar com obstetrícia, objeto do presente procedimento licitatório, deve assegurar a cobertura para os procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais, além de assegurar estrutura hospitalar e equipe de saúde especializada para a realização de procedimentos odontológicos que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar. Dessa forma, os honorários do cirurgião dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos assegurados pelo plano hospitalar com obstetrícia deverão ser cobertos integralmente pela operadora vencedora do certame.

46) Queira o Ente confirmar que, em disponibilizando a Operadora o fornecimento de documentos, inclusive fiscais, em área logada segura para acesso do Ente mediante login e senha, que se torna dispensável a inclusão da nota fiscal em sistema próprio do TRT (portal SIGEO-JT-Execução)?

Resposta: Este Tribunal informa que a empresa vencedora do certame é obrigada a realizar a inclusão dos documentos fiscais no Portal SIGEO-JT-Execução, mesmo na hipótese desses documentos estarem disponíveis em área logada segura para acesso do CONTRATANTE.

47) Quanto à previsão editalícia sobre “Disponibilizar, a qualquer momento que o CONTRATANTE solicitar, os dados de utilização assistencial dos beneficiários para auditoria médica, podendo o CONTRATANTE realizar consultoria técnica nos dados assistenciais dos beneficiários, a qualquer momento”, queira o Ente confirmar que a referida disponibilização deverá ser precedida de assinatura de termo de sigilo médico pelo médico nomeado pelo Ente para realizar a referida avaliação.

Resposta: Este Tribunal manifesta ciência e concordância em relação à necessidade de assinatura de termo de sigilo médico para que haja disponibilização de dados de utilização assistencial dos planos de saúde.

48) Em relação aos dependentes, considerando que a RN 557/22 da ANS não faz menção aos pensionistas, queira o Ente sinalizar se deverão ser admitidos, como beneficiários dependentes, os cônjuges? Em relação aos ascendentes, está ciente o Ente que a inclusão do referido público tende a implicar em maior aumento da sinistralidade e, por conseguinte, traz impactos no momento da negociação de reajuste contratual? Diante disto, o Ente manterá a possibilidade de inclusão do referido público?

Resposta: O rol de beneficiários que poderão ser admitidos nos planos de saúde objeto do presente procedimento licitatório está disposto no item 4.2 do Termo de Referência (Anexo I do Edital). Dessa forma, a empresa vencedora do certame deverá garantir a inclusão de todos os beneficiários descritos no referido item e dos que porventura forem futuramente acrescentados ao rol de beneficiários (vide item 4.2.1.4).

49) Em relação ao IDSS (p. 39), apenas para evitar interpretações divergentes, considerandose que existe o ano de divulgação da ANS e o ano-base, queira o Ente confirmar que o IDSS a ser exigido será o divulgado pela ANS em 2023, relativo ao ano-base 2022.

Resposta: Este Tribunal confirma que o IDSS a ser exigido será o divulgado pela ANS em 2023, relativo ao ano-base 2022.

50) Em relação aos dependentes, queira o Ente confirmar que caberá, no momento da solicitação de inclusão, ser apresentada a documentação apta a comprovar o vínculo de dependência com o beneficiário titular.

Resposta: As informações serão fornecidas via arquivo de movimentação. Caso apresente divergências ou inconsistências, será apresentada a documentação para a devida regularização.

51) Quanto ao item 4.2.1.4 (p. 41), ciente o Ente que a inclusão de beneficiário deve estar compatível com a legislação vigente (RN 557/22, art. 5º), de forma que eventuais alterações do rol de beneficiário não poderão contrariar a legislação da ANS, estando o Ente responsável por comunicar à Operadora em relação a alteração no rol de beneficiários?

Resposta: Este Tribunal esclarece que a ampliação do rol de beneficiários do plano de saúde observará a modificação ou substituição da IN GP N. 64 de 06 de abril de 2020, que regulamenta o Plano de Assistência à Saúde do TRT-MG. O rol de beneficiários desse normativo não está atrelado ao rol disposto na RN 557/2022.

