

MANIFESTAÇÃO AO PEDIDO DE ESCLARECIMENTOS FORMULADOS PELA LICITANTE UNIMED SEGEUROS SAÚDE.

Em atenção aos quantos questionados apresentados pela proponente, constantes do doc. nº conforme doc. nº 1836882, esta Comissão passa a informar:
PERGUNTA 01: Com relação a elaboração da proposta, o julgamento das propostas se dará pelo Valor total para 12 (doze) meses?

RESPOSTA: NÃO, e sim pelo valor para prestação do serviço por todo o período da contratação, que no caso será por 30 (trinta) meses. Nesse sentido, vide a redação da condição 4.2. do edital, abaixo transcrita:

“4.2. A licitante deverá consignar, na forma expressa no sistema eletrônico, **o VALOR TOTAL para prestação do serviço, englobando todo o período da contratação (30 MESES)**, já considerados e inclusos todos os tributos, fretes, tarifas e demais despesas decorrentes da execução do objeto.”

PERGUNTA 02: Favor ratificar o entendimento de que a proposta e os documentos de habilitação deverão ser anexados no referido processo licitatório, antes da abertura da licitação? Caso positivo, favor informar se a proposta deverá ser confeccionada no papel timbrado da empresa e com as informações da licitante.

RESPOSTA: Sim, nesse sentido vide o quanto contido na Seção IV- **DA APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA ELETRÔNICA DE PREÇOS E DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO**, no instrumento editalício:

4.1. A licitante deverá encaminhar proposta com a descrição do objeto ofertado e o preço, exclusivamente por meio eletrônico, concomitantemente com os documentos de habilitação exigidos neste Edital, até a data e o horário estabelecidos para abertura da sessão pública.

4.1.1. A etapa de que trata a condição acima será encerrada automaticamente com a abertura da sessão pública.

4.1.2. As licitantes poderão retirar ou substituir a proposta e os documentos de habilitação anteriormente inseridos no sistema, até a abertura da sessão pública.

4.1.3. A licitante poderá deixar de apresentar os documentos de habilitação que constem do SICAF, assegurado às demais licitantes o direito de acesso aos dados constantes do sistema.

Por oportuno, em relação somente à licitante detentora da melhor proposta, durante a fase de julgamento das propostas, vide a redação da **SEÇÃO X do edital – DA ACEITABILIDADE DA PROPOSTA E DO ENVIO DA PROPOSTA-PADRÃO:**

10.1. Encerrada etapa de negociação, o **Pregoeiro** examinará a proposta mais bem classificada quanto à sua adequação à especificação do objeto licitado e à

compatibilidade do preço em relação ao máximo estipulado para contratação, constantes, respectivamente, do Anexo I (Termo de Referência) deste Edital e do Anexo II (Orçamento Estimativo/Valor(es) Máximo(s) Admitido(s) para Contratação).

10.1.1. A licitante classificada em primeiro lugar deverá encaminhar, **via convocação de anexo**, no prazo máximo de 2 (duas) horas, a contar da solicitação do pregoeiro, a **proposta-padrão** ajustada ao lance final, conforme Anexo III deste Edital, sob pena de recusa da proposta.

PERGUNTA 03: Favor informar se este órgão licitante poderá efetuar o pagamento da fatura referente a prestação de serviços objeto desta licitação, por meio de boleto bancário. Caso negativo, gentileza ratificar o entendimento de que a forma de pagamento a ser utilizada via crédito em Conta Corrente através do Banco ITAÚ.

RESPOSTA: Conforme os subitens do edital a seguir descritos, os pagamentos serão realizados mediante ordem bancária, com o crédito na conta corrente indicada na fatura. 17.1.O pagamento será efetuado na forma e prazo estabelecidos no Termo de Referência, Anexo I, deste Edital.17.2.

A Contratada indicará na nota fiscal/fatura o nome do Banco e os números da agência e da conta corrente para efetivação do pagamento. TERMO DE REFERÊNCIA 9. PAGAMENTO 9. 3. A Contratada indicará na nota fiscal/fatura o nome do Banco e os números da agência e da conta corrente para efetivação do pagamento

RESPOSTA: SIM. Considerando que o serviço a ser prestado se enquadra, SMJ, como plano de saúde, a empresa pode apresentar o boleto bancário, conforme previsto acima, deduzindo 9,45% (IR, CSLL, PIS e COFINS), nos termos do inciso I, art. 33, da referida IN e 5% de ISS, vez que a alíquota anteriormente adotada (2%) na Tabela de Receitas do Município de Salvador foi revogado pelo art. 18 da Lei nº 9.279, de 28/09/2017.

O ISS deve ser retido e recolhido em favor do município de Salvador-Ba, em decorrência do previsto no artigo 3º, inciso XIII, da Lei Complementar 116/2013, *in verbis*:

Art. 3º O serviço considera-se prestado, e o imposto, devido, no local do estabelecimento prestador ou, na falta do estabelecimento, no local do domicílio do prestador, exceto nas hipóteses previstas nos incisos I a XXV, quando o imposto será devido no local: (Redação dada pela Lei Complementar nº 157, de 2016) (Vide ADIN 3142)

XXIII - do domicílio do tomador dos serviços dos subitens 4.22, 4.23 e 5.09; (Incluído pela Lei Complementar nº 157, de 2016)

4.22 – Planos de medicina de grupo ou individual e convênios para prestação de assistência médica, hospitalar, odontológica e congêneres. (Vide Lei Complementar nº 175, de 2020)

Em resumo, a **empresa pode apresentar boleto bancário desde que deduza do valor bruto os tributos a serem retidos.**

PERGUNTA 04: Para fins de elaboração da proposta, por favor informar:

1) Distribuição de vidas por grau de dependência (titular, filhos, cônjuges, aposentados, aposentados por invalidez, pai, mãe, remidos (juntamente com a data fim de vigência) – Caso haja outros graus de dependência, favor informar.

RESPOSTA: O subitem 3.2.2. do Termo de Referência informa o quantitativo ESTIMADO dos possíveis aderentes ao plano de saúde (ativos / inativos / pensionista / dependentes). Sendo a adesão facultativa, a Contratante não terá a obrigação de manter o quantitativo estimado.

Os graus de parentesco são os informados no subitem 3.2.1.2. do Termo de Referência.

3.2.1.2. Dependentes - são considerados beneficiários dependentes dos servidores elencados no item 3.2.2.1, I, II e III:

I – o cônjuge;

II – a companheira, o companheiro, com reconhecimento da união estável averbado neste Tribunal;

III – o(a) filho(a) menor de 21 anos de idade, ou, se estudante, até 24 anos, ou, se inválido(a),

de qualquer idade, enquanto durar a invalidez;

IV – o menor de 21 anos, desde que o servidor seja detentor de sua guarda judicial;

V – os genitores que vivam às expensas do beneficiário;

VI – o(a) enteado(a), menor de 21 anos, ou se estudante, até 24 anos, ou se inválido(a), de qualquer idade, enquanto durar a invalidez, que viva às expensas do servidor.

3.2.1.2.1 A comprovação da relação de dependência será realizada nos termos da Resolução TRE-BA 11/2006 e suas alterações.

3.2.1.2.2 Aqueles cujo fato ou ato motivador da dependência ocorrer na vigência do presente Contrato, somente serão considerados beneficiários dependentes se estiverem registrados como tal na Secretaria de Gestão de Pessoas (SGP).

3.2.1.3 Agregados – são considerados dependentes especiais os(as) filhos(as) e ou enteados(as) dos beneficiários-titulares do item 4.1.1, I, II e III, se solteiros(as), com ou sem economia própria, não contemplados no item 4.1.2, III e VI, até 39 anos;

3.2.2 Composição atual do TRE-BA* (servidores ativos, inativos e seus dependentes e pensionistas):

ATIVOS/INATIVOS/

PENSIONISTAS*

DEPENDENTES*

IDADE QUANTIDADE

IDADE QUANTIDADE

0 A 18 4

0 A 18 641

19 A 23 1

19 A 23 101

24 A 28 16

24 A 28 8

29 A 33 51

29 A 33 15

34 A 38 80 34 A 38 40

39 A 43 170

39 A 43 79

44 A 48 173

44 A 48 93

49 A 53 168

49 A 53 71

54 A 58 159

54 A 58 59

59 ANOS

OU MAIS 270

TOTAL 1092 TOTAL 1325

*Trata-se de dados estimativos, não estando o TRE-BA obrigado a manter qualquer quantitativo estabelecido, tendo em vista que a adesão dos beneficiários não será obrigatória.

2) Nome da congênere atual, relatório de sinistralidade com prêmio/sinistro mês a mês, evolução de vidas mês a mês, quantidade de vidas por plano, coparticipação, relação dos maiores utilizadores com a utilização mês a mês com a patologia da doença e CID juntamente com o valor gasto.

RESPOSTA: Atualmente este Tribunal Regional Eleitoral não mantém contratada seguradora de plano de saúde.

Este Regional reembolsa aos servidores, que contratam cada um pessoalmente a sua empresa seguradora de plano de saúde.

3) O grupo cotado refere-se a 100% do FGTS, categoria funcional ou localidade?

RESPOSTA: Categoria Funcional.

4) Existem gestantes? Quantas?

RESPOSTA: O Serviço de Saúde deste Tribunal não detém essa informação

5) No grupo cotado constam aposentados por invalidez? Favor informar a quantidade e os respectivos CID's.

RESPOSTA: O Serviço de Saúde deste Tribunal não detém essa informação.

6) Existem afastados? Quantos? Favor informar a data do afastamento e encaminhar o CID juntamente com o relatório médico atualizado.

RESPOSTA: Sim, existem 85 servidores afastados no período de 01 a 09/02/22. Os relatórios e/ou atestados médicos com CID são emitidos pelo médico assistente do servidor. Não sendo de conhecimento do Serviço de Saúde.

