

À

Companhia Imobiliária de Brasília
Pregão Eletrônico nº 04/2021
Processo nº 00111-00007409/ 2020-05

REF.: SOLICITAÇÃO DE PEDIDO DE ESCLARECIMENTOS

Objeto: Contratação de Operadora de Plano de Saúde ou Administradora de Benefícios com o intuito de oferecer plano de saúde aos empregados da TERRACAP, ativos e inativos, bem como a seus dependentes.

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 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.

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) Quais os itens que compõem o orçamento: materiais, medicamentos, equipamentos, profissionais (médico, enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionista, outros);
- 10) Qual é a empresa prestadora do serviço atualmente e os locais onde serão realizado o atendimento?

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 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 CFP:

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 10.1 do edital: A qualificação técnica será efetuada conforme Item 12 - Qualificação Técnica e Item - 05 Especificação das Estruturas e Serviços a Serem Fornecidos do Termo de Referência, anexo I do Edital, e dos Itens que se seguem.

PERGUNTA 13: Favor ratificar o entendimento de que a licitante deverá apresentar no momento da habilitação a relação de rede credenciada exigida no item 5 do termo de referência.

ANEXO II: Modelo de Credenciamento

PERGUNTA 14: Favor ratificar o entendimento de que não será necessário a apresentação do modelo em referência, tendo em vista que a licitante possui uma procuração com os mesmos poderes exigidos no anexo II.

ANEXO VIII: Capa de Documentação do Licitante

PERGUNTA 15: Favor ratificar o entendimento de que somente a licitante vencedora deverá apresentar tal anexo, no qual será composto na documentação física enviado ao órgão.

ANEXO XV: PEDIDO DE CREDENCIAMENTO

PERGUNTA 16: Favor ratificar o entendimento de que a licitante está desobrigada a apresentar tal documento, uma vez que o processo é eletrônico.

Item 5.1.3 E 5.1.5 do termo de referência: 80 (oitenta) estabelecimentos (hospitais, clínicas, centros médicos) credenciados ou próprios, em outras localidades, além da prevista no item 4.1.8;
45 (quarenta e cinco) laboratórios de exames complementares em âmbito nacional, além dosmencionados no item 4.1.5

PERGUNTA 17: Considerando não há a previsão dos itens 4.1.8 e 4.1.5 no processo licitatório, gentileza explicar detalhadamente o item em questão.

Item 2.1 do termo de referência: Contratação de Operadora de Plano de Saúde ou Administradora de Benefícios, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para a prestação de serviços de Assistência Médica e Hospitalar, fornecimento de plano de saúde, na modalidade Coletiva Empresarial por adesão com abrangência Regional (Distrito Federal) e Nacional, conforme condições e especificações constantes neste Edital e seus anexos.

PERGUNTA 18: Primeiramente cumpre esclarecer que conforme prevê o artigo 2º, inciso II e III da Resolução Normativa 195/2009, Para fins de contratação, os planos privados de assistência à saúde classificam-se em coletivo empresarial ou coletivo por adesão. Desta forma, gentileza informar se a contratação será coletivo empresarial com adesão facultativa ou se será coletivo por adesão.

Item 3.2 do termo de referência: Total estimado, em 2.247 (dois mil duzentos e quarenta e sete) usuários atuais do plano de saúde, incluindo 449 (quatrocentos e quarenta e nove) empregados inativos e seus dependentes, distribuído conforme a tabela 1.

PERGUNTA 19: Com relação aos inativos, gentileza informar o vínculo desses beneficiários.

Item 3.2 do termo de referência: Total estimado, em 2.247 (dois mil duzentos e quarenta e sete) usuários atuais do plano de saúde, incluindo 449 (quatrocentos e quarenta e nove) empregados inativos e seus dependentes, distribuído conforme a tabela 1.

PERGUNTA 20: Favor ratificar o entendimento de que a elegibilidade dos inativos e dependentes estão subordinadas as regras de atendimento estabelecidas nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial a RN 195/2009.