Ressalta-se que, havendo alteração do rol de beneficiários, o CONTRATANTE fará comunicação prévia à empresa vencedora do certame.

52) Na hipótese de a Operadora não possuir, dentre os prestadores credenciados, toda a rede credenciada listada no termo de referência (item 4.7 e seguintes), entende-se que caberá à Operadora proceder à garantia do atendimento respeitando-se as regras e prazos estabelecidos pela RN 566/22, da ANS, nos termos consignados no item 4.8.9 (p. 69), não

havendo prejuízo na participação do pregão, razão pela qual se requer que o Ente confirme estar correto este entendimento.

Ou seja, se, por exemplo, na cidade Região Metropolitana de Belo Horizonte, em que são exigidos dois prestadores do tipo para atendimentos de urgências e emergências otorrinolaringológicas, 24 horas por dia, a Operadora dispor de um prestador, não haverá impedimento para a participação no certame.

Resposta: Na fase de habilitação, a licitante deverá apresentar declaração informando que atende ou atenderá, até a data de assinatura do contrato, todos os critérios exigidos para rede credenciada descritos no Edital.

Cabe destacar que, conforme disposto no item 20.1.4 do Edital, caso a licitante apresente declaração ou documentação falsa exigida para o certame ou preste declaração falsa durante a licitação, haverá cometimento de infração administrativa, cuja multa é de 15% a 30% do valor licitado (vide item 20.4.2 do Edital).

53) Quanto ao item 4.8.6 (p. 68) e 12.2 (p. 101), ciente o Ente que conforme informado no item 22 desta peça, esta Operadora fornecerá informações para o uso de cartão virtual, dentro do prazo estipulado na referida cláusula.

Resposta: Este Tribunal manifesta ciência e concordância em relação ao fornecimento de informações, por parte da empresa vencedora do certame, para uso do cartão virtual dentro do prazo de 5 (cinco) dias corridos, contados do procedimento de movimentação, conforme cronograma disposto na tabela 5 do Termo de Referência (Anexo I do Edital).

Ressalta-se que, conforme relatado na resposta ao questionamento 22 deste documento, a empresa vencedora do certame deverá disponibilizar cartão virtual para todos os beneficiários e cartão físico para os beneficiários que fizerem solicitação a qualquer tempo.

54) Considerando não haver vedação para a assinatura do contrato antes da vigência inicial, pelo contrário, é algo que se mostra aconselhável do ponto de vista operacional, queira o Ente confirmar se a cláusula de vigência (item 5.1.1.1, p. 76) poderá ser alterada para informar a exata data de vigência contratual, nos termos a serem estipulados entre as partes, inclusive nos termos já dispostos na cláusula décima quarta (p. 144).

Resposta: O item 5.1.1.1 do Termo de Referência (Anexo I do Edital) trata da data de início da execução do objeto, que será a partir da data de assinatura do contrato.

Por sua vez, a data de início da vigência contratual está estabelecida no item 1.6 do Termo de Referência (Anexo I do Edital) e também se inicia a partir da assinatura do contrato.

Cumpra esclarecer que, para a presente contratação, considera-se que os procedimentos necessários para viabilizar a efetiva utilização dos serviços cobertos pelo plano de saúde integram a execução do objeto contratual. Assim, a título exemplificativo, tão logo o contrato seja assinado, a CONTRATADA deverá iniciar os procedimentos necessários para transferir a carteira de beneficiários do plano de saúde atualmente contratado por este Tribunal para a carteira do plano objeto do presente procedimento licitatório.

Caberá ao CONTRATANTE, após a assinatura do contrato, informar à CONTRATADA a data inicial da utilização das coberturas previstas no item 4.7 deste Termo de Referência. Frisa-se que a definição dessa data depende da conclusão do atual procedimento licitatório. Portanto, no presente momento, não é possível estabelecer a data exata para o início da efetiva utilização dos serviços objeto do contrato pelos beneficiários.

Por fim, ressalta-se que somente será devido valor à CONTRATADA a partir da data do início da disponibilização dos serviços ofertados pela operadora para utilização pelos beneficiários incluídos no plano de saúde.

55) Acerca da nota fiscal, ciente o Ente que o documento é emitido seguindo os padrões estabelecidos pela Prefeitura de Belo Horizonte, que não contêm "prazo de validade", nos termos indicados no item 7.2.1 (p. 84)?

Resposta: Este Tribunal manifesta ciência de que o padrão estabelecido para emissão de Notas Fiscais adotado pela Prefeitura de Belo Horizonte não apresenta a informação "prazo de validade".

56) Em relação à efetiva aplicação do reajuste (item 8.1, p. 87), ciente o Ente que a RN 557 da ANS veda a aplicação de reajuste em período inferior a doze meses da vigência inicial, razão pela qual não poderá o contrato sofrer reajuste em janeiro de 2025, já que a vigência será posterior a abril de 2024?

Resposta: Este Tribunal manifesta ciência de que o padrão estabelecido para emissão de Notas Fiscais adotado pela Prefeitura de Belo Horizonte não apresenta a informação "prazo de validade".

57) Para avaliação da sinistralidade (item 8.1.1, p. 87), ciente o Ente que o custo contratual total equivale às despesas assistenciais suportadas pela Operadora subtraídas dos respectivos valores de coparticipação? Desta forma, pedimos ciência de que utilizaremos a referência da Operadora, conforme fórmula abaixo:

$$\text{SINISTRALIDADE} = \frac{\text{Custo Assistencial Total} - \text{Coparticipação}}{\text{Receita}}$$

Resposta: Este Tribunal está ciente que a fórmula indicada nessa questão será a utilizada para o cálculo da sinistralidade do contrato.

58) Quanto ao item 9.2.1.3.1 (p. 94), ciente o Ente que a Operadora não possui ingerência sobre o fluxo e trâmites de cada prestador credenciado acerca de eventuais visitas técnicas?

Resposta: Este Tribunal está ciente de que a operadora vencedora do certame não possuirá ingerência sobre o fluxo e trâmites dos prestadores credenciados, porém deverá disponibilizar um representante para acompanhar o CONTRATANTE durante as visitas técnicas de que trata o item 9.2.1.3.1 do Termo de Referência (Anexo I do Edital).

59) Sobre o item 12.6.2 (p. 101), se houver alteração do endereço do posto interno de atendimento, a Operadora terá que adequar o fluxo operacional, razão pela qual se requer que haja comunicação prévia sobre a referida alteração, com prazo mínimo de quinze dias.

Resposta: Na hipótese de alteração do endereço do posto interno de atendimento, este Tribunal se compromete a comunicar a empresa vencedora do certame com antecedência mínima de 15 (quinze) dias.

60) Acerca do item 4.8.10 (p. 69), é importante que reste claro que o credenciamento de novos prestadores deve atender aos critérios da Operadora contratada, além de ser necessário que haja interesse comercial recíproco entre a Operadora e o prestador para que eventual nova contratação seja finalizada. Logo, não há como ser garantido que eventual sugestão do Ente implicará no credenciamento, ciente disto?

Resposta: Este Tribunal manifesta ciência de que o credenciamento de novos prestadores deve atender aos critérios da empresa vencedora do certame, além da necessidade de interesse recíproco entre ela e o prestador de serviços, porém deverá envidar esforços para atender às solicitações deste Tribunal.

61) Considerando que a cláusula vigésima segunda (p. 152-153) é silente quanto a este ponto, queira o Ente confirmar que se aplicará ao contrato a hipótese de rescisão por inadimplência, nos termos consignados no art. 137, § 2º, IV, da lei 14.133.

Resposta: Este Tribunal confirma a aplicação do art. 137, §2º, IV, da Lei n. 14.133/2021 à futura contratação, sendo despicienda a sua previsão expressa no Edital, vez que se trata de hipótese de rescisão prevista em lei.

62) Em razão de eventuais respostas aos pedidos de esclarecimentos que porventura impliquem na necessidade de alteração da redação da minuta do edital e/ou de seus anexos, queira o Ente confirmar que irá proceder a tais ajustes.

Resposta: Este Tribunal se compromete a realizar as devidas alterações no Edital e seus anexos.