7) Existem casos de internados, casos crônicos, tratamento de câncer, diálise e/ou hemodiálise? Favor encaminhar o CID juntamente o relatório médico atualizado.

RESPOSTA: Atualmente, o Serviço de Saúde não tem conhecimento de servidor internado, em diálise e/ou hemodiálise, quanto a casos crônicos e tratamento de câncer, o acompanhamento das doenças é realizado por médico assistente do servidor, cabendo ao Serviço de Saúde a perícia e homologação ou não de atestado médico;

8) Existem casos de atenção domiciliar e/ou home care? Se houver, favor encaminhar o relatório médico detalhado, contendo: Diagnóstico, evolução da doença e quadro clínico atual; informar a idade do proponente e a quanto tempo o mesmo está em atendimento domiciliar/home care;

RESPOSTA: O Serviço de Saúde não tem conhecimento de casos com atenção domiciliar e/ou home care.

9) Qual é a empresa prestadora do serviço atualmente e os locais onde serão realizado o atendimento?

RESPOSTA: Não existe atualmente nenhuma empresa prestadora contratada.

10) Detalhamento das idades acima de 59 anos.

IDADE
SERVIDORES
DEPENDENTES

59 8
60 8 2
61 13 5
62 5 1
63 3 1
64 2 1
65 7 1
66 9
67 4
68 2 1
69 4
70 4
71 1
72 1
73 2 1
74 2
77 1
80 2
81 1
82 1
85 1
94 1

PERGUNTA 05: Favor informar qual será a forma de custeio do plano ou seguro privado de assistência à saúde. Cumpre esclarecer que o custeio pode ser não contributário: em que os beneficiários não pagam prêmio; ou contributário: em que os Segurados pagam prêmio, total ou parcialmente. Caso seja contributário, por favor informar o percentual de contribuição dos beneficiários no pagamento do plano?

RESPOSTA: O valor da fatura que corresponder a cada segurado (prêmio + despesas adicionais: coparticipações) serão debitados na folha de pagamento dos respectivos servidores. O Tribunal Regional Eleitoral da Bahia creditará também em folha de pagamento uma quantia a título de reembolso, cujo valor será fixado a depender da disponibilidade orçamentária.

PERGUNTA 06: Por favor ratificar nosso entendimento de que as exclusões dos beneficiários por exoneração ou demissão, bem como por aposentadoria, serão realizadas de acordo com as regras da Resolução Normativa nº 279, de 24 de novembro de 2011?

RESPOSTA: Considerando que os beneficiários exonerados ou demitidos não mais constarão da folha de pagamento deste Tribunal, não seria possível manter a condição de beneficiário da cobertura assistencial de que gozava, nos termos do art. 5º da Resolução Normativa nº 279, de 24 de novembro de 2011, vez que não haveria condição de manter a consignação em folha dos valores devidos por estes, casos em que serão, portanto, excluídos. Os débitos existentes junto à contratada destes servidores exonerados ou demitidos serão pagos pela contratante, que cobraram em contrapartida aos mesmos em via de regresso.

Quanto aos que venham se aposentar, caso assim queiram, poderão continuar nas mesmas condições de que gozava enquanto servidor em atividade. Mesmo porque, conforme o subitem 3.2.1.1. - I do Termo de Referência, os aposentados são beneficiários da assistência à saúde (inativos).

PERGUNTA 07: Qual é o valor per capita do plano ofertado pela atual Prestadora?

RESPOSTA: Não existe atualmente plano de saúde contratado pelo Tribunal Regional Eleitoral da Bahia.

Pergunta 08: Qual é o valor e o número de beneficiários da última fatura quitada?

RESPOSTA: Não existe atualmente plano de saúde contratado pelo Tribunal Regional Eleitoral da Bahia.

PERGUNTA 09: Por favor ratificar nosso entendimento de que na hipótese de não haver recursos de atendimento em algumas localidades listadas, serão aplicáveis à presente contratação as regras de atendimento estabelecidas nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial às RN's nº 259 e 268, que tratam da garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado nas cidades limítrofes. Nosso entendimento está correto? Se negativo, favor explicar detalhadamente.

RESPOSTA: 14.1. Aplicam-se a este Termo de Referência e aos casos omissos os recursos operacionais do sistema eletrônico (www.gov.br/compras), a Lei 10.520/2002, o Decreto 10.024/2019, a Lei Complementar 123/2006, o Decreto 8.538/2015 e, subsidiariamente, as Leis 8.666/1993, 9.656/1998 e 9.961/2000, as Resoluções Normativas CONSU/ANS 13/1998, 15/1999 e as

Resoluções Normativas DICOL/ANS 63/2003, 124/2006, 195/2009, 00/2009, 204/2009,259/2011, 347/2014, 395/2016, 424/2017 e 428/2017, sem prejuízo das demais normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

PERGUNTA 10: Por favor ratificar o entendimento que as regras de isenção de carência serão mantidas desde que no momento da implantação do contrato tenha 30 ou mais vidas e que esse quantitativo seja mantido, pois do contrário, conforme regulamentação vigente do artigo 6º e 7 da RN 195/2009, é permitida aplicação de carência e CPT. Estão cientes e de acordo?

RESPOSTA: Caso esteja omissa no Termo de Referência essa questão, aplica-se o subitem 14.1. do referido termo, a seguir descrito:

14.1. Aplicam-se a este Termo de Referência e aos casos omissos os recursos operacionais do sistema eletrônico (www.gov.br/compras), a Lei 10.520/2002, o Decreto 10.024/2019, a Lei Complementar 123/2006, o Decreto 8.538/2015 e, subsidiariamente, as Leis 8.666/1993, 9.656/1998 e 9.961/2000, as Resoluções Normativas CONSU/ANS 13/1998, 15/1999 e as Resoluções Normativas DICOL/ANS 63/2003, 124/2006, 195/2009, 200/2009, 204/2009,259/2011, 347/2014, 395/2016, 424/2017 e 428/2017, sem prejuízo das demais normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

PERGUNTA 11: Favor informar a data prevista para início de vigência/implantação.

RESPOSTA: Após a homologação do certame pela Unidade competente deste Tribunal, a previsão é a de que a contratação ocorreria em no máximo 30 (trinta) dias.

PERGUNTA 12: Por favor informar se as condições do produto abaixo transcritas serão aceitas pelo TRE BA: O serviço de Home Care poderá ser concedido, a critério da SEGURADORA, desde que:

a. O paciente esteja hospitalizado, com previsão de alta hospitalar, com a necessidade da continuidade do tratamento que possa ser prestado em ambiente domiciliar;

RESPOSTA: 3.1.1.1. Em caso de assistência domiciliar em substituição à internação hospitalar, a operadora deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e no art. 12, II, "c", "d", "e" e "g", da Lei 9.656/1998. O Home-care no formato de assistência domiciliar, deverá ser ofertado de acordo com a indicação do médico assistente e os critérios técnicos, e pode englobar:

a) suporte intensivo de reabilitação, contemplando fisioterapia motora e/ou respiratória, e/ou fonoterapia domiciliar, em casos de média ou baixa complexidade de cuidados, desde que com indicação médica e comprovação da necessidade do atendimento estritamente domiciliar;

b) situação de desospitalização, quando da necessidade de terapias endovenosas prolongadas

b. A continuidade do tratamento será por período determinado e embora possa ser prolongado, terá condição de futura alta;

No que se refere à continuidade, os dispositivos a seguir, que não inclui a aliena a, II, art. 12 da Lei nº 9.656/1998:

3.1.1.1 Em caso de assistência domiciliar em substituição à internação hospitalar, a operadora deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e no art. 12, II, "c", "d", "e" e "g", da Lei 9.656/1998. O Home-care no formato de assistência domiciliar, deverá ser ofertado de acordo com a indicação do médico assistente e os critérios técnicos, e pode englobar:

Lei 9.656/1998

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I.....

II - quando incluir internação hospitalar:

a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade,

em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro; e (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;

g) cobertura para tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja

relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar;

c. O paciente resida em uma área com infraestrutura adequada para conduzir os cuidados e tratamentos conforme prescrição médica;

RESPOSTA: Não temos ciência da existência legal dessa condição.

d. Possua solicitação do Médico Assistente, responsável pelo paciente, constando claramente o pedido de Assistência Domiciliar, bem como, dos cuidados técnicos necessários;

RESPOSTA: 3.1.1.2. Em caso de assistência domiciliar em substituição à internação hospitalar, a operadora deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e no art. 12, II, “c”, “d”, “e” e “g”, da Lei 9.656/1998. O Home-care no formato de assistência domiciliar, deverá ser ofertado de acordo com a indicação do médico assistente e os critérios técnicos, e pode englobar:

e. Que o paciente tenha um cuidador ou acompanhante responsável durante a prestação do serviço;

RESPOSTA: Termo de Referência

3.1.1.3. Não está prevista a oferta de cuidadores ou profissional de enfermagem para pacientes, ainda que acamados ou incapacitados, quando os procedimentos não exigirem atendimento de enfermagem especializado. São da responsabilidade dos cuidadores procedimentos, tais como: banhos; auxílio à deambulação e mobilização no leito; administração de medicamentos por via oral; alimentação por via oral, por sonda nasogástrica, nasoenteral ou gastrostomia, e realização de curativos simples.

f. Que seja permitido livre acesso de profissional especialmente designado pela SEGURADORA para visita e avaliação dos serviços prestados.

Item 3.1.9.16 do termo de referência: Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.

RESPOSTA: Poderá ser permitido, sem a faculdade de interferir no posicionamento do médico assistente.

PERGUNTA 13: Favor ratificar o entendimento de o item supracitado está subordinada as regras de atendimento estabelecidas nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial a RN 347/2014.

RESPOSTA: 5.5.1. Ratificamos o entendimento. O item 3.1.9.19, alínea “a.5”, inclusive, menciona a regulamentação da ANS: 3.1.9.19 Atendimento hospitalar em todas as modalidades de internação inclusive com obstetrícia: atendimento em unidade hospitalar, previstos na legislação e no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, com livre escolha e

direito a reembolso limitado ao valor da tabela da operadora, observadas as seguintes coberturas, dentre outras: a) Internações em unidades hospitalares, inclusive em UTI/CTI, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, incluídos: (...) a.5) Cobertura de remoção de beneficiários de planos privados de assistência à saúde, com segmentação hospitalar, que tenham cumprido o período de carência de acordo com a Resolução Normativa ANS 347/2014; 5.5.2. Caso o contrato pretendesse abarcar situações mais amplas, cumpriria detalhá-las no TR, conforme admite a própria RN 347/2014: Art. 4º Os contratos de planos privados de assistência à saúde podem conter cláusulas mais amplas do que as estabelecidas no art. 2º, abrangendo, inclusive, as hipóteses contidas no art. 3º. Parágrafo único.

As cláusulas mais amplas a que se refere o caput podem também estar previstas em termo ou instrumento, apartado do contrato de planos privados de assistência à saúde, que preveja cobertura adicional referente à remoção.

5.6. “Item 3.2.1.1 do termo de referência: Titulares –são considerados beneficiários titulares para os planos, sem limite de idade: “V –pensionistas”.

PERGUNTA 14: Favor informar a quantidade de pensionistas deste R. Tribunal. Item 3.2.1.1 do termo de referência: Titulares -são considerados beneficiários titulares para os planos, sem limite de idade: “V –pensionistas”.

RESPOSTA: 86 Pensionistas.

PERGUNTA 15: De acordo com a norma regulatória da ANS, os contratos de assistência à saúde e odontológicos coletivos empresariais são regidos pela RN 195, mais especificadamente em seu artigo 5º que conceitua “é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária”.

Segundo este princípio, obrigatoriamente, a operadora odontológica somente pode aceitar em seu plano beneficiários com este vínculo ao TRE BA, os pensionistas, não se enquadram nesta situação. No §2º do referido artigo prevê ainda que a adesão do grupo familiar está condicionada à participação do beneficiário titular no contrato.

Neste sentido, é garantida a inclusão do pensionista desde que esta condição ocorra durante a vigência do contrato, ou seja, no ato da nova contratação o titular que possuía vínculo com o TRE BA falece durante a vigência do contrato, tornando um dos dependentes o pensionista. Desta forma é possível a inclusão do pensionista, nos termos da RN 279, o qual se manterá ativo de acordo com o período de contribuição que o titular teve.

Diferente da situação de inclusão de beneficiário já na condição de pensionista, o que não é possível, pois, esta condição reflete inequivocamente a ausência de participação do beneficiário titular com elegibilidade ao contrato (que será firmado).

Concluindo, no caso de uma nova contratação de plano de saúde odontológico, os pensionistas ainda que já vinculados ao contrato anterior, não terão elegibilidade para aderir ao novo contrato celebrado, uma vez que

não mais existe a figura do titular elegível que permita a inclusão do dependente conforme dispõe o artigo 5º, § 2º da RN 195/09.

Considerando o parecer acima, fundamentado em um parecer e entendimento emitido pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) questionamos se este r. órgão concorda com o risco regulatório que a operadora estará exposta, podendo sofrer penalidades do órgão regulador ANS e, portanto, solicitamos a reanálise do item supracitado que dispõe sobre a garantia ao pensionista, no sentido de limitar esta categoria somente aos pensionistas que adquiriram esta condição durante a vigência do contrato, havendo previamente a figura do titular elegível, devendo, consequentemente, esta condição refletir aos demais itens do edital que preveem a condição do pensionista.

Item 3.5.5 do termo de referência: Na hipótese de alteração do plano básico para o plano superior/especial, os beneficiários deverão cumprir carência de 180 (cento e oitenta) dias para utilização de acomodação em apartamento. Enquanto cumprem esta carência para o plano superior/especial, os beneficiários poderão utilizar normalmente da cobertura prevista para o plano básico.

RESPOSTA: No caso em tela, a proponente emitiu um parecer tendo por base a Resolução Normativa nº 195/09 da ANS, que regulamenta a contratação de planos privados de assistência à saúde. O nosso plano coletivo, enquadra-se no artigo 5º da referida Resolução, que exige um vínculo empregatício ou estatutário com a pessoa jurídica para a adesão. Segundo o parecer da Unimed, os pensionistas não possuem vínculo com o Tribunal, logo não podem participar do nosso plano. Alegam que aceitar os pensionistas implicaria em risco regulatório, com possíveis penalidades do órgão regulatório (ANS).

De acordo com o parecer da Unimed, a única possibilidade de participação do pensionista seria na hipótese de adesão ao plano do titular (servidor) ainda vivo, como dependente, prosseguindo como pensionista, no plano, após a morte do titular. Tendo em vista que o nosso contrato é por prazo determinado, não seria possível a renovação do contrato do pensionista, após a morte do titular, já que o vínculo estatutário estaria extinto. Os atuais pensionistas também estariam impedidos de aderir ao nosso plano.

RESPOSTA:

De acordo com a norma regulatória da ANS, os contratos de assistência à saúde e odontológicos coletivos empresariais são regidos pela RN 195, mais especificadamente em seu artigo 5º que conceitua 'é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária'.

Segundo este princípio, obrigatoriamente, a operadora odontológica somente pode aceitar em seu plano beneficiários com este vínculo ao TRE BA, os pensionistas, não se enquadram nesta situação. No §2º do referido artigo prevê ainda que a adesão do grupo familiar está condicionada à participação do beneficiário titular no contrato.

Neste sentido, é garantida a inclusão do pensionista desde que esta condição ocorra durante a vigência do contrato, ou seja, no ato da nova contratação o titular que possuía vínculo com o TRE BA falece durante a vigência do contrato, tornando um dos dependentes o pensionista.

Desta forma é possível a inclusão do pensionista, nos termos da RN 279, o qual se manterá ativo de acordo com o período de contribuição que o titular teve.

Diferente da situação de inclusão de beneficiário já na condição de pensionista, o que não é possível, pois, esta condição reflete inequivocamente a ausência de participação do beneficiário titular com elegibilidade ao contrato (que será firmado).

Concluindo, no caso de uma nova contratação de plano de saúde e odontológico, os pensionistas ainda que já vinculados ao contrato anterior, não terão elegibilidade para aderir ao novo contrato celebrado, uma vez que não mais existe a figura do titular elegível que permita a inclusão do dependente conforme dispõe o artigo 5º, § 2º da RN 195/09.

Considerando o parecer acima, fundamentado em um parecer e entendimento emitido pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) questionamos se este r. órgão concorda com o risco regulatório que a operadora estará exposta, podendo sofrer penalidades do órgão regulador ANS e, portanto, solicitamos a reanálise do item supracitado que dispõe sobre a garantia ao pensionista, no sentido de limitar esta categoria somente aos pensionistas que adquiriram esta condição durante a vigência do contrato, havendo previamente a figura do titular elegível, devendo, consequentemente, esta condição refletir aos demais itens do edital que preveem a condição do pensionista.”

5.6.1. Corroboramos com a interpretação conferida pela UNIMED SEGUROS SAÚDE S.A.. O pensionista assumirá a condição de beneficiário titular em função da morte do servidor ativo, aposentado ou do exonerado ou demitido sem justa causa, por período de tempo determinado[9] nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98. Para tanto, é preciso que, na ocasião do óbito, o pensionista conste como dependente do servidor no plano de saúde. Nesse sentido, estabelece a Resolução Normativa nº 279/2011 da ANS:

Art. 8º Em caso de morte do titular é assegurado o direito de manutenção aos seus dependentes cobertos pelo plano privado de assistência à saúde, nos termos do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998.

5.6.2. Aplica-se o mesmo racional desenvolvido quanto ao aposentado (item 5.2.3, “b”, deste opinativo): inexistindo plano de saúde atualmente contratado, nenhum beneficiário iniciará o ajuste com a Operadora na condição de pensionista.

5.6.3. Cumpre apenas ressaltar que o período de manutenção do pensionista no plano de saúde não possui relação com o prazo de vigência do ajuste, estando disciplinado nos artigos 30 (no caso de morte de servidor ativo) e 31 (na hipótese de falecimento de servidor aposentado) da Lei nº 9.656/98. Acerca do tema, oportuno transcrever ementa do acórdão prolatado pela 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça no Recurso Especial nº 1.841.285, de relatoria da Ministra Nancy Andrighi:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO. FALECIMENTO DA TITULAR. BENEFICIÁRIA AGREGADA. PRETENSÃO DE MANUTENÇÃO DO BENEFÍCIO. ART. 30 DA LEI 9.656/1998. INTERPRETAÇÃO EXTENSIVA DOS DISPOSITIVOS E PRECEITOS LEGAIS. JULGAMENTO: CPC/15.

1. Ação de obrigação de fazer c/c compensação por dano moral ajuizada em SEI/TRE-BA - 1849442 - PARECER https://sei.tre-ba.jus.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir...

11 of 22 03/03/2022 08:28 22/05/2018, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 30/07/2019 e atribuído ao gabinete em 01/07/2020. Julgamento: CPC/15.

2. O propósito recursal consiste em decidir sobre a manutenção de membro pertencente a grupo familiar (beneficiário agregado) em plano de saúde coletivo, após o falecimento do beneficiário titular.

3. A Terceira Turma decidiu que, na hipótese de falecimento do titular do plano de saúde coletivo, seja este empresarial ou por adesão, nasce para os dependentes já inscritos o direito de pleitear a sucessão da titularidade, nos termos dos arts. 30 ou 31 da Lei 9.656/1998, a depender da hipótese, desde que assumam o seu pagamento integral (REsp 1.871.326/RS, julgado em 01/09/2020, DJe 09/09/2020).

4. Apesar de o § 3º do art. 30, que trata da hipótese de permanência em caso de morte do beneficiário titular, fazer uso da expressão “dependentes”, o § 2º assegura a proteção conferida pelo referido art. 30, de manutenção do plano de saúde nas hipóteses de rompimento do contrato de trabalho do titular, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar, sem fazer nenhuma distinção quanto aos agregados.

5. De acordo com o art. 2º, I, “b” da Resolução ANS 295/2012, beneficiário dependente é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo contratual com a operadora depende da existência de relação de dependência ou de agregado a um beneficiário titular.

6. No caso de morte do titular, os membros do grupo familiar – dependentes e agregados – podem permanecer como beneficiários no plano de saúde, desde que assumam o pagamento integral, na forma da lei.

7. O direito do beneficiário dependente de permanecer no plano de saúde após o falecimento do beneficiário titular tem prazo certo, este previsto na Lei 9.656/1998 e, no particular, no contrato do convênio e no regulamento do plano, sem prejuízo do exercício do direito à portabilidade de carências, nos termos dos arts. 6º e 8º, I e § 1º, da Resolução ANS 438/2018.

8. Recurso especial conhecido e desprovido. (grifou-se).

5.6.4. Releva assentar que a preocupação da Operadora tem pertinência, haja vista as consequências impostas pela ANS em face do descumprimento da obrigação de averiguar as condições de elegibilidade do beneficiário do plano de saúde coletivo, conforme artigos 31 e 32 da Resolução Normativa nº 195/2009:

Art. 31. A Resolução Normativa nº 124, de 30 de março de 2006, passa a vigorar acrescida dos seguintes artigos:

Art. 20-D Admitir o ingresso de beneficiário em contrato coletivo que não detenha o vínculo exigido pela legislação. Sanção - multa de R\$ 50.000,00."

Art. 32. O ingresso de novos beneficiários que não atendam aos requisitos de elegibilidade previstos nos arts. 5º e 9º desta resolução constituirá vínculo direto e individual com a operadora, equiparando-se para todos os efeitos legais ao plano individual ou familiar.

5.7. “Item 3.1.9.4 do termo de referência: Atendimento ambulatorial: atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal; cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais

procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizado em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação; com cobertura de medicamentos utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos; com livre escolha e direito a reembolso limitado ao valor da tabela da operadora.

PERGUNTA 16: Favor ratificar o entendimento de que na hipótese de alteração de plano, será aplicado carência para reembolso. Item 4.3.2 do termo de referência: Os medicamentos utilizados durante a realização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares serão reembolsados de acordo com o BRASÍNDICE.

RESPOSTA: Como foi estabelecida carência para a acomodação em apartamento, coerente o mesmo raciocínio para o reembolso.

PERGUNTA 17: Cumpre esclarecer que a Contratada realizará o reembolso de acordo com o BRANSÍDICE no percentual de 80%. Estão cientes e de acordo?

RESPOSTA:

Item 7.4 do termo de referência:

Apresentar, em até 30 (trinta) dias após a assinatura do contrato ou até o início da execução contratual, o que ocorrer primeiro, catálogo atualizado, contendo nome, endereço e telefone e fax da matriz e suas filiais, se houver, bem como a relação dos estabelecimentos e profissionais credenciados, disponíveis para atendimento, com a indicação dos endereços e especialidades dos consultórios de seus profissionais, hospitais, centros médicos, clínicas, laboratórios, centros radiológicos e serviços de urgência e emergência 24h, postos de atendimento ambulatoriais, matriz e filiais do licitante se houver, conforme itens 3.1.9.1 a 3.1.9.4.

De acordo com o Item 4.3.2 do TR "Os medicamentos utilizados durante a realização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares serão reembolsados de acordo com o BRASÍNDICE."

Portanto, não estamos de acordo, uma vez que não consta referência ao percentual de 80% da mencionada tabela no TR, devendo ser utilizado como referência o valor integral do BRASÍNDICE para fim de reembolso.

PERGUNTA 18: Por questões de Política Ambiental e de Sustentabilidade, o Guia/Manual de Rede Referenciada está disponível no site desta Seguradora para consulta, além ainda, da disponibilização de atendimento telefônico 0800 e aplicativo eletrônico para acesso via celular. Considerando as questões que envolvem a sustentabilidade ambiental e o volume de rede credenciada, este órgão licitante poderá esclarecer se cumprimos os itens supracitados através do nosso site e/ou app, onde constará a rede atualizada. Estão cientes e de acordo? Item 7.4 do termo de referência:

Apresentar, em até 30 (trinta) dias após a assinatura do contrato ou até o início da execução contratual, o que ocorrer primeiro, catálogo atualizado, contendo nome, endereço e telefone e fax da matriz e suas filiais, se houver, bem como a relação dos estabelecimentos e profissionais credenciados, disponíveis para atendimento, com a indicação dos endereços e especialidades dos consultórios de seus profissionais, hospitais, centros médicos, clínicas, laboratórios, centros

radiológicos e serviços de urgência e emergência 24h, postos de atendimento ambulatoriais, matriz e filiais do licitante se houver, conforme itens 3.1.9.1 a 3.1.9.4.

RESPOSTA: O TR não indica que o catálogo da rede referenciada deve ser em papel, mas requer a apresentação desse material até 30 dias após a assinatura do contrato ou até o início da execução contratual, o que ocorrer primeiro, portanto, a disponibilização do referido guia em sítio da internet não representa restrição.

PERGUNTA 19: Favor ratificar o entendimento de que a relação supracitada deverá ser apresentada somente após consagrado vencedora do certame. Item 7.14 do termo de referência: Manter escritório para atendimento dos beneficiários na cidade de Salvador ou pelo menos um funcionário, com poderes para, em seu nome, assessorar a resolução de problemas dos usuários referentes a autorizações de exames, internações, cirurgias, tratamentos complementares, reembolsos, credenciar profissionais e empresas do ramo, emitir ofícios e pareceres, responder a diligências e dirimir quaisquer outras dúvidas que porventura venham a ocorrer, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis. Nos horários em que não for possível o atendimento no escritório (domingo, feriado, horário noturno, etc.), a Operadora deverá disponibilizar uma linha telefônica de acesso gratuito (0800) ou a cobrar, para que os beneficiários possam entrar em contato;

RESPOSTA: Ainda sobre o catálogo da rede referenciada. O TR é claro, no item 7.4, quando requer a apresentação desse material até 30 dias após a assinatura do contrato ou até o início da execução contratual, o que ocorrer primeiro. Implicando que teremos acesso à rede credenciada apenas após a contratação da Operadora.

PERGUNTA 20: Cumpre esclarecer que atendimento para fins de cumprimento quanto a exigência supracitado, a Contratada possuirá uma Central de atendimento remota 24h (vinte e quatro) horas em 7 dias por semana, sendo oferecido também e-mail e telefone do executivo responsável pelo contrato para a devida assessoria. Item 7.16 do termo de referência: Enviar Correspondência em envelope lacrado com o nome do usuário, quando da realização de reembolso de despesa solicitado pelo Beneficiário.

RESPOSTA: Aborda a necessidade de manter escritório em Salvador com ao menos um funcionário para resolução de problemas (item 7.14 TR), haja vista existência de Central de atendimento remota 24h em 7 dias da semana, sendo oferecido e-mail e telefone do executivo responsável pelo contrato. Entendemos que a existência da Central de atendimento remota supre a necessidade de resolução de problemas.

PERGUNTA 21: Cumpre ressaltar que as informações referentes aos reembolsos solicitados, ficará disponível em sistema, sendo o beneficiário titular ou dependente maior com acesso através do portal disponibilizado pela Contratada. Estão cientes e de acordo. Caso negativo, favor explicar

detalhadamente. Item 3 do termo de referência: Contratação de prestação continuada de serviços de assistência à saúde ou cobertura de custos assistenciais através de plano privado, com coparticipação de 30% (nas hipóteses definidas neste Termo de Referência), na modalidade de contratação coletiva, por faixa etária, compreendendo atendimento ambulatorial e hospitalar com procedimentos obstétricos, cirúrgicos e de UTI/CTI, exames complementares e serviços auxiliares, relacionados aos procedimentos médicos reconhecidos pelo Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, e de internações hospitalares, sem limitação de prazo, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, com cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e de acordo com a Resolução Normativa (RN) 428/2017 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com suas alterações e demais especificações contidas neste documento, no edital de licitação, na proposta da Contratada e na legislação pertinente, conforme Termo de Referência.

RESPOSTA: Como as informações estão disponíveis em Sistema, não tem por que exigimos envio de correspondência lacrada.

PERGUNTA 22: Favor ratificar o entendimento de o item supracitado está subordinada as regras de atendimento estabelecidas nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial a RN 465/2021. Item 3.1.9.4 do termo de referência: Atendimento ambulatorial: atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal; cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizado em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação; com cobertura de medicamentos utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos; com livre escolha e direito a reembolso limitado ao valor da tabela da operadora.

RESPOSTA: Não vimos como ser diferente das Normas estabelecidas pela ANS.

PERGUNTA 23: Favor ratificar o entendimento de o item supracitado está subordinada as regras de atendimento estabelecidas nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial a RN 465/2021, bem como as Diretrizes de Utilização (DUT) aplicáveis anexo II e suas atualizações. Item 3.1.9.7 do termo de referência: Escleroterapia, 12 sessões a cada período de doze meses, não cumulativas na renovação contratual contrato sem cobertura pelo rol se houver conforme

RESPOSTA:

5.7.1. Faz-se mister esclarecer que a cobertura mínima do plano de saúde obedecerá a regulamentação mais recente da ANS (atualmente, vige a Resolução Normativa nº 465/2021, que revogou a Resolução Normativa nº 428/2017, citada no TR). Nesta perspectiva, prescrevem os artigos 1º e 2º da RN nº 465/2021

Art. 1º Esta Resolução Normativa – RN atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no art. 35 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998.

§1º Atualiza-se também o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de Alta Complexidade – PAC, constituído pelos procedimentos assim identificados no Anexo I desta Resolução Normativa, que podem ser objeto de cobertura parcial temporária - CPT nos casos de doenças e lesões preexistentes - DLP, conforme o disposto em Resolução específica.

§2º A cobertura assistencial estabelecida por esta Resolução Normativa e seus anexos será obrigatória independente da circunstância e do local de ocorrência do evento que ensejar o atendimento, respeitadas as segmentações, a área de atuação e de abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada da operadora, os prazos de carência e a cobertura parcial temporária – CPT.

Art. 2º Para fins de cobertura, considera-se taxativo o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde disposto nesta Resolução Normativa e seus anexos, podendo as operadoras de planos de assistência à saúde oferecer cobertura maior do que a obrigatória, por sua iniciativa ou mediante expressa previsão no instrumento contratual referente ao plano privado de assistência à saúde. (destacamos).

5.7.2. A princípio, pela interpretação literal da norma, a ampliação do rol de procedimentos dependeria de expressa previsão contratual. Entretanto, a caracterização desse rol como taxativo ou exemplificativo envolve controvérsia jurisprudencial, estando pendente de definição a tese que prevalecerá no Superior Tribunal de Justiça. Para ilustrar as argumentações divergentes, reproduzimos os acórdãos prolatados no REsp 1846108/SP, de relatoria da Ministra Nancy Andrighi da Terceira Turma, e no REsp 1733013/PR, de relatoria do Ministro Luis Felipe Salomão da Quarta Turma, respectivamente:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER E DE PAGAR. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE. AMPLITUDE DE COBERTURA. ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS. NATUREZA EXEMPLIFICATIVA. LIMITAÇÃO DO NÚMERO DE SESSÕES DE TERAPIA OCUPACIONAL. ABUSIVIDADE. JULGAMENTO: CPC/15.

1. Ação de obrigação de fazer e de pagar ajuizada em 16/05/2017, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 27/09/2018 e atribuído ao gabinete em 18/09/2019.

2. O propósito recursal é dizer sobre a obrigação de a operadora de plano de saúde custear integralmente o tratamento de terapia ocupacional, sem limitar o número e a periodicidade das sessões indicadas na prescrição médica.

3. Nos termos do § 4º do art. 10 da Lei 9.656/1998, a amplitude da cobertura assistencial médico-hospitalar e ambulatorial, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, é regulamentada pela ANS, a quem compete a

elaboração do rol de procedimentos e eventos para a promoção à saúde, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de todas as enfermidades que compõem a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID, da Organização Mundial de Saúde – OMS, respeitadas as segmentações assistenciais contratadas.

4. O Plenário do STF reafirmou, no julgamento da ADI 2.095/RS (julgado em SEI/TRE-BA - 1849442 - PARECER https://sei.tre-ba.jus.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir... 13 of 22 03/03/2022 08:28 11/10/2019, DJe de 26/11/2019), que “o poder normativo atribuído às agências reguladoras deve ser exercitado em conformidade com a ordem constitucional e legal de regência”, razão pela qual os atos normativos exarados pela ANS, além de compatíveis com a Lei 9.656/1998 e a Lei 9.961/2000, dentre outras leis especiais, devem ter conformidade com a CF/1988 e o CDC, não lhe cabendo inovar a ordem jurídica.

5. Conquanto o art. 35-G da Lei 9.656/1998 imponha a aplicação subsidiária da lei consumerista aos contratos celebrados entre usuários e operadoras de plano de saúde, a doutrina especializada defende a sua aplicação complementar àquela lei especial, em diálogo das fontes, considerando que o CDC é norma principiológica e com raiz constitucional, orientação essa que se justifica ainda mais diante da natureza de adesão do contrato de plano de saúde e que se confirma, no âmbito jurisdicional, com a edição da súmula 608 pelo STJ.

6. Quando o legislador transfere para a ANS a função de definir a amplitude das coberturas assistenciais (art. 10, § 4º, da Lei 9.656/1998), não cabe ao órgão regulador, a pretexto de fazê-lo, criar limites à cobertura determinada pela lei, de modo a restringir o direito à saúde assegurado ao consumidor, frustrando, assim, a própria finalidade do contrato.

7. O que se infere da leitura da Lei 9.656/1998 é que o plano-referência impõe a cobertura de tratamento de todas as doenças listadas na CID, observada a amplitude prevista para o segmento contratado pelo consumidor e excepcionadas apenas as hipóteses previstas nos incisos do art. 10, de modo que qualquer norma infralegal que a restrinja mostra-se abusiva e, portanto, ilegal, por colocar o consumidor em desvantagem exagerada.

8. O rol de procedimentos e eventos em saúde (atualmente incluído na Resolução ANS 428/2017) é, de fato, importante instrumento de orientação para o consumidor em relação ao mínimo que lhe deve ser oferecido pelas operadoras de plano de saúde, mas não pode representar a delimitação taxativa da cobertura assistencial mínima, na medida em que o contrato não se esgota em si próprio ou naquele ato normativo, mas é regido pela legislação especial e, sobretudo, pela legislação consumerista, com a ressalva feita aos contratos de autogestão.

9. Sob o prisma do CDC, não há como exigir do consumidor, no momento em que decide aderir ao plano de saúde, o conhecimento acerca de todos os procedimentos que estão – e dos que não estão – incluídos no contrato firmado com a operadora do plano de saúde, inclusive porque o rol elaborado pela ANS apresenta linguagem técnico-científica, absolutamente ininteligível para o leigo. Igualmente, não se pode admitir que mero regulamento estipule, em desfavor do consumidor, a renúncia

antecipada do seu direito a eventual tratamento prescrito para doença listada na CID, por se tratar de direito que resulta da natureza do contrato de assistência à saúde.

10. No atendimento ao dever de informação, deve o consumidor ser clara, suficiente e expressamente esclarecido sobre os eventos e procedimentos não cobertos em cada segmentação assistencial (ambulatorial, hospitalar – com ou sem obstetrícia – e odontológico), como também sobre as opções de rede credenciada de atendimento, segundo as diversas categorias de plano de saúde oferecidas pela operadora; sobre os diferentes tipos de contratação (individual/familiar, coletivo por adesão ou coletivo empresarial), de área de abrangência (municipal, grupo de municípios, estadual, grupo de estados e nacional) e de acomodação (quarto particular ou enfermaria), bem como sobre as possibilidades de coparticipação ou franquias e de pré ou pós-pagamento, porque são essas as informações que o consumidor tem condições de avaliar para eleger o contrato a que pretende aderir.

11. Não é razoável impor ao consumidor que, no ato da contratação, avalie os quase 3.000 procedimentos elencados no Anexo I da Resolução ANS 428/2017, a fim de decidir, no momento de eleger e aderir ao contrato, sobre as possíveis alternativas de tratamento para as eventuais enfermidades que possam vir a acometê-lo. SEI/TRE-BA - 1849442 - PARECER https://sei.tre-ba.jus.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimi... 14 of 22 03/03/2022 08:28

12. Para defender a natureza taxativa do rol de procedimentos e eventos em saúde, a ANS considera a incerteza sobre os riscos assumidos pela operadora de plano de saúde, mas desconsidera que tal solução implica a transferência dessa mesma incerteza para o consumidor, sobre o qual passam a recair os riscos que ele, diferentemente do fornecedor, não tem condições de antever e contra os quais acredita, legitimamente, estar protegido, porque relacionados ao interesse legítimo assegurado pelo contrato.

13. A qualificação do rol de procedimentos e eventos em saúde como de natureza taxativa demanda do consumidor um conhecimento que ele, por sua condição de vulnerabilidade, não possui nem pode ser obrigado a possuir; cria um impedimento inaceitável de acesso do consumidor às diversas modalidades de tratamento das enfermidades cobertas pelo plano de saúde e às novas tecnologias que venham a surgir; e ainda lhe impõe o ônus de suportar as consequências de sua escolha desinformada ou mal informada, dentre as quais, eventualmente, pode estar a de assumir o risco à sua saúde ou à própria vida.

14. É forçoso concluir que o rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS tem natureza meramente exemplificativa, porque só dessa forma se concretiza, a partir das desigualdades havidas entre as partes contratantes, a harmonia das relações de consumo e o equilíbrio nas relações entre consumidores e fornecedores, de modo a satisfazer, substancialmente, o objetivo da Política Nacional das Relações de Consumo.

15. Hipótese em que a circunstância de o rol de procedimentos e eventos em saúde estabelecer um número mínimo de sessões de terapia ocupacional de cobertura obrigatória, ao arrepio da lei, não é apta a autorizar a operadora a recusar o custeio das sessões que ultrapassam o limite previsto. Precedente do STF e do STJ.