Item 4.5 do termo de referência: Os dependentes legais do empregado (ativo ou inativo) que vier a falecer terão direito a permanência no plano de saúde nas mesmas condições de cobertura assistencial, nos termos do artigo 8º da Resolução Normativa – RN 279 da ANS e do parágrafo 3º do artigo 30 da lei 9.665/98, ou outras que vierem a substituí-las. Nos primeiros 12 (doze) meses, a contar da data do óbito, a cobertura será garantida pela CONTRATANTE, sem ônus para os dependentes, custeado pela CONTRATANTE. Passado este período, os dependentes podem manter sua condição de beneficiário, desde que assumam o seu pagamento integral.

PERGUNTA 21: Cumpre esclarecer que as disposições acima somente se aplicam se houver contribuição do segurado para o custeio do prêmio. Considerando o exposto, gentileza ratificar o entendimento de que o plano será contributivo e informar o percentual de contribuição dos beneficiários no pagamento do plano.

Item 4.7.10 do termo de referência: Remoção justificada pelo médico assistente (deslocamento de paciente enquanto estiver internado);

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 347/2014.

Item 5.2 do termo de referência: O plano disponibilizado pela operadora deverá ser reconhecido e aceito pela rede credenciada apresentada para a prestação de serviços constantes deste projeto, na etapa de habilitação e durante a vigência do contrato. Não serão aceitas adaptações de plano para atendimento ao presente projeto;

PERGUNTA 23: Gentileza explicar detalhadamente o que refere-se a citação “não serão aceitas adaptações de plano para atendimento ao presente projeto”.

Item 5.2 do termo de referência: O plano disponibilizado pela operadora deverá ser reconhecido e aceito pela rede credenciada apresentada para a prestação de serviços constantes deste projeto, na etapa de habilitação e durante a vigência do contrato. Não serão aceitas adaptações de plano para atendimento ao presente projeto;

PERGUNTA 24: 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 6 do termo de referência: 6.1. A CONTRATADA, para prestação da assistência à saúde, deverá encaminhar relatórios e extratos sobre a utilização do plano, conforme descrição a seguir:

6.1.1. Ao Executor do contrato, trimestralmente, relatórios de sinistralidade, visando acompanhamento e a realização de campanhas preventivas/educativas;

6.1.2. Ao Médico do Trabalho da TERRACAP, relatório detalhado de utilização por titular, contendo o nome do usuário, a data de utilização, a especialidade, o procedimento e o valor de tabela do evento, quando solicitado;

6.1.3. Para o beneficiário titular, por solicitação, via correspondência ou por meio eletrônico, extrato detalhado de utilização por titular contendo o nome do usuário, a data de utilização, o local de atendimento, a especialidade, o procedimento e o valor de tabela do evento.

6.2. A TERRACAP poderá solicitar o envio de relatórios detalhados e ainda outras informações que julgar necessárias ao acompanhamento da execução do contrato. Tais relatórios poderão ser auditados (por equipe médica e atuarial) visando à comprovação dos valores e procedimentos alegados pela CONTRATADA. A falta de apresentação dos relatórios acarretará as penalidades previstas em contrato, incluindo a ausência de aplicação do reajuste técnico ou por sinistralidade previsto no item 11;

PERGUNTA 25: 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 garantidos o sigilo médico exigido pela ANS, bem como a Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD, no qual a CONTRATANTE estará de acordo com a assinatura do termo de confidencialidade.

Item 7 do termo de referência: 7.1. Após o encerramento da fase de lances, a licitante melhor classificada, obedecendo aos prazos definidos na LEI nº 10.520/2002, deverá apresentar os seguintes documentos, como condição imprescindível para a assinatura do contrato:

