



TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 3ª REGIÃO
Secretaria de Licitações e Contratos
Rua Desembargador Drumond, 41, 4º andar-Bairro Serra
Belo Horizonte-MG - CEP: 30220-030

PE nº 22/2024

Pedido de Esclarecimento 1

1. Queira o Ente esclarecer como deve ser comprovado o item 8.7.1, do Edital, página 17? Podemos considerar o Estatuto?

Esclarece-se que, a fim de se comprovar a exigência contida no item 8.7.1 do Edital, serão analisados, em conjunto, o estatuto social e o balanço patrimonial, podendo ser solicitado documento hábil a comprovar o número de cotistas e o valor das cotas, caso não conste desses dois documentos.

2. Em relação ao item 4.4.4, do Edital, página 47, científica-se erro material, onde consta ANVISA, considera-se ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Apontamento acolhido. Onde se lê “Anvisa” no item 4.4.4 do Termo de Referência (anexo II do Edital - PE 22/2024), leia-se Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

3. O Ente está ciente de que os produtos/planos ofertados no certame devem ser executados pela operadora vencedora, conforme registrados na ANS?

Este Tribunal manifesta ciência e concordância de que os produtos/planos ofertados devem ser executados conforme registrados na ANS.

4. A RN 465, da ANS, regulamenta a exigência de coparticipação psiquiátrica, determinando que o limite de isenção de coparticipação é de 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, por ano de contrato e não por ano civil. Merece, assim, correção, o item 4.5.3.1, a, a.1, página 48, do Edital.

Apontamento acolhido apenas para esclarecer que, onde se lê “ano civil” no item 4.5.3.1, a, a.1 do Edital, leia-se “ano de contrato”, em conformidade com o disposto na Resolução Normativa n. 465/2021 da ANS.

5. Da mesma maneira e em relação ao mesmo item, ressalta-se que a cobrança de coparticipação de internação psiquiátrica é disciplinada, na RN 465, como devida em percentual aplicado sobre o cobrado pelo prestador, não sendo cabível em valor monetário fixo. Assim, entende-se que merece correção ou ao menos confirmação quanto à possibilidade de cobrança em percentual – limitado a 50% - diante do fato de o item em questão ter trazido a expressão “por diária”. Ciente o Ente de que a cobrança da coparticipação psiquiátrica é em percentual sobre o faturado pelo prestador?

Em relação ao item 4.5.3.1, a, a.1 do Edital, confirma-se a previsão de que haverá cobrança de coparticipação, por diária, referente à internação psiquiátrica ou para dependência química, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no ano de



TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 3ª REGIÃO
Secretaria de Licitações e Contratos
Rua Desembargador Drumond, 41, 4º andar-Bairro Serra
Belo Horizonte-MG - CEP: 30220-030

contrato, no valor igual ao estabelecido, no contrato, para coparticipação em consultas em pronto atendimento.

Cabe registrar que a Resolução Normativa n. 465/2021 da ANS sequer obriga a existência de coparticipação, prevendo apenas que, quando houver, nas hipóteses de internação psiquiátrica, deverá ser observado o disposto no art. 19, II, o qual não obriga, ademais, a coparticipação crescente:

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:

I - internação hospitalar, em todas as suas modalidades, em número ilimitado de dias;

*II - **quando houver** previsão contratual de mecanismos financeiros de regulação 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 trinta dias de internação contínuos ou não, a cada ano de contrato; e

*b) **a coparticipação poderá ser crescente ou não**, estando limitada ao máximo 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.*

Observe-se que a previsão do valor fixo de R\$ 55,00 e R\$ 58,00 para os planos de saúde 1 e 2, respectivamente, a título de coparticipação de internação psiquiátrica atende ao limite previsto na norma – de **até** 50% do valor contratado entre operadora e prestação de serviços – visto que não é factível, no mercado, diária inferior ao dobro desse montante (R\$ 110,00 e R\$ 116,00).

A coparticipação de internação psiquiátrica não será fixada em percentual, pois resultaria em valor não passível de verificação e seria variável de acordo com prestador de serviços.

Como o atuário tem ciência do valor da diária da internação psiquiátrica da operadora e, também, do valor que será cobrado a título de coparticipação segundo o Edital, será possível precificar a mensalidade e demais custos relativos à oferta do plano de saúde.

Portanto, ao se determinar um valor fixo nesta coparticipação, tem-se um Edital claro, que viabiliza a realização dos cálculos atuariais e a precificação do produto por todos os inte-



TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 3ª REGIÃO
Secretaria de Licitações e Contratos
Rua Desembargador Drumond, 41, 4º andar-Bairro Serra
Belo Horizonte-MG - CEP: 30220-030

ressados, em condições de igualdade, para que a coparticipação não caracterize o financiamento integral do procedimento por parte do usuário ou se torne fator restritor severo de acesso aos serviços.

6. Em relação à alínea c, do mesmo item 4.5.3.1, página 48, queira o Ente explicitar as razões de, no item a.1 ter admitido a cobrança de coparticipação em internações psiquiátricas e tê-la afastado quando a internação é em hospital dia? Trata-se internação psiquiátrica. Entende-se que o Edital merece alteração para que a internação em hospital dia, por ser internação psiquiátrica, possa ter incidência de coparticipação. De acordo o Ente, com esse entendimento, desta participante, sobre a possibilidade de cobrança de coparticipação para internação psiquiátrica em hospital dia?

O regime de hospital-dia consiste na assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, destinado a procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos cuja duração seja de no máximo 12 (doze) horas.

É sabido que o atendimento prestado por meio desse regime para os pacientes que apresentam transtornos mentais mostra-se bastante benéfico, sendo capaz de reduzir, consideravelmente, o agravamento da doença.

Diante da relevância do tratamento de transtornos mentais em regime de hospital-dia, optou-se por isentar a coparticipação dos beneficiários que necessitam desses atendimentos, a fim de não inibir o acesso a esses serviços, e, conseqüentemente, minimizar a evolução da doença para casos mais graves.

Dessa forma, informa-se que será mantida a isenção da coparticipação conforme descrito no item 4.5.3.1, "c", do Termo de Referência (Anexo I do Edital).

7. Em relação à amplitude da cobertura, o Ente havia sinalizado que além dos procedimentos e eventos listados no Rol da ANS, a cobertura contratual abrangerá outras obrigações, a saber: a remoção domiciliar, em caso de urgência e emergência (p.64 item 4.10.1). Quanto a este ponto:

a. Conforme informado nas peças anteriores, 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.

Exigir a remoção em âmbito domiciliar, ainda mais em contratos com abrangências tão amplas, em todo o Estado ou até mesmo em todo o país, certamente poderá inviabilizar a participação das operadoras no certame, o que, por certo, não é o objetivo de um certame licitatório.

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.



TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 3ª REGIÃO
Secretaria de Licitações e Contratos
Rua Desembargador Drumond, 41, 4º andar-Bairro Serra
Belo Horizonte-MG - CEP: 30220-030

Este Regional esclarece que a remoção via ambulância prevista no Edital e na Minuta Contratual inclui a cobertura para remoção domiciliar dentro dos limites da abrangência geográfica do plano de saúde.

Entretanto, caso a licitante vencedora não possa realizar a remoção via ambulância em âmbito domiciliar, poderá apresentar justificativa da impossibilidade, caso em que não lhe será aplicada qualquer sanção.

b. Quer a Entidade confirmar que a cobertura está adstrita do Rol da ANS.

A cobertura a ser garantida pela licitante vencedora deverá ser a que se encontra definida no Edital, incluindo, no mínimo, o rol de procedimentos da ANS vigentes quando da solicitação de utilização.

Ressalta-se que esse entendimento 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.

8. Em relação ao público de demitidos/exonerados sem justa causa e aposentados, verifica-se que o Ente não respondeu a cada um dos itens questionados na primeira peça, razão pela qual 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 488/221, 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.

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.

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.

Conforme relatado na questão anterior, os beneficiários aposentados são enquadrados como beneficiários titulares dos planos de saúde 1 e 2 da presente contratação. Dessa forma, a operadora licitante deverá apresentar proposta nos moldes estabelecidos no Anexo III do Edital, tendo em vista que o grupo de beneficiários titulares inclui os beneficiários aposentados.

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



TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 3ª REGIÃO
Secretaria de Licitações e Contratos
Rua Desembargador Drumond, 41, 4º andar-Bairro Serra
Belo Horizonte-MG - CEP: 30220-030

para inativos), que o Ente se valerá da minuta padrão utilizada pela operadora credenciada.

Em relação a esse ponto, esclarece-se que a minuta contratual (anexo IV do Edital) aplica-se também aos beneficiários aposentados, uma vez que este grupo enquadra-se no rol de beneficiários titulares, conforme disposto na Cláusula Quinta, "a", da referida minuta.

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.

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 e aos pensionistas cônjuges.

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

9. Em relação aos critérios de medição e pagamento, contidos no Termo de Referência, item 7, página 73 e seguintes, queria o Ente esclarecer ou confirmar se se trata de um erro material:

a. O que é recebimento provisório? Como ele será executado em relação a plano de saúde?

O recebimento provisório trata-se da conferência pelo fiscal do contrato em até 2 (dois) dias úteis após o envio dos documentos relativos ao faturamento e execução do contrato, atestado por meio de Termo Detalhado quando verificado o cumprimento das exigências de caráter técnico;

b. Qual ato da contratada dá início ao recebimento previsto no item 7.1.1.1 e quando ele deve se dar?

O ato da CONTRATADA que dá início à contagem do prazo do recebimento provisório é o envio do arquivo de faturamento no qual deve estar detalhado, por contrato, os valores por beneficiário e o tipo de serviço executado. Frisa-se que o envio do referido documento deve ocorrer no primeiro dia útil do mês subsequente à competência que está sendo cobrada.

c. No mesmo item e do item 7.1.1.2 o que são termos detalhados? Os que constam no Anexo IV? Repisa-se: quando deve ser gerado?



TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 3ª REGIÃO
Secretaria de Licitações e Contratos
Rua Desembargador Drumond, 41, 4º andar-Bairro Serra
Belo Horizonte-MG - CEP: 30220-030

Termos Detalhados são documentos de uso interno do CONTRATANTE por meio dos quais se atesta o cumprimento das exigências do contrato e autoriza o pagamento para a CONTRATADA. São gerados após conferência do arquivo de faturamento pela CONTRATADA.

10. Para que a operadora possa realizar a devida precificação, é imperioso insistir no questionamento acerca da eventual alteração da lista dos exames laboratoriais prevista no item 4.6.3.2 (p. 55) e cláusula 4.3, “d” (p. 111). Queira o Ente confirmar que eventuais alterações deverão ser solicitadas junto a contratada para acréscimos de cobertura desde que tenha justificativa técnica 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, especificando ainda que qualquer alteração tem como limite o Rol da ANS.

A cobertura dos exames laboratoriais relativos aos exames médicos periódicos é obrigatória e seguirá critérios do CONTRATANTE, sempre observando as boas práticas médicas e de saúde ocupacional.

Eventuais alterações ou acréscimos que porventura sejam realizados na referida lista de exames ficarão a critério do CONTRATANTE, que comunicará a CONTRATADA, buscando o comum acordo.

Importante lembrar que tais exames já estão contemplados no rol de procedimentos cobertos pelo plano de saúde ofertado, não se tratando de procedimentos novos ou desconhecidos.

11. Da mesma forma, levando em consideração os custos do contrato, seu risco e precificação, salienta-se que o rol de beneficiários especiais, item 4.2.1.3 e item 4.2.1.4, páginas 36 e 37 não pode ser alterado sem que haja acordo com a contratada, sob pena de violação de direitos desta. Necessário ter previsibilidade para que a área do contrato possa ser precificada. Ciente o Ente?

Este Tribunal manifesta ciência e concordância em relação ao fato de que as alterações do rol de beneficiários durante a vigência contratual deverão ser previamente acordadas entre as partes.

12. Há uma ampliação contra norma e que impacta os custos do contrato de forma significativa, afetando a competitividade. No item 4.5.3.1, item q, q.xiv, deve-se salientar que a cobertura está limitada ao que for de cobertura obrigatória, conforme Rol da ANS. Ciente o Ente, portanto de que a avaliação de cobertura desse item sempre deve obedecer ao Rol?

Este Tribunal manifesta ciência e concordância em relação ao fato de que a cobertura dos procedimentos elencados na alínea "q" do item 4.5.3.1 do Termo de Referência (anexo I do Edital) observará a cobertura obrigatória determinada pela ANS.

13. A cobertura de medicamento importado está vinculada ao registro na ANVISA? Certo?



TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 3ª REGIÃO
Secretaria de Licitações e Contratos
Rua Desembargador Drumond, 41, 4º andar-Bairro Serra
Belo Horizonte-MG - CEP: 30220-030

Esclarece-se que os medicamentos importados referidos na alínea "r" do item 4.5.3.1 do Termo de Referência (anexo I do Edital) deverão estar registrados na ANVISA.

14. Sobre o item 4.8.12, página 62, do termo de referência e Cláusula Sexta, parágrafo quinto, página 117, do Contrato, salienta que as autorizações serão emitidas preferencialmente em 02 (dois) dias úteis. Esta operadora, desde já, salienta que o prazo não é razoável, exequível ou proporcional, devendo ser observando os prazos máximos contidos na RN 566, da ANS, que determina às operadoras prazos máximos de efetivação da garantia de atendimento e são esses que devem ser observados. Deve-se ressaltar que a disposição do Edital prejudica o direito da operadora em fazer junta médica, quando garantido pela lei este direito. Portanto, ainda que se entenda que a disposição editalícia saliente como um direcionamento, destaca-se, desde já, pela boa fé e probidade contratual, que o prazo a ser cumprido deve ser o da RN 566, da ANS.

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.

15. Ciente o Ente de que a remoção aérea é entre hospitais? E em casos específicos, conforme abaixo?

Necessidade de Recursos Complementares:

- a. Desde que os hospitais do município onde se encontra o beneficiário/paciente não detenham condições de ministrar o tratamento solicitado; e
- b. Sempre por solicitação e determinação exclusiva do médico responsável pelo beneficiário/assistente; e
- c. Para o hospital mais próximo e que detenha as condições de prestar o tratamento solicitado às necessidades do beneficiário/paciente; e
- d. Para leito em UTI/CTI; e
- e. Somente quando a distância entre o hospital em que se encontra o beneficiário/paciente e aquele para qual a solicitação de remoção foi requerida seja, impreterivelmente, superior a 50 km (cinquenta quilômetros) terrestres.

Retorno ao local de Domicílio / Repatriamento:

- a. Após o tratamento inicial, quando o quadro clínico permitir e existirem reais benefícios à recuperação do beneficiário/paciente; e
- b. Sob restrita indicação médica, havendo absoluta imposição técnica para o transporte em ambulância UTI; e
- c. Sendo a distância entre o hospital em que se encontra o beneficiário/paciente e aquele para o qual a solicitação de remoção foi requerida, seja, impreterivelmente, superior a 50 km (cinquenta quilômetros) terrestres; e

d. Para leito em UTI/CTI.

Este Tribunal manifesta ciência e concordância em relação ao fato de que a remoção aérea exigida no presente Edital deve se dar entre hospitais e em casos específicos conforme discriminados nesta questão 15.

16. Ciente o Ente de que deve ser imputada carência para as inclusões no serviço de remoção aeromédica desde que seja incluído fora do prazo de 30 dias do evento, conforme p.63, item 4.9.1.1?

A adesão ao serviço de remoção aeromédica é obrigatória para todos os beneficiários a partir da data de inclusão no plano de saúde, incluindo as hipóteses de inclusões realizadas após o prazo estabelecido no 4.9.1.1.

Tendo em vista que o serviço aeromédico abrangerá toda a carteira de beneficiários da presente contratação, mostra-se razoável a manutenção da isenção de cumprimento de carência para utilização do serviço em qualquer das hipóteses de inclusões previstas no Edital.

Dessa forma, o item 4.10.7.2 do Termo de Referência (Anexo I do Edital) não será alterado.

17. Os prazos contidos nos itens 4.13.2, página 67, do Termo de Referência e Cláusula Décima Quinta, do Contrato, página 130, merecem ser ampliados para 20 (vinte) dias, devido à impossibilidade da Operadora fornecer com menor prazo, e prorrogáveis, considerando os prazos bancários.

Conforme disposto no item 4.13.2 do Termo de Referência (Anexo I do Edital) e na Cláusula Décima Quinta, “a” e “d”, da Minuta Contratual (Anexo II do Edital), o prazo para prestação das modalidades de garantia “caução em dinheiro” ou “fiança bancária” poderão ser prorrogados para 20 (vinte) dias a critério do CONTRATANTE. Assim, havendo justo motivo, poderá ser concedido à empresa vencedora do certame prazo de 20 (vinte) dias para a prestação das referidas modalidades de garantia.

18. O prazo discriminado no item 10.1.1, página 20, do Termo de Referência merecer ser ampliado para 10 (dez) dias, prorrogáveis, considerando as estruturas diretivas e eventuais ocorrências não previstas, em prol da segurança jurídica e garantia de fluxos e processos internos.

Este Regional entende ser razoável o prazo de 5 (cinco) dias úteis para a assinatura do contrato pelo proponente vencedor, contados do envio da minuta contratual pelo CONTRATANTE. Portanto, o prazo estabelecido no item 10.1.1 disposto no Edital não será modificado.

19. Quanto à movimentação de exclusão de beneficiário, descrita no item 4.8.6 (p. 60), o retorno apresentado pelo Ente na primeira peça expõe a operadora a riscos de multa perante a ANS. Nos termos da RN 561/222, da ANS, caso a exclusão decorra



TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 3ª REGIÃO
Secretaria de Licitações e Contratos
Rua Desembargador Drumond, 41, 4º andar-Bairro Serra
Belo Horizonte-MG - CEP: 30220-030

de solicitação do próprio beneficiário, ela deverá ter efeito imediato, a partir da ciência da operadora quanto ao pedido, de forma que, se a operadora não seguir a referida determinação, a ANS pode instaurar processo administrativo visando aplicar multa por descumprimento da legislação.

Por tais motivos, solicita-se que o Ente confirme ciência e concordância quanto à necessidade de o contrato advindo desta licitação ter que observar as disposições da RN 561.

Os beneficiários deverão solicitar a exclusão do plano de saúde diretamente ao CONTRATANTE. Em consonância com o art. 7º, §3º, da RN 561/2024, a vigência de exclusão disposta na tabela 5 do Termo de Referência (Anexo I do Edital) se dará a partir do envio, pelo CONTRATANTE, da solicitação de exclusão dos beneficiários, que corresponde à data de ciência da operadora em relação ao pedido.

20. Ciente e concordante, o Ente, de que os documentos fiscais são remetidos via eletrônica com chave de acesso e senha? Atende o Edital o fato de os relatórios serem disponibilizados via Sistema para acesso seguro pela contratante?

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.

21. Queira o Ente confirmar que a vigência contratual tem início na data discriminada como de vigência e não data de assinatura (que é elemento, não termo inicial de vigência).

Esclarece-se que a data de início da vigência contratual está estabelecida no item 1.6 do Termo de Referência (Anexo I do Edital) e se inicia a partir da assinatura do contrato.

Por sua vez, o item 5.1.1.1 do Termo de Referência (Anexo I do Edital) trata da data de início da execução do objeto, que também será a partir da data de assinatura do contrato.

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.

22. O primeiro retorno do Ente quanto ao item 12.3 (p. 89) não levou em conta as disposições do art. 17, § 4º, da lei 9.656/98 que admite que, excepcionalmente, mediante autorização prévia da ANS, o redimensionamento da rede hospitalar por redução, hipótese em que os serviços do prestador excluído são absorvidos por prestador já integrante da rede, sem a substituição de outro prestador.

Assim, se revela imprescindível que o Ente sinalize ciência e concordância em relação a esta excepcional possibilidade.

Este Tribunal manifesta ciência e concordância em relação ao fato de que, excepcionalmente, havendo autorização prévia da ANS, será permitido o redimensionamento da rede hospitalar por redução, conforme dispõe o art. 17, § 4º, da lei 9.656/98.

23. Quanto à cobertura hospitalar necessária à realização de procedimentos odontológicos em razão de imperativo clínico, merece complementação o Edital ou confirmação do Ente.

O art. 19, § 1º, II, da RN 465/21, abaixo destacado, estabelece que:

“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:

[...]

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;

[...]

§1º Para fins do disposto no inciso IX, o imperativo clínico deverá observar as seguintes regras:

I - em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente,



TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 3ª REGIÃO
Secretaria de Licitações e Contratos
Rua Desembargador Drumond, 41, 4º andar-Bairro Serra
Belo Horizonte-MG - CEP: 30220-030

assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e

II - os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano-referência”.

Por tais motivos, se faz necessário insistir na solicitação para que o Ente confirme, nos termos da norma acima transcrita, 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.

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. Não está incluída a cobertura dos honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos nos procedimentos odontológicos que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar (conforme art. 19, §1º, II, da Res. 465/2021 ANS).

24. Requer-se ao Ente a revisão do item 4.8.4.1 (p. 59), a fim de restar confirmado 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.

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

Esclareça-se que tal previsão se aplica aos casos em que houver rescisão do contrato por parte da operadora, consoante entendimento estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em nota oficial¹ divulgada em 20/5/2024, a saber:

Assistência para beneficiário internado tem que ser mantida

É proibida a rescisão ou suspensão unilateral do contrato por iniciativa da operadora, qualquer que seja o motivo, durante a internação de titular ou de dependente, nos planos de saúde individual ou familiar. Até a alta hospitalar, a operadora deverá arcar com todo o atendimento.

Importante esclarecer que, no caso dos planos coletivos, é lícita a rescisão de contrato, por parte da operadora, com beneficiários em tratamento. No



TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 3ª REGIÃO
Secretaria de Licitações e Contratos
Rua Desembargador Drumond, 41, 4º andar-Bairro Serra
Belo Horizonte-MG - CEP: 30220-030

entanto, **se houver a rescisão do contrato de plano coletivo - por qualquer motivo - e existir algum beneficiário ou dependente em internação, a operadora deverá arcar com todo o atendimento até a alta hospitalar.** Da mesma maneira os procedimentos autorizados na vigência do contrato deverão ser cobertos pela operadora, uma vez que foram solicitadas quando o vínculo do beneficiário com o plano ainda estava ativo.

25. 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.

Não se vislumbra, em razão dos pedidos de esclarecimentos formulados, a necessidade de ajustes no edital e seus anexos.