16. Recurso especial conhecido e desprovido, com majoração de honorários. (REsp 1846108/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 02/02/2021, DJe 05/02/2021)

PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE. RECURSO ESPECIAL. ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE ELABORADO PELA ANS. ATRIBUIÇÃO DA AUTARQUIA, POR EXPRESSA DISPOSIÇÃO LEGAL E NECESSIDADE DE HARMONIZAÇÃO DOS INTERESSES DAS PARTES DA RELAÇÃO CONTRATUAL. CARACTERIZAÇÃO COMO RELAÇÃO EXEMPLIFICATIVA. IMPOSSIBILIDADE. MUDANÇA DO ENTENDIMENTO DO COLEGIADO (OVERRULING). CDC. APLICAÇÃO, SEMPRE VISANDO HARMONIZAR OS INTERESSES DAS PARTES DA RELAÇÃO CONTRATUAL. EQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO E ATUARIAL E SEGURANÇA JURÍDICA. PRESERVAÇÃO. NECESSIDADE. RECUSA DE COBERTURA DE PROCEDIMENTO NÃO ABRANGIDO NO ROL EDITADO PELA AUTARQUIA OU POR DISPOSIÇÃO CONTRATUAL. OFERECIMENTO DE PROCEDIMENTO ADEQUADO, CONSTANTE DA RELAÇÃO ESTABELECIDADA PELA AGÊNCIA. EXERCÍCIO REGULAR DE DIREITO. REPARAÇÃO DE DANOS MORAIS. INVIABILIDADE.

1. A Lei n. 9.961/2000 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde. O art. 4º, III e XXXVII, atribui competência à Agência para elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei n. 9.656/1998, além de suas excepcionalidades, zelando pela qualidade dos serviços prestados no âmbito da saúde suplementar.

2. Com efeito, por clara opção do legislador, é que se extrai do art. 10, § 4º, da Lei n. 9.656/1998 c/c o art. 4º, III, da Lei n. 9.961/2000, a atribuição dessa Autarquia de elaborar a lista de procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei dos Planos e Seguros de Saúde.

Em vista dessa incumbência legal, o art. 2º da Resolução Normativa n. 439/2018 da ANS, que atualmente regulamenta o processo de elaboração do rol, em harmonia com o determinado pelo caput do art. 10 da Lei n. 9.656/1998, esclarece que o rol garante a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de todas as enfermidades que compõem a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID da Organização Mundial da Saúde.

3. A elaboração do rol, em linha com o que se deduz do Direito Comparado, apresenta diretrizes técnicas relevantes, de inegável e peculiar complexidade, como: utilização dos princípios da Avaliação de Tecnologias em Saúde - ATS; observância aos preceitos da Saúde Baseada em Evidências - SBE; e resguardo da manutenção do equilíbrio econômico[1]financeiro do setor.

4. O rol mínimo e obrigatório de procedimentos e eventos em saúde constitui relevante garantia do consumidor para propiciar direito à saúde, com preços acessíveis, contemplando a camada mais ampla e vulnerável da população. Por conseguinte, em revisitação ao exame detido e aprofundado do tema, conclui-se que é inviável o entendimento de que o rol é meramente exemplificativo e de que a cobertura mínima, paradoxalmente, não tem limitações definidas. Esse raciocínio tem o condão de encarecer e efetivamente padronizar os planos de saúde, obrigando-lhes, tacitamente, a fornecer qualquer tratamento prescrito, restringindo a livre concorrência e negando vigência aos dispositivos legais que estabelecem o plano-referência de assistência à saúde (plano básico) e a possibilidade de definição contratual de outras coberturas.

5. Quanto à invocação do diploma consumerista pela autora desde a exordial, é de se observar que as técnicas de interpretação do Código de Defesa do Consumidor devem reverência ao princípio da especialidade e ao disposto no art. 4º daquele diploma, que orienta, por imposição do próprio Código, que todas as suas disposições estejam voltadas teleologicamente e finalisticamente para a consecução da harmonia e do equilíbrio nas relações entre consumidores e fornecedores.

6. O rol da ANS é solução concebida pelo legislador para harmonização da relação contratual, elaborado de acordo com aferição de segurança, efetividade e impacto econômico. A uníssona doutrina especializada alerta para a necessidade de não se inviabilizar a saúde suplementar. A disciplina contratual exige uma adequada divisão de ônus e benefícios dos sujeitos como parte de uma mesma comunidade de interesses, objetivos e padrões. Isso tem de ser observado tanto em relação à transferência e distribuição adequada dos riscos quanto à identificação de deveres específicos do fornecedor para assegurar a sustentabilidade, gerindo custos de forma racional e prudente.

7. No caso, a operadora do plano de saúde está amparada pela excludente de responsabilidade civil do exercício regular de direito, consoante disposto no art. 188, I, do CC. É incontroverso, constante da própria causa de pedir, que a ré ofereceu prontamente o procedimento de vertebroplastia, inserido do rol da ANS, não havendo falar em condenação por danos morais.

8. Recurso especial não provido. (REsp 1733013/PR, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 10/12/2019, DJe 20/02/2020)

5.7.3. Considerando que a sessão de julgamento dos Embargos de Divergência nos EREsp nº 1886929/SP e EREsp nº 1889704/SP está pautada para a data de hoje (23.02.2021) às 13:00, julgamos que, previamente à abertura do pregão a questão estará definida. Portanto, a limitação dos procedimentos não expressamente mencionados na avença ao rol da ANS dependerá da solução do dissídio jurisprudencial.

5.8. “Item 3.1.9.7 do termo de referência: Escleroterapia, 12 sessões a cada período de doze meses, não cumulativas na renovação contratual contrato sem cobertura pelo rol se houver conforme (sic)

PERGUNTA 24: Cumpre esclarecer que a cobertura mencionada não faz parte do rol de coberturas obrigatória com base no Rol da ANS. Desta forma a cobertura será extracontratual de acordo com as condições gerais da Contratada. Item 3.1.9.8 do termo de referência: Terapia oncológica oral em nível ambulatorial;

RESPOSTA: Cumpre esclarecer que a cobertura mencionada não faz parte do rol de coberturas obrigatória com base no Rol da ANS. Desta forma a cobertura será extracontratual de acordo com as condições gerais da Contratada.”

5.8.1. A cobertura está expressamente fixada no ajuste (12 sessões a cada período de doze meses, não cumulativas na renovação contratual), de modo que o procedimento deverá ser oferecido pela licitante vencedora

PERGUNTA 25: Favor ratificar o entendimento de o item supracitado está subordinada as regras de atendimento estabelecidas nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial a RN 465/2021 e suas atualizações.

RESPOSTA: 5.9.1. Remete-se à resposta da Pergunta 23.

5.10. “item 3.1.9.10 do Termo de Referência: Transplante de órgãos cobertos pela Resolução Normativa ANS 428/2017.

PERGUNTA 26: Favor ratificar o entendimento de o item supracitado está subordinado aos Termos do Rol da ANS. Item 3.1.9.12 do termo de referência: Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais

RESPOSTA: 5.11.1. Remete-se à resposta da Pergunta 23.

5.11. “Item 3.1.9.12 do termo de referência: Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais

PERGUNTA 27: Favor ratificar o entendimento de o item supracitado está subordinada as regras de atendimento estabelecidas nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial a RN 465/2021 e suas atualizações. Item 3.1.9.17.3 do termo de referência:

Tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitado pelo médico assistente.

RESPOSTA: Remete-se à resposta da Pergunta 23.

Termo de Referência: 3.2.1.3- Agregados – são considerados dependentes especiais os(as) filhos(as) e ou enteados(as) dos beneficiários-titulares do item 4.1.1, I, II e III, se solteiros(as), com ou sem economia própria, não contemplados no item 4.1.2, III e VI, até 39 anos;

PERGUNTA 28: Favor ratificar o entendimento de o item supracitado está subordinada as regras de atendimento estabelecidas nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial a RN 465/2021 e das Diretrizes de Utilização (DUT) aplicáveis anexo II e suas atualizações. Item 3.1.9.19 alínea “a” a “h” do termo de referência: Atendimento hospitalar em todas as modalidades de internação inclusive com obstetrícia: atendimento em unidade hospitalar, previstos na legislação e no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, com livre escolha e direito a reembolso limitado ao valor da tabela da operadora, observadas as seguintes coberturas, dentre outras:

RESPOSTA:

Sim. De acordo com o subitem 3.1.9.19 alíneas a a h, c/c o subitem 4.2.1., todos constantes do Termo de Referência, os procedimentos odontológicos necessários quando dos atendimentos nos planos ambulatorial, hospitalar e hospitalar com obstetrícia, estariam cobertos pelo plano de saúde

PERGUNTA 29: Favor ratificar o entendimento de que as alíneas “a” a “h” estão subordinados as regras de atendimento estabelecidas nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial a RN 465/2021 e suas atualizações. Item 3.2 item II do termo de referência: servidores ocupantes de cargo em comissão ou função de confiança, com ou sem vínculo, não integrantes do quadro de pessoal permanente da Justiça Eleitoral da Bahia;

RESPOSTA

Tendo em vista a afirmação da signatária no sentido de que, da análise do item 3 do TR, o plano a ser contratado tem a cobertura mais ampla possível (plano-referência[2]), e considerando que o item 4.2.1, alínea “I”, do TR exclui os procedimentos odontológicos, parece-nos, salvo melhor juízo, que os serviços abrangem as segmentações ambulatorial e hospitalar com obstetrícia[3].

PERGUNTA 30: Gentileza informar como será a comprovação do vínculo destes servidores, e como será realizado a comprovação dos funcionários sem vínculos.

RESPOSTA: Entendemos que tanto a comprovação do vínculo dos servidores com o Tribunal, quanto a comprovação dos funcionários sem vínculos, poderá ser feita mediante o fornecimento de certidão emitida pelo Tribunal.

PERGUNTA 31: Favor ratificar o entendimento de que A operadora de saúde analisará a solicitação de atenção domiciliar do médico assistente por meio de avaliação in loco do prestador contratado na nossa rede e fará autorização do plano de atendimento domiciliar mediante pertinência técnica e instrumentos de avaliação validados na literatura médica e conforme RDC 11 Item 3.1.10 e 3.1.10.1 do termo de referência: 3.1.10 Plano Básico 3.1.10.1 Contempla os mesmos serviços abrangidos pelo Plano Superior, exceto a acomodação que será em enfermaria de, no máximo, 3 (três) leitos.

RESPOSTA: Pautado no item 3.1.9.13 do TR – “A Operadora deverá obedecer às exigências previstas nos normativos da ANVISA e no art. 12, II, c, d, e e g, da Lei 9.656/1998. O Home-care no formato de assistência domiciliar, deverá ser ofertado de acordo com a indicação do médico assistente e os critérios técnicos”. Assim, a Operadora não analisará a solicitação do médico assistente e deverá cumprir a recomendação.

PERGUNTA 32: Favor informar se a rede ofertada deverá ser a mesma para todos os planos. Caso negativo, favor discriminar a rede exigida em cada plano. Item 3.4.1 do termo de referência: Todos os tratamentos, internações, atendimentos, procedimentos, fornecimento de medicamentos não previstos em Contrato e obtidos através de ação judicial, não terão ingerência, gestão, administração ou intermediação do TRE-BA.

RESPOSTA: Segundo o TR, a rede ofertada é a mesma. A diferença entre os planos reside na modalidade de acomodação.

PERGUNTA 33: Favor informar se há registros ativos de ações judiciais, caso positivo, gentileza disponibilizar os teores, no que se refere aos tratamentos que deverão ser continuados. Item 7.21 do termo de referência: Manter a rede de atendimento credenciada em número igual ou superior ao apresentado no ato da habilitação e contratação, e, caso haja descredenciamento de qualquer serviço, credenciar outro de mesmo porte e com a mesma capacidade técnica, abrangência e número de leitos.

RESPOSTA: Como atualmente não mantemos qualquer contrato de prestação de serviço de saúde, este Tribunal não dispõe de qualquer informação a respeito.

PERGUNTA 34: Favor ratificar o entendimento de que o item supracitado está subordinado as regras de atendimento estabelecidas nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial a RN 365/2014 e Instrução Normativa 46 Item 3.2.1.3 do termo de referência: Agregados – são considerados dependentes especiais os(as) filhos(as) e ou enteados(as) dos beneficiários-titulares do item 4.1.1, I, II e III, se solteiros(as), com ou sem economia própria, não contemplados no item 4.1.2, III e VI, até 39 anos.

RESPOSTA: Consoante registrado no TR item 7.28: Demais obrigações previstas em normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

PERGUNTA 35: Cumpre esclarecer que os itens destacados 4.1.2, III e VI não refere-se ao assunto em questão. Desta forma, gentileza informar os itens corretos. Item 3.2.1.3 do termo de referência:

Agregados – são considerados dependentes especiais os(as) filhos(as) e ou enteados(as) dos beneficiários-titulares do item 4.1.1, I, II e III, se solteiros(as), com ou sem economia própria, não contemplados no item 4.1.2, III e VI, até 39 anos.

RESPOSTA: Agregados – são considerados dependentes especiais os(as) filhos(as) e/ou enteados(as) dos beneficiários-titulares do item 3.2.1.1, I, II e III, se solteiros(as), com ou sem economia própria, não contemplados no item 3.2.1.2 III e VI, até 39 anos.

PERGUNTA 36: Favor ratificar o entendimento que os maiores de 24 (vinte e quatro) anos passarão a ser agregados. Item 9.2.1 do termo de referência: Apresentação da nota fiscal/fatura discriminativa da execução do objeto contratado

RESPOSTA:

5.13.1. Passarão à condição de agregados, além dos maiores de 24 (vinte e quatro) anos, os filhos ou enteados dos beneficiários relacionados no item 3.2.1.1, I, II e III, a partir de 21 (vinte e um) anos, caso não se enquadrem na condição de estudantes.

PERGUNTA 37: As companhias seguradoras, por sua natureza, emitem apólice/fatura de seguro, ao invés de nota fiscal. Nesse sentido, a Seguros Unimed poderá substituir a apresentação da nota fiscal pela apólice/fatura de seguro? Item 9.8 do termo de referência: A fatura referente à coparticipação deverá contemplar as hipóteses fixadas neste Termo de Referência, em cada mês, e deverá ser apresentada até o dia 20 (vinte). Os eventuais saldos deverão ser incluídos na fatura imediatamente seguinte. Deverá acompanhar a fatura o extrato da utilização dos serviços discriminando o código do usuário e o profissional credenciado

RESPOSTA: De acordo com o Código Tributário do Município de Salvador, disponível em [tps://www.sefaz.salvador.ba.gov.br/documento/obterarquivo/131](https://www.sefaz.salvador.ba.gov.br/documento/obterarquivo/131), e lista de serviços anexa ao mencionado código, disponível em <https://www.sefaz.salvador.ba.gov.br/Documento/ObterArquivo/1904>, a contratação de prestação de serviço continuado de assistência à saúde através de plano de saúde, s.m.j., está enquadrado no item 4.23 da lista de serviços e, conforme art. 92, deve ser comprovado pela respectiva nota fiscal. Por outro lado, o Decreto do Município de Salvador nº 18.019, de 30 de novembro de 2007, disponível em [tps://www.sefaz.salvador.ba.gov.br/Documento/ObterArquivo/862](https://www.sefaz.salvador.ba.gov.br/Documento/ObterArquivo/862), em seu art. 1º, § 1º, dispõe que “A prestação de serviços tributáveis será comprovada mediante a emissão obrigatória de um dos documentos fiscais referidos nos incisos I a VI do art. 2º, ou outra forma que venha a ser autorizada pela Secretaria Municipal da Fazenda (SEFAZ),...”, portanto, caso a empresa vencedora do certame não comprove que está legalmente dispensada pelos órgãos fazendários de apresentar nota fiscal, a apresentação da nota fiscal será obrigatória.

PERGUNTA 38: Considerando a obrigação de sigilo que as operadoras/seguradoras devem se atentar, por força da RN Nº 389/2015, podemos entender que os relatórios serão fornecidos garantindo o sigilo médico exigido pela ANS, bem como a Lei Geral de Proteção de Dados?

Sim. A unidade responsável pelo acompanhamento da situação em tela vai privilegiar o sigilo das informações.

PERGUNTA 39: Favor ratificar o nosso entendimento de que o Órgão solicita: - Cobertura Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia; - O seguinte desenho de coparticipação, quando aplicável, revertida para a licitante vencedora, em:

i. Cobertura Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia;

Resposta: Cobertura médico-hospitalar e ambulatorial, nos termos do item 3.1 do TR;

ii. O seguinte desenho de coparticipação, quando aplicável, revertida para a licitante vencedora, em:

a) Consultas eletivas: 30%

Resposta: correto, conforme item 3.1.7 do TR;

b) Internações Hospitalares: Sem coparticipação

Resposta: correto, conforme item 3.1.8 do TR;

c) Tratamento de todos os transtornos psiquiátricos: 30%, aplicado quando ultrapassados 30 (trinta)

dias de internação

Resposta: O custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação, por ano de Contrato

não cumulativos, conforme Item 3.1.9.19

d) Fisioterapia: 30%, a partir da 61ª sessão

Resposta: Fisioterapia, sem limites de sessões, com aplicação de coparticipação de 30% do valor estabelecido conforme a tabela da licitante vencedora, a partir da 61ª sessão, conforme Item 3.1.9.19 (a.11.10);

e) Hospital Psiquiátrico ou Unidade/Enfermaria Psiquiátrica em Hospital Geral: 30 dias – sem coparticipação. Caso esse prazo seja ultrapassado deverá ser aplicada coparticipação de 30% do valor definido pela Contratada Item 3.1.10.3 do termo de referência: A opção do titular por um dos planos obriga os dependentes econômicos e especiais a fazerem a mesma opção, não se aplicando esta regra aos integrantes do grupo inicial.

Resposta: O custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação, por ano de Contrato não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise. Caso esse prazo seja ultrapassado deverá ser aplicada coparticipação de 30% do valor definido pela Contratada; Item 3.1.10.3 do termo de referência: A opção do titular por um dos planos obriga os dependentes econômicos e especiais a fazerem a mesma opção, não se aplicando esta regra aos integrantes do grupo inicial.

Resposta: correto

PERGUNTA 40: Favor ratificar o nosso entendimento de que titulares, dependentes e agregados irão permanecer no mesmo plano desde a implantação e durante a vigência contratual.

Resposta: Nesse ponto cumpre esclarecer que a obrigação de permanência não se aplica aos integrantes do grupo inicial, quais sejam beneficiários titulares e dependentes usuários da contratação originária.

O Item 3.1.10.3 se refere à obrigação de os dependentes econômicos e especiais seguirem a mesma opção por um dos planos realizada pelos titulares.

PERGUNTA 41: Favor ratificar o nosso entendimento de que o grupo de titulares estão em conformidade com o artigo 5º da RN279 e que os dependentes/agregados possuem vínculo com o beneficiário titular.

Resposta: Consoante registrado no TR item 7.28: Demais obrigações previstas em normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

PERGUNTA 42: Favor ratificar o nosso entendimento de que: - O contrato poderá ser cancelado a qualquer momento pelo Órgão ou Licitante Vencedora; - Os valores dos prêmios não poderão ser reajustados em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as exceções abaixo: a. Mudança de faixa etária (contrato com cobrança de prêmios por faixa etária); b. Migração de plano; ou c. Ampliação das coberturas do Seguro. d. Adesão ao benefício de demitidos e aposentados.

RESPOSTA:.

” 5.14.1. Não procede a afirmação da empresa quanto ao cancelamento do contrato a qualquer momento. Tratando-se de contrato administrativo, o seu encerramento antes do termo final avençado dependerá da caracterização de alguma das situações elencadas nos artigos 78 e 79 da Lei nº 8.666/93, devidamente motivadas, assegurado o contraditório e a ampla defesa. Consoante prescreve a Cláusula Décima Primeira do Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA –DA RESCISÃO CONTRATUAL

1. A inexecução total ou parcial do Contrato enseja a sua rescisão, conforme disposto nos artigos 77 a 80 da Lei 8.666/93, sem prejuízo da aplicação das penalidades aqui estabelecidas.

2. Os casos de rescisão contratual serão formalmente motivados nos autos do processo, assegurados o contraditório e a ampla defesa. 5.14.1.1. O dispositivo acima transcrito atende, ainda, o artigo 17 da Resolução Normativa nº 195/2009 da ANS, que delega ao contrato celebrado entre as partes a definição das condições de rescisão ou de suspensão da cobertura[10].

5.14.1.2. Convém ressaltar que, caso a Operadora proceda à suspensão ou à rescisão do plano de saúde fora das hipóteses admitidas em contrato, estará sujeita à aplicação de penalidade de multa, conforme prevê o art. 31 da Resolução Normativa nº 195/2009:

Art. 31. A Resolução Normativa nº 124, de 30 de março de 2006, passa a vigorar acrescida dos seguintes artigos:

"Suspensão ou Rescisão Unilateral de Contrato Coletivo

Art. 82-A Suspender ou rescindir o contrato coletivo em desacordo com a regulamentação: Sanção - multa de R\$ 80.000,00"

5.14.2. De referência ao reajuste, a Resolução Normativa nº 195/2009 da ANS consigna que:

Art. 19. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a doze meses, ressalvado o disposto no caput do art. 22 desta RN.

§ 1º Para fins do disposto no caput, considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato.

§ 2º Em planos operados por autogestão, quando a contribuição do beneficiário for calculada sobre a remuneração, não se considera reajuste o aumento decorrente exclusivamente do aumento da remuneração.

§ 3º Em planos operados por autogestão, patrocinados por entes da administração pública direta ou indireta, não se considera reajuste o aumento que decorra exclusivamente da elevação da participação financeira do patrocinador.

§ 4º Não se considera reajuste a variação da contraprestação pecuniária em plano com preço pós estabelecido.

Art. 20. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano de um determinado contrato, inclusive na forma de contratação prevista no inciso III do art. 23 desta RN.

Art. 21. Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e os a ele já vinculados, inclusive na forma de contratação prevista no inciso III do art. 23 desta RN.

Art. 22. O disposto nesta seção não se aplica às variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação de contrato à Lei nº 9.656, de 1998. (grifamos).

5.14.2.1. Depreende-se da interpretação dos dispositivos acima reproduzidos que as hipóteses de reajustamento do contrato em período inferior a 12 (doze) meses são excepcionais e, como tal, devem ser interpretadas restritivamente. Dessa forma, apenas na ocorrência de mudança de faixa etária e de migração de plano admite-se a variação positiva da contraprestação[11].

5.14.2.2. Compete registrar que a “adesão ao benefício de demitidos e aposentados”, considerada como a opção dos beneficiários à manutenção no plano, consoante artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, é regulamentada pela Resolução Normativa nº 279/2011 da ANS, que garante o respeito às mesmas condições de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador existentes durante a vigência do contrato de trabalho:

Art. 16. A manutenção da condição de beneficiário no mesmo plano privado de assistência à saúde em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria observará as mesmas condições de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador existentes durante a vigência do contrato de trabalho.

§ 1º O valor da contraprestação pecuniária a ser paga pelo ex-empregado deverá corresponder ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária de que trata o caput do artigo 15 desta Resolução, com as devidas atualizações.

§ 2º É permitido ao empregador subsidiar o plano de que trata o caput ou promover a participação dos empregados ativos no seu financiamento, devendo o valor correspondente ser explicitado aos beneficiários. (realçamos).

5.14.2.3. Portanto, a ampliação das coberturas do seguro e a adesão ao benefício de demitidos e aposentados não autorizam a majoração do prêmio antes da data de aniversário do contrato.

5.15 “3. De acordo com o item 7.6 do Termo de Referência ao Edital, é vedada a subcontratação do objeto do contrato. Podemos entender que não será considerada como subcontratação do objeto, a disponibilização aos

beneficiários de rede de atendimento credenciada à contratada para a prestação dos serviços de assistência à saúde, correto?”

5.15.1. Sim. A essência do serviço da Operadora de Plano de Saúde é essa (não se exige que o objeto seja executado exclusivamente através de rede própria). Nesse sentido, estabelece o item 3.1.9.1 do TR que:

3.1.9.1 A operadora deverá proporcionar atendimento através de rede própria, credenciada, referenciada ou mediante convênios (ou outro instrumento afim) ou de livre escolha com outras operadoras, de abrangência nacional. A Operadora deverá manter credenciamento com pelo menos um hospital geral com atendimento em caráter eletivo e de urgência ou emergência, centro cirúrgico, UTI geral e unidade coronariana em cada capital dos Estados da Federação e no Distrito Federal (exceto na cidade de Salvador/BA, que observará as regras do item 3.1.9.2). Assim como, credenciamento com maternidade com UTI neonatal, médicos credenciados em cada uma das especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina(CFM) e com laboratórios e/ou clínicas para a realização de exames complementares.

PERGUNTA 43: Favor ratificar o nosso entendimento de que, Além dos aumentos previstos quando aplicáveis, visando manter o equilíbrio econômico do Contrato, os prêmios deste Seguro serão reajustados no final de cada vigência anual do Contrato, onde: a) Se a sinistralidade apurada no período de avaliação estiver abaixo do Break Even de 75%: será aplicado o Reajuste Financeiro.

b) Se a sinistralidade apurada no período de avaliação estiver acima do Break Even de 75%: serão aplicados o Reajuste Financeiro e o Reajuste por Sinistralidade.

RESPOSTA : contratada fará jus à integralidade dos seus efeitos financeiros desde que venha requerer o reajuste até o término da vigência contratual ou, se houver, até a data da prorrogação contratual.

Os valores contratados poderão, ainda, ser revisados anualmente, por acordo entre as partes, após decorridos 12(doze) primeiros meses de vigência contratual, desde que a sinistralidade apurada para o referido período seja superior a 75% (setenta e cinco por centos).

Por oportuno, registra-se que, no caso de solicitação deferida de alteração de valores contratados, fundamentada nas aplicações dos índices de reajuste (Índice de Preços ao Consumidor Ampliado, ou por outro índice que venha a substituí-lo, observadas as disposições do art. 5º do Decreto 1.054/1994 e demais normas legais aplicáveis, desde que observada a compatibilidade dos preços finais com aqueles praticados no mercado) e revisão (Revisão por Sinistralidade), deverá ser deduzido do percentual da sinistralidade aquele concedido para fins de reajuste.

PERGUNTA 44: O Reajuste Financeiro corresponde à variação dos custos dos serviços médicos, dos serviços hospitalares, dos preços dos insumos utilizados na prestação desses mesmos serviços e dos custos administrativos (VCMH), com base em cálculos atuariais da Seguradora. O Reajuste por Sinistralidade corresponde ao percentual de reajuste identificado pela Seguradora,

Considerando o resultado do contrato. O percentual que será aplicado será negociado entre as partes. Não procede em relação ao reajuste financeiro. O reajuste financeiro será realizado nos termos do item 8.4 do Termo de Referência, Anexo I do Edital, abaixo transcrito:

8.4 Os valores contratados poderão ser reajustados anualmente, por acordo entre as partes, após decorridos os 12 (doze) primeiros meses da data de apresentação da proposta, com base na variação do Índice de Preços ao Consumidor Ampliado (IPCA), ou por outro índice que venha a substituí-lo, observadas as disposições do art. 5º do Decreto 1.054/1994 e demais normas legais aplicáveis, desde que observada a compatibilidade dos preços finais com aqueles praticados no mercado.

Quanto ao reajuste por sinistralidade, de acordo com o Termo de Referência, itens 8.8, poderá haver revisão anual dos valores contratados, por acordo entre as partes, após decorridos os 12 (doze) primeiros meses de vigência contratual, desde que a sinistralidade apurada para o referido período seja superior a 75% (setenta e cinco por cento).

Sobre a sinistralidade, deve-se verificar ainda os itens 8.9 e 8.10 do Termo de Referência, Anexo I do Edital.

PERGUNTA 45: Favor ratificar o nosso entendimento de que, mediante a preservação do faturamento total do orçamento, a licitante vencedora poderá realizar a adequação nos valores por faixa etária conforme o produto apresentado e a RN 63 (publicada pela ANS em dezembro de 2003, determina, que o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18). A Resolução determina, também, que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas). CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA RESCISÃO CONTRATUAL: 1. A inexecução total ou parcial do Contrato enseja a sua rescisão, conforme disposto nos artigos 77 a 80 da Lei 8.666/93, sem prejuízo da aplicação das penalidades aqui estabelecidas. 2. Os casos de rescisão contratual serão formalmente motivados nos autos do processo, assegurados o contraditório e a ampla defesa

RESPOSTA: Ratificamos o entendimento.

PERGUNTA 46: Favor ratificar o nosso entendimento de que o contrato celebrado pode ser cancelado a qualquer momento, por ambas as partes.

RESPOSTA:

Remete à resposta da pergunta nº 42. O contrato poderá ser rescindido a critério da Administração Pública, conforme disposto nos artigos 77 a 80 da Lei n.º 8.666/93, não podendo ser cancelado a qualquer momento pela licitante vencedora.

Lúcio Roberto de Oliveira
PREGOEIRO