- 7.1.1. Rede credenciada de atendimento para o plano apresentado, compatível com os termos deste Termo de Referência;
- 7.1.2. Manual do usuário;
- 7.2. Iniciar a prestação de serviços a partir de 0h da data de vigência do contrato;
- 7.3. Efetuar reembolso ao titular ou seus dependentes, no prazo máximo de 30 (trinta) dias da solicitação, conforme previsto no inciso VI, art. 12, da lei 9.656/98;
- 7.4. Entregar, no prazo máximo de 15 (quinze) dias, segunda via de carteira do beneficiário, sempre quando for solicitado pelo beneficiário;
- 7.5. Garantir atendimento eletivo de consultas e exames complementares nos prazos máximos conforme a Tabela 2. Caso não haja na rede credenciada profissional e/ou estabelecimento para o devido atendimento é facultado ao usuário procurar atendimento fora da rede credenciada, sendo a CONTRATADA obrigada a reembolsar o usuário ou os seus dependentes até os limites estabelecidos no subitem 5.1.9, no prazo máximo de 30(trinta)dias;

PERGUNTA 26: Favor informar se o manual previsto no item é o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS ou o Guia de Leitura Contratual – GLC?

Item 7.9 do termo de referência: Não haverá carência em até 30 (trinta) dias do evento: nascimento, casamento, ingresso de dependente com até 24 anos na universidade e dependente participante de outro plano de saúde, desde que devidamente comprovado;

PERGUNTA 27: Gentileza informar se o dependente com até 24 anos, universitário e com plano anterior vigente, não será permitido a aplicação de carência.

Item 4.5 do termo de referência: Os dependentes legais do empregado (avo ou inativo) que vier a falecer terão direito a permanência no plano de saúde nas mesmas condições de cobertura assistencial, nos termos do artigo 8º da Resolução Normativa – RN 279 da ANS e do parágrafo 3º do artigo 30 da lei 9.656/98, ou outras que vierem a substituí-las. Nos primeiros 12 (doze) meses, a contar da data do óbito, a cobertura será garantida pela CONTRATANTE, sem ônus para os dependentes, custeado pela CONTRATANTE. Passado este período, os dependentes podem manter sua condição de beneficiário, desde que assumam o seu pagamento integral.

PERGUNTA 28: Primeiramente, cumpre esclarecer que por óbvio que, sendo a saúde suplementar atividade econômica extremamente regulada no país, o instrumento convocatório deve obedecer, não apenas as normas de licitação previstas nas Leis Federais 13.303/2016 e 10.520/2002, mas também a todo o arcabouço normativo que regula e fiscaliza o setor, previsto na Lei Federal 9.656/98 e nos atos normativos da ANS. Tanto é verdade que, o próprio ente licitante faz expressa menção às normas regulamentares da ANS como parte integrante da disciplina dos serviços objeto do presente certame.

No que diz a respeito à exigência citada “Nos primeiros 12 (doze) meses, a contar da data do óbito, a cobertura será garantida pela CONTRATANTE, sem ônus para os dependentes, custeado

pela CONTRATANTE” a exigência descrita fere totalmente ao disposto no artigo 30 da Lei Federal 9.656/98, uma vez que o artigo em referência está claro de que é assegurado o direito de manter a sua condição como beneficiário, desde que assuma o seu pagamento integral. Ante o exposto e considerando que a licitante segue todas as exigências contidas nos atos normativos da ANS, favor ratificar o entendimento de que o item supracitado deverá ser alterado.

Item 4.5 do termo de referência: Os dependentes legais do empregado (avo ou inativo) que vier a falecer terão direito a permanência no plano de saúde nas mesmas condições de cobertura assistencial, nos termos do artigo 8º da Resolução Normativa – RN 279 da ANS e do parágrafo 3º do artigo 30 da lei 9.6656/98, ou outras que vierem a substituí-las. Nos primeiros 12 (doze) meses, a contar da data do óbito, a cobertura será garantida pela CONTRATANTE, sem ônus para os dependentes, custeado pela CONTRATANTE. Passado este período, os dependentes podem manter sua condição de beneficiário, desde que assuma o seu pagamento integral.

PERGUNTA 29: Primeiramente, cumpre esclarecer que por óbvio que, sendo a saúde suplementar atividade econômica extremamente regulada no país, o instrumento convocatório deve obedecer, não apenas as normas de licitação previstas nas Leis Federais 13.303/2016 e 10.520/2002, mas também a todo o arcabouço normativo que regula e fiscaliza o setor, previsto na Lei Federal 9.656/98 e nos atos normativos da ANS. Tanto é verdade que, o próprio ente licitante faz expressa menção às normas regulamentares da ANS como parte integrante da disciplina dos serviços objeto do presente certame.

No que diz a respeito à exigência citada **“Passado este período, os dependentes podem manter sua condição de beneficiário, desde que assuma o seu pagamento integral.”** a exigência descrita fere totalmente ao disposto no artigo 30 § 1º da Lei Federal 9.656/98, tendo em vista que o período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o caput será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses. Ante o exposto e considerando que a licitante segue todas as exigências contidas nos atos normativos da ANS, favor ratificar o entendimento de que o período será considerado conforme prevê a Legislação.

Item 7.1.2 do termo de referência: Manual do usuário.

PERGUNTA 30: 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 cumpriremos os itens supracitados através do nosso site e/ou app, onde constará a rede atualizada. Estão cientes e de acordo?

Item 2.1 do termo de referência: Contratação de Operadora de Plano de Saúde ou Administradora de Benefícios, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para a prestação de serviços de Assistência Médica e Hospitalar, fornecimento de plano de saúde, na

modalidade Coletiva Empresarial por adesão com abrangência Regional (Distrito Federal) e Nacional, conforme condições e especificações constantes neste Edital e seus anexos.

PERGUNTA 31: Com intuito de ampliar a competitividade e isonômico do processo em epígrafe e considerando que a apresentação de plano nacional não irá interferir no bom andamento do processo, desta forma, favor ratificar o entendimento de que a licitante poderá apresentar plano registrado a nível nacional no qual possui abrangência no Distrito Federal.

PERGUNTA 32: Considerando que no instrumento convocatório não versa sobre cobrança de juros e multa em caso de atraso, por gentileza ratificar o entendimento de que a contratada poderá considerar 2% de multa e 1% de juros ao mês no instrumento contratual.

Item 6.1.1 do termo de referência: Ao Executor do contrato, trimestralmente, relatórios de sinistralidade, visando acompanhamento e a realização de campanhas preventivas/educativas;

PERGUNTA 33: Cumprir esclarecer que o primeiro relatório de sinistralidade será fornecido a Contratante após o quarto mês de contrato ativo, tendo em vista que o relatório será apresentado os três meses completos.

Item 7.5 do termo de referência: Garantir atendimento eletivo de consultas e exames complementares nos prazos máximos conforme a Tabela 2. Caso não haja na rede credenciada profissional e/ou estabelecimento para o devido atendimento é facultado ao usuário procurar atendimento fora da rede credenciada, sendo a CONTRATADA obrigada a reembolsar o usuário ou os seus dependentes até os limites estabelecidos no subitem 5.1.9, no prazo máximo de 30(trinta)dias;

PERGUNTA 34: Considerando não há a previsão do Subitem 5.1.9 no processo licitatório, gentileza explicar detalhadamente o item em questão.

Item 16.9 do termo de referência: Manter permanentemente, central de atendimento especializada 24 horas com vistas a fornecer informações, atualizações e esclarecimentos sobre o plano aos associados e interessados, bem como autorizar procedimentos que necessitem de tal providência. Disponibilizar ainda, central de atendimento especializado no DF para atendimento presencial ou online, em caso de impossibilidade daquele, em dias úteis e horário comercial.

PERGUNTA 35: Cumprir esclarecer que a licitante dispõe uma central de atendimento funciona 24 (vinte e quatro) horas por dia, e 7 (sete) dias por semana, com 0800 gratuito, no qual fica localizada em São Paulo. Estão cientes e de acordo?

Item 4.7 do termo de referência: Serviços complementares de diagnóstico e de tratamento, que deverão abranger todas as especialidades previstas no rol de procedimentos da ANS, inclusive

PERGUNTA 36: 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 conformidade ao ROL e as Diretrizes de Utilização (DUT).

Item 4.7.5 do termo de referência: Escleroterapia, conforme a ANS

PERGUNTA 37: Considerando que não há cobertura de escleroterapia no Rol da ANS, favor ratificar o entendimento de que a cobertura será conforme as condições gerais da operadora.

Item 7.5 do termo do edital: A(s) empresa(s) arrematantes(s) deverá(ão) apresentar todos os documentos exigidos para a habilitação da seguinte forma: No prazo de 24h (vinte e quatro) horas enviar para o e-mail (cplic@terracap.df.gov.br). E concomitantemente, no prazo máximo de 03 (três) dias úteis, contados a partir da data do encerramento da sessão do pregão no sistema protocolar (em) sua(s) proposta(s) juntamente com a(s) documentação(ões) de habilitação, com os dados da empresa, dos representantes, numerados sequencialmente e identificando número do pregão, contados a partir do encerramento da sessão do pregão no sistema, no Protocolo da TERRACAP, localizado no SAM – Bloco “F”, Térreo - Edifício Sede – TERRACAP - Brasília/DF, devendo a(s) proposta(s) conter(em):

PERGUNTA 38: Favor ratificar o entendimento de que a licitante vencedora terá o prazo de 3 (três) dias úteis para realizar a postagem via correios da documentação exigida.

PERGUNTA 39: Gentileza informar se o cálculo da proposta será por faixa etária ou por preço médio.

PERGUNTA 40: Considerando o disposto no artigo 16 da RN 279, 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. Desta forma, considerando que instrumento convocatório deve obedecer não só as Leis Federais 8.666/93 e 13.303/16, mas também a todo o arcabouço normativo que regula e fiscaliza o setor, previsto na Lei Federal 9.656/98 e nos atos normativos da ANS, solicitamos a ratificação do entendimento de que o Órgão seguirá o disposto na Legislação.

PERGUNTA 41: Cumpre salientar que esta seguradora trabalha com sinistralidade na modalidade competência, ou seja:

- Na 1ª (primeira) avaliação, o período de apuração compreenderá do 1º (primeiro) ao 6º (sexto) mês de vigência do Contrato, com a aplicação do resultado no faturamento do 13º (décimo terceiro) mês de vigência do Contrato, ou seja, no mês do seu aniversário;

- As reavaliações subsequentes à do 1º período de apuração, serão realizadas, sucessivamente, considerando-se os 12 (doze) meses seguintes ao do último período avaliado. Onde, na 2ª (segunda) avaliação, compreenderá do 7º (sétimo) ao 18º (décimo oitavo) mês, com aplicação do resultado no faturamento do 25º (vigésimo quinto) mês e assim sucessivamente.

O reajuste sempre será aplicado no aniversário do Contrato, relativo à sua data-base.

Os valores dos prêmios não poderão ser reajustados em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as exceções abaixo:

- a. Mudança de faixa etária;
- b. Migração de plano; ou
- c. Ampliação das coberturas do Seguro.

Endende-se que a sinistralidade estabelecida para o equilíbrio do contrato é de **75% (setenta e cinco por Cento)**.

Além dos aumentos previstos quando aplicáveis, visando manter o equilíbrio econômico do Contrato, os prêmios deste Seguro serão reajustados ao final de 12 meses, onde:

- a) Se a sinistralidade apurada no período de avaliação estiver abaixo do Break Even: será aplicado o **Reajuste Financeiro**.
- b) Se a sinistralidade apurada no período de avaliação estiver acima do Break Even: serão aplicados o **Reajuste Financeiro** e o **Reajuste por Sinistralidade**.

Reajuste Financeiro

O Reajuste Financeiro (RF) 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, com base em cálculos atuariais.

Reajuste por Sinistralidade

A SEGURADORA realizará o cálculo para identificação do percentual de Reajuste por Sinistralidade (RS) do Contrato de acordo com a formulação descrita abaixo:

$$IS = \frac{SO}{PL} * 100$$

Onde:

IS = Índice de Sinistralidade

SO = Sinