

Solicitação de esclarecimento - PE nº 006/2022

De : Vanessa Vieira da Silva
<vanessa.silva2@segurosunimed.com.br>

Ter, 08 de fev de 2022 14:50

 1 anexo

Assunto : Solicitação de esclarecimento - PE nº 006/2022

Para : lroliveira@tre-ba.jus.br

As imagens externas não são exibidas. [Exibir as imagens abaixo](#)

Prezada comissão, boa tarde!

A **UNIMED SEGUROS SAÚDE S.A**, com sede na Alameda Ministro Rocha Azevedo, nº 346, Bairro Cerqueira César, São Paulo, CEP 01410-901, inscrita no CNPJ sob o nº 04.487.255/0001-81, interessada em participar deste processo licitatório, vem à presença de V.Sas., solicitar *ESCLARECIMENTOS* sobre as disposições contidas no ato de convocação epigrafado, conforme anexo.

Peço a gentileza em confirmar o recebimento.

Qualquer dúvida, permanecemos à disposição.

Atenciosamente,
Vanessa Vieira da Silva
Área Técnica- Unidade de Licitações
Fone: 11-3265-9114
Cel: 11-98607-3099
vanessa.silva2@segurosunimed.com.br

 **Pedido de Esclarecimentos - TRE BA.pdf**
198 KB

Ao
Tribunal Regional Eleitoral – TRE BA
Pregão Eletrônico nº 06/2022
Processo nº 0000516-63.2022.6.05.8000

REF.: SOLICITAÇÃO DE PEDIDO DE ESCLARECIMENTOS

Objeto: A presente licitação tem por objeto a contratação de prestação de serviço continuado de assistência à saúde ou cobertura de custos assistenciais através de plano privado, com coparticipação de 30% conforme as especificações e condições estabelecidas no Anexo I do Edital – Termo de Referência.

A **UNIMED SEGUROS SAÚDE S.A.**, com sede na Alameda Ministro Rocha Azevedo, nº 346, Bairro Cerqueira César, São Paulo, CEP 01410-901, inscrita no CNPJ sob o nº 04.487.255/0001-81, interessada em participar deste processo licitatório, vem à presença de V.Sas., solicitar *ESCLARECIMENTOS* sobre as disposições contidas no ato de convocação epígrafado, conforme adiante se especifica:

PERGUNTA 01: Com relação a elaboração da proposta, o julgamento das propostas se dará pelo Valor total para 12 (doze) meses?

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.

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.

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.
- 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.
- 3) O grupo cotado refere-se a 100% do FGTS, categoria funcional ou localidade?
- 4) Existem gestantes? Quantas?
- 5) No grupo cotado constam aposentados por invalidez? Favor informar a quantidade e os respectivos CID's.
- 6) Existem afastados? Quantos? Favor informar a data do afastamento e encaminhar o CID juntamente com o relatório médico atualizado.
- 7) Existem casos de internados, casos crônicos, tratamento de câncer, diálise e/ou hemodiálise? Favor encaminhar o CID juntamente com o relatório médico atualizado.

- 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;
- 9) Qual é a empresa prestadora do serviço atualmente e os locais onde serão realizado o atendimento?
- 10) Detalhamento das idades acima de 59 anos.

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

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?

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

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

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.

PERGUNTA 10: Por favor ratificar o entendimento de 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?

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

PERGUNTA 12: Por favor informar se as condições do produto abaixo transcritas, serão aceitas pela 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;
- b. A continuidade do tratamento será por período determinado e embora possa ser prolongado, terá condição de futura alta;
- c. O paciente resida em uma área com infra-estrutura adequada para conduzir os cuidados e tratamentos conforme prescrição médica;
- d. Possua solicitação do Médico Assistente, responsável pelo paciente, constando claramente o pedido de Assistência Domiciliar, bem como, dos cuidados técnicos necessários;
- e. Que o paciente tenha um cuidador ou acompanhante responsável durante a prestação do serviço;
- f. Que seja permitido livre acesso de profissional especialmente designado pela SEGURADORA para visitação 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.

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.

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”.

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”.

Seguindo 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.

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.

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.

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

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.

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;

PERGUNTA 20: Cumpre esclarecer que atendimento para fins de cumprimento quanto a exigência supracitada, 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.

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.

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.

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: Esclero terapia, 12 sessões a cada período de doze meses, não cumulativas na renovação contratual contrato sem cobertura pelo rol se houver conforme

PERGUNTA 24: Cumprir 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;

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.

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

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

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:

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;

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

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.

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.

PERGUNTA 33: Favor informar se há registros ativos de ações judiciais, caso positivo, gentileza disponibilizar os tores, 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.

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.

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.

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

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

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?

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:
 - a) Consultas eletivas: 30%
 - b) Internações Hospitalares: Sem coparticipação
 - c) Tratamento de todos os transtornos psiquiátricos: 30%, aplicado quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação
 - d) Fisioterapia: 30%, a partir da 61ª sessão
 - 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.

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.

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.

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.

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.

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.


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

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

São Paulo, 08 de fevereiro de 2022.


Unimed Seguros Saúde S/A
CNPJ/MF 04.487.255/0001-81
Vanessa Vieira da Silva
Analista de Licitações
RG nº 39.735.717-5 SSP/SP
CPF: 413.656.508-98