



**TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO – 3ª REGIÃO**  
**Secretaria de Licitações e Contratos**

PE-12/2018

**Pedido de esclarecimentos**

Esclarecimentos prestados pela Secretaria de Saúde – Seção de Plano de Saúde

**Prezados, bom dia.**

Empresa interessada no presente procedimento licitatório, com o intuito de participar, apresentando proposta justa e cumprindo as exigências contidas no presente edital, solicitou esclarecimentos de diversas questões.

As perguntas formuladas e as respectivas respostas prestadas pela área técnica estão relacionadas abaixo:

“

1) *No momento da licitação as operadoras devem comprovar possuir, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar, para comercialização, produto com área de abrangência Estadual, cumprindo assim o consignado no Edital?*

*A operadora deve comprovar o registro do plano ofertado, independente se ele é regional ou nacional no momento da licitação.*

2) *As comprovações descritas nos itens 7.6.6 e seguintes, página 7, do edital, serão efetuadas pelo próprio TRT, nos sítios eletrônicos correspondentes? Há alguma providência a ser tomada pelos participantes em relação a estes?*

*Sim, as comprovações descritas nos itens citados serão efetuadas pelo próprio TRT, nos sítios eletrônicos correspondentes. Em princípio não há nenhuma providência a ser tomada pelos participantes em relação a tais documentos específicos. (Resposta prestada pela Selc).*

3) *A comprovação de situação cadastral da operadora, emitida via sítio eletrônico da ANS, cumpre o disposto no item 7.8.2, página 9, do Edital?*

*Sim.*

4) *O serviço de transporte aeromédico não possui detalhamento no Edital. Trata-se de serviço de transporte “entre hospitais”, de UTI para UTI, com regulação médica própria e aeronaves de diversos tipos, mas que somente atendem a locais onde haja aeródromo devidamente autorizado? Admite-se limitações clínicas e espaciais à prestação de serviços?*

*Trata-se de serviço opcional, de hospital para hospital e não necessariamente de UTI para UTI. Deverá haver concordância do médico que está dando alta ao paciente e o que está recebendo o paciente. Limitações climáticas e de espaço para pouso e decolagem serão*



**TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO – 3ª REGIÃO**  
**Secretaria de Licitações e Contratos**

*aceitas.*

5) *O TRT dispõe que para internações psiquiátricas pode ser disponibilizada acomodação coletiva, entretanto, como os planos de saúde necessitam ter alguns caracteres bem definidos, uma vez licitada acomodação apartamento, devem ser ofertados produtos que, necessariamente, podem ser operados nessa acomodação. Dessa maneira, está correto entendimento desta operadora, de que o plano a ser ofertado deve ser apartamento e que a disposição do item 3.1.1, página 24, relacionada às internações psiquiátricas, pode ser considerada uma faculdade, não uma obrigação?*

*Sim.*

6) *Os “requisitados” possuem vínculo com o TRT 3ª Região, a saber, para cumprimento da RN 195, da ANS, as operadoras são obrigadas a observar a vinculação estatutária dos servidores com a efetiva contratante do plano. Aqueles, portanto, possuem vínculo com o Tribunal?*

*Sim.*

7) *Os pensionistas possuem vínculo com o TRT?*

*Sim, os pensionistas beneficiários do plano de saúde são cônjuge ou filho menor ou inválido do servidor falecido.*

8) *Pode-se entender que as alterações efetuadas no regulamento do plano somente acarretarão alteração do contrato se em conformidade com as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar, especialmente relacionadas ao vínculo dos beneficiários?*

*Caso haja inclusão de novos beneficiários, o TRT irá respeitar o limite de até a 3ª geração, conforme preconiza a ANS.*

9) *Os aposentados e pensionistas devem ficar em contrato específico para a massa de inativos? Conseqüentemente, os dependentes destes também devem ficar em contrato específico para massa de inativos?*

*Não, os aposentados e pensionistas fazem parte do plano dos titulares*

10) *Pelas exigências postas pelo TRT no item 4.4.1, página 25, do Edital, infere-se que faz parte do contexto da licitação a oferta de planos exclusivos para a massa de inativos. Infere-se ainda, que para esse plano, a operadora tem liberdade de apresentar preço diverso do licitado; que o faturamento desses valores será feito diretamente para o beneficiário; de que o reajuste é calculado nos termos da RN 279, da ANS. Está correto esse entendimento?*

*Estes inativos são os beneficiários dependentes e especiais, em caso de falecimento do*



**TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO – 3ª REGIÃO**  
**Secretaria de Licitações e Contratos**

*beneficiário titular. Sim, serão tratados como clientes particulares da operadora.*

11) *Ainda sobre a massa de inativos, regulamentada pela RN 279, conforme edital:*

11.1) *Os servidores/magistrados aposentados comporão a massa de planos de inativos?*  
*Não.*

11.2) *Os pensionistas comporão a massa de plano de inativos, como dependentes?*

*Temporariamente, sim, depois voltarão a ser beneficiário titular.*

11.3) *Se não há contribuição, como será calculado o período de permanência dos beneficiários dependentes e/ou especiais?*

*De 6 a 24 meses.*

11.4) *No item 4.5, página 26, do Edital, há uma disposição que trata do ‘retorno’ do pensionista ao plano, em caso de óbito do titular. Retorno vindo de onde? O beneficiário foi excluído? Poderia o TRT explicar de que se trata?*

*Quando o titular morre, o pensionista assina o termo de adesão e vai para o plano de inativos. Após sair a pensão do mesmo, ele pode retornar como beneficiário titular.*

11.5) *Os preços dos planos para inativos devem ser inseridos na proposta de preço, ainda que não componham critério de julgamento de preço?*

*Não.*

11.6) *Não seria o caso de prever-se a tratativa para os demitidos/exonerados sem justa causa? Equiparam-se aos aposentados?*

*Não, equiparam aos inativos.*

12) *O Edital prevê, no item 5.5, alínea i: “... bem como abortamentos determinados exclusivamente em razão do risco de morte da gestante, desde que observados os princípios de de odontologia médica...”. Veja-se que não existe procedimento coberto, no Rol de Procedimentos, sob a rubrica posta no Edital, sendo que o aborto terapêutico – risco de vida da gestante – tem trâmite ético e legal complexos, que podem comprometer **criminalmente** médico, equipe e a parturiente. Recomenda-se, portanto, a modificação da redação posta no documento editalício em relação a essa cobertura.*

*No Rol de procedimentos médicos temos a curetagem CURETAGEM GINECOLÓGICA SEMIÓTICA E/OU TERAPÊUTICA COM OU SEM DILATAÇÃO DE COLO UTERINO. É desta curetagem que este item trata, não há crime se for seguido a deontologia médica.*

13) *Considerando que a referência de cobertura do Edital é o Rol da ANS, aplicar-se-ão as Diretrizes de Utilização e Clínicas, nele contidas, ao conteúdo deste contrato*



**TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO – 3ª REGIÃO**  
**Secretaria de Licitações e Contratos**

administrativo?

*Sim.*

14) *De acordo com a RN 412, da ANS, que trata da exclusão de beneficiário de contrato coletivo, a pessoa jurídica contratante tem 30 (trinta) dias, contados da solicitação do beneficiário, para encaminhar à operadora o pedido de exclusão, momento a partir do qual **a exclusão terá de ter efeitos imediatos. Dessa maneira, comunicado à operadora o pedido de exclusão esta terá de, imediatamente, providenciá-lo. De acordo o TRT?***

*“(...) Art. 7º O beneficiário titular poderá solicitar à pessoa jurídica contratante, por qualquer meio, a sua exclusão ou a de dependente de contrato de plano de saúde coletivo empresarial.*

*§1º A pessoa jurídica contratante deverá cientificar a operadora em até 30 (trinta) dias que, a partir de então, ficará responsável pela adoção das providências cabíveis ao processamento da exclusão.*

*§2º Expirado o prazo disposto no §1º deste artigo sem que a pessoa jurídica tenha providenciado a comunicação de exclusão do beneficiário à operadora, o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à operadora.*

*§3º A exclusão tem efeito imediato a partir da data de ciência pela operadora.*

*Art. 8º Caberá à operadora prestar ao beneficiário as informações previstas no art. 15 desta RN. (...)”*

*Sim.*

15) *O Ente está ciente de que não podem ser fornecidos relatórios que violem a privacidade garantida pela Constituição Federal, que pode se consubstanciar no repasse de dados de utilização com identificação do usuário? Que isso deve ser desconsiderado quando da execução de eventual contrato de prestação de serviços? Que o fornecimento de CID somente pode se dar com autorização do beneficiário? Que o Brasil editou norma sobre sigilo e que o presente contrato deve contemplá-la, já prevendo sua vigência posterior?*

*Sim, porém o relatório gerencial, constante no item 8.4.1, para tratar de negociações de reajuste de preço, feito através de auditor médico contratado por este Regional, deverão conter os dados assistenciais dos beneficiários, que poderão ser identificados por número.*

16) *Não está sendo licitado produto odontológico e, na página 65, há menção a fornecimento de informação de planos odontológicos. É erro material?*



**TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO – 3ª REGIÃO**  
**Secretaria de Licitações e Contratos**

*Trata-se de uma planilha de informática, no qual os caracteres que identificam contribuição para planos odontológicos, deverão ficar em branco ou não ser utilizado para outra finalidade.*

17) *Requer-se que o edital seja modificado a fim de contemplar as disposições da RN 195, relacionadas à carência e doença ou lesão preexistente para inclusões de*

*beneficiários que se deem após transcorridos 30 (trinta) dias do evento que lhe conceda o direito de ingresso no plano. Tal modificação é extremamente necessária para reduzir os riscos da assimetria de informação, auxiliando a manter os custos sob controle:*

*“(...) Subseção II*

***Da Carência***

*Art. 6º No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência.*

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

*Parágrafo único. Quando a contratação ocorrer na forma do inciso III do artigo 23 desta RN será considerada a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano coletivo estipulado.*

*Subseção III*

***Da Cobertura Parcial Temporária***

*Art. 7º No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes.*

*Art. 7º No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato*



**TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO – 3ª REGIÃO**  
**Secretaria de Licitações e Contratos**

*coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante. (Redação dada pela RN nº 200, de 2009)*

*Parágrafo único. Quando a contratação ocorrer na forma do inciso III do artigo 23 desta RN será considerada a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano coletivo estipulado.(...)”*

*Este item está tratado no item 7 do edital.*

*18) Para o cálculo previsto no item 8.4.1, página 34, do Termo de Referência, a operadora vencedora deverá também considerar a variação dos custos médicos hospitalares ou apenas a recuperação do Índice de Utilização/Sinistralidade dos últimos 12 meses? Caso o percentual de reajuste apurado pela Sinistralidade do contrato, sendo este inferior ao IPCA, podemos considerar o índice contratual estabelecido (IPCA)?*

*Não haverá aplicação de dois índices de correção no contrato.*

*A formula prevista no item 8.4.1 será apenas utilizada para reajustes acima do IPCA.*

*19) Diante da ausência da previsão no Edital, cabe ressaltar que, AINDA QUE O CONTRATO NÃO POSSUA MENOS DE 100 (CEM) BENEFICIÁRIOS QUANDO DE SUA ASSINATURA, a ANS obriga implementá-lo com as disposições da RN 309, pois com base no princípio da informação, da boa fé e da probidade, as Partes devem estar devidamente informadas sobre a possibilidade do reajuste pelo pool de risco das operadoras.*

*Em outubro de 2012 a Agência Nacional de Saúde publicou a Resolução Normativa nº 309/2012. Referida Resolução determina:*

*“Art. 3º É **obrigatório** às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento.*

*§ 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos com 30 (trinta) ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento.*



**TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO – 3ª REGIÃO**  
**Secretaria de Licitações e Contratos**

*Art. 4º Ressalvada a hipótese prevista no artigo 5º, a operadora, após a apuração da quantidade de beneficiários prevista artigo 6º, **calculará um único percentual de reajuste, que deverá ser aplicado para todo o agrupamento dos seus contratos coletivos, independentemente do plano contratado.***

*Pela leitura dos dispositivos acima transcritos, verifica-se que, qualquer que seja a Operadora vencedora do certame, na eventualidade de estarem vinculados ao contrato menos de 30 beneficiários, a Contratada estará obrigada a fazer incidir sobre o ele o percentual de reajuste calculado para incidência em todos os seus contratos com menos de 30 beneficiários.*

*Caso esta regra não seja observada, estará a Operadora Contratada sujeita a aplicação de multa no valor de R\$ 45.000,00 (quarenta e cinco mil reais), conforme previsão contida do art. 61-D da RN nº 124/06, veja:*

*“Art. 61-D Deixar a operadora de promover o agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários, ou com o quantitativo de beneficiários estipulado pela própria operadora, ou promovê-lo em desacordo com a regulamentação específica para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento:*

*Sanção - multa de R\$ 45.000,00”*

*Tendo em vista a determinação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, considerando que a adesão dos servidores dependentes ao contrato de plano de saúde é facultativa, sendo possível que a ele estejam vinculados menos de 100 beneficiários, caso isso ocorra, o Ente concorda com o reajuste segundo o agrupamento de risco da operadora vencedora?*

*A hipótese de ter menos de 30 beneficiários no plano é nula. Aceitamos a regra da ANS, caso haja 29 beneficiários na totalidade.*

20) *Na capa do contrato podem ser inseridos os números dos produtos ofertados?*

*Sim, conforme letra c do Anexo I da IN 23 da ANS.*

21) *No Anexo I do Termo de Referência, item c.1 o TRT exige que a licitante possua:*

*“(…) c.1.1.) comprovar **rede própria**, no mínimo em 60% (sessenta) por cento das cidades. (...)”*

*Na verdade, rede própria, nos termos da RN 85, da ANS, se dá quando a operadora é sua proprietária.*



**TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO – 3ª REGIÃO**  
**Secretaria de Licitações e Contratos**

*Dessa forma, o TRT está requerendo que a operadora vencedora possua unidades de saúde **de sua propriedade em 60% das cidades mencionadas no Edital?** Isso certamente reduzirá a participação de operadoras neste certame, pois não bastaria possuir rede credenciada ou contratada, mas as unidades teriam de ser de propriedade da operadora.*

*Não, pois o item 2 deste anexo III, define que a capacidade de atendimento será analisada através da rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada. Caso a operadora entenda que deverá ter rede própria, o item 2.1.2 a desobriga de comprovar a rede própria.*

22) *O Termo de Referência exige, no seu item 6.9, página 32, que a autorização para qualquer procedimento seja dada no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis. Entretanto, não existe nas normas regulamentares do setor, vigentes, que ampare tal exigência, pelo que se requer que o TRT reconsidere a disposição. Veja-se que, de acordo com a RN 259, da ANS, a operadora deve garantir **o atendimento** dos beneficiários nos seguintes prazos:*

*“(…) Art. 3º A operadora deverá garantir o atendimento integral das coberturas referidas no art. 2º nos seguintes prazos:*

*I – consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até 7 (sete) dias úteis;*

*II – consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;*

*III – consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;*

*IV – consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;*

*V – consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;*

*VI – consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;*

*VII – consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 (dez) dias úteis;*

*VIII – consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: em até 7 (sete) dias úteis;*

*IX – serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis;*

*X – demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;*

*XI – procedimentos de alta complexidade - PAC: em até 21 (vinte e um) dias úteis;*

*XII – atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;*





**TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO – 3ª REGIÃO**  
**Secretaria de Licitações e Contratos**

*XIII – atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis; e*

*XIV – urgência e emergência: imediato.(...)”*

*Dessa maneira, veja-se que dentro dos prazos consignados acima, de maneira lógica, deve ser emitida a autorização, para que o atendimento se dê dentro dos prazos da regulamentação vigente. Mas, exigir-se que a autorização se dê, para qualquer caso, em 2 (dois) dias, inviabiliza o instituto da JUNTA MÉDICA, tratado pela RN 424, da autarquia reguladora:*

*“(…) Art. 6º As operadoras **devem garantir**, em situações de divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto, **a realização de junta médica ou odontológica**, com vistas a solucionar referida divergência quanto ao procedimento indicado.*

*§ 1º A junta médica ou odontológica será formada por três profissionais, quais sejam, o assistente, o da operadora e o desempatador.*

*§ 2º O profissional assistente e o profissional da operadora poderão, em comum acordo e a qualquer momento, estabelecer a escolha do desempatador.*

*§ 3º O comum acordo na escolha do desempatador, previsto no § 2º, não desobriga a operadora do cumprimento das demais exigências para a realização da junta médica ou odontológica.*

*§ 4º O parecer do desempatador será acatado para fins de cobertura.*

*§ 5º A operadora deverá garantir profissional apto a realizar o procedimento nos termos indicados no parecer técnico conclusivo da junta. (...)”*

*Veja o que essa resolução normativa prega a respeito do prazo de realização de junta médica:*

*“(…) Art. 4º A operadora poderá entrar em consenso com o profissional assistente em relação à conduta clínica, antes da realização da junta médica ou odontológica, desde que observados os prazos de garantia de atendimento previstos no art. 3º da RN nº 259, de 17 de junho de 2011.*

*§ 1º Se houver junta médica ou odontológica, o prazo para a realização do procedimento, ou para a apresentação do parecer técnico conclusivo do desempatador que indica a não realização do*

*procedimento, não poderá ultrapassar os prazos de garantia de atendimento.*  
*(...)”*

*Dessa maneira, exigir a autorização em 2 (dois) dias úteis impossibilitaria a realização de JUNTA MÉDICA, a qual deve ser realizada no prazo de garantia de atendimento consignados na RN 259, da ANS. A JUNTA MÉDICA é procedimento salutar para solucionar problemas de divergência médica, o que pode impactar de forma salientada nos custos do*



**TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO – 3ª REGIÃO**  
**Secretaria de Licitações e Contratos**

*contrato de plano de saúde.*

*Entende-se, dessa maneira, que o prazo deve ser suprimido do Edital, para fazer constar os prazos de garantia de atendimento a que estão obrigadas as operadoras de planos de saúde.*

*O prazo constante no item 6.9 é para quando for caracterizada a urgência. Este prazo está maior que o da ANS, que é imediato. Os prazos da RN 259 estão resguardados neste mesmo item 6.9.*

23) *Pode-se entender que, a cobertura disposta no item 5.5, p, página 28, do Termo de Referência é para fornecimento, exclusivo, de cirurgias plásticas para restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita, nos termos da RN 428, da ANS? Afastada a cobertura de cirurgias plásticas estéticas e prótese e órtese com a mesma finalidade?*

*Sim.*

24) *As consultas eletivas são realizadas em consultórios, isso atenderia o item 5.5, a.3, do Edital, ao invés de “consultas em regime ambulatorial”?*

*Sim.*

25) *Para a cobertura do contrato, o que são “leitos especiais”?*

*UTI, CTI, sala de observação, berçários, sala de recuperação anestésica, entre outros leitos que compõem um hospital, sem ser o leito de internação do quarto privativo.*

26) *Correto o entendimento de que estão excluídos da cobertura os seguintes, nos termos da Lei 9.656/98 e da RN 428, consecutivamente:*

*“I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;*

*II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;*

*III - inseminação artificial;*

*IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;*



**TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO – 3ª REGIÃO**  
**Secretaria de Licitações e Contratos**

*V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;*

*VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12;*

*VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;*

*IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;*

*X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.*

*§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. [\(Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001\)](#)”*

*(...) Art. 20. A cobertura assistencial de que trata o plano-referência compreende todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, na forma estabelecida no art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998.*

*§ 1º São permitidas as seguintes exclusões assistenciais:*

*I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que:*

*a) emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;*

*b) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO; ou*

*c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label), ressalvado o disposto no art. 26;*



**TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO – 3ª REGIÃO**  
**Secretaria de Licitações e Contratos**

*II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;*

*III - inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;*

*IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;*

*V - 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;*

*VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos previstos nos incisos X e XI do art. 21, e ressalvado o disposto no art. 14;*

*VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;*

*VIII - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;*

*IX - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente; e*



**TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO – 3ª REGIÃO**  
**Secretaria de Licitações e Contratos**

*X - estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.*

*§ 2º Prótese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.*

*§ 3º Órtese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.*

*§ 4º A referência para classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá estar de acordo com a lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no sítio institucional da ANS na Internet ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)), não sendo esta, uma lista que atribua cobertura obrigatória aos materiais ali descritos.(...)”*

*As exclusões de cobertura são aquelas citadas no § 1º do artigo 20 da Resolução Normativa ANS nº 428, de 07/11/2017, ou aqueles que a vierem substituir. Nesta Resolução, nº 428, é citado o Artigo 10 da Lei 9656/98*

*27) Em caso de perda ou extravio da carteira de identificação poderá ser cobrada 2ª via? Poderá ser exigida taxa de implantação ou de adesão?*

*Não*

*28) O uso do número de inscrição do servidor no TRT é necessário apenas nos relatórios, podendo a operadora vencedora utilizar-se de seu padrão de cadastro, correto?*

*Sim.*

*29) O CPF do beneficiário é um dos requisitos de extrema importância para a regularidade cadastral da operadora junto a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. O TRT irá fornecer esta informação de todos os tipos de beneficiários?*

*Sim.*



**TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO – 3ª REGIÃO**  
**Secretaria de Licitações e Contratos**

30) *Qual a finalidade de comunicação dos valores dos subsídios à contratada, considerando o faturamento efetuado à contratante dos serviços?*

*Este valor será utilizado caso o Tribunal necessita antecipar o pagamento de parte da mensalidade de Dezembro.*

31) *O TRT remeterá para a operadora vencedora dados cadastrais (inclusive endereço) de todos os beneficiários, **independentemente de sua classificação**? Os cartões serão remetidos para o TRT ou para cada titular?*

*Sim.*

32) *Será possível cobrança de coparticipação para internação psiquiátrica, nos termos da RN 428, da ANS?*

*“(...) II - quando houver previsão de mecanismos financeiros de regulação disposto em contrato para internação hospitalar, o referido aplica-se a todas as especialidades médicas, contudo a coparticipação nas hipóteses de internações psiquiátricas somente poderá ser exigida considerando os seguintes termos, que deverão ser previstos em contrato:*

*a) somente haverá fator moderador quando ultrapassados 30 dias de internação contínuos ou não, nos 12 meses de vigência; e*

*b) a coparticipação poderá ser crescente ou não, estando limitada ao máximo de 50% do valor contratado entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e o respectivo prestador de serviços de saúde. (...)”*

*Sim. No valor de 30 % da diária do respectivo prestador, de acordo com a RN 428;*

33) *Quais exames de saúde ocupacional estão inseridos na cobertura? Todos estão cobertos pelo Rol da ANS?*

*Aqueles constantes no item 6.7.2. Sim, todos constam no ROL*

34) *No item 5.3 existe uma previsão para que, em caso de mudança do Rol de Eventos e Procedimentos, sejam mantidos somente os acréscimos de cobertura, quando em verdade, o Rol é alterado com observância às melhores técnicas, com consultas a especialistas e entidades que possuem a capacidade técnica para avaliar a oferta do melhor perfil de serviços. E como a cobertura revista é o referencial para precificação de todo o mercado, sugere-se que a cobertura seja mantida, sempre, como o Rol vigente na data do evento.*



**TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO – 3ª REGIÃO**  
**Secretaria de Licitações e Contratos**

*A redação ficará da mesma forma, uma vez que se, por exemplo, for suprimido os medicamentos orais para tratamentos oncológicos, o Tribunal quer manter esta cobertura, portanto, será sempre o Rol anterior com o acréscimo dos demais.*

35) *Os critérios de reembolso sequeem o que dispõem a Lei 9.656/98 e a RN 259, da ANS, especialmente quanto ao valor a ser reembolsado?*

*Sim, isto está tratado no item 6.6 do Termo de Referência e pelo Artigo 9º da RN 259: Reembolso integral.*

36) *Estão garantidos os direitos contidos no art. 12, III, a e b e VII, da Lei 9.656/98?*

*Sim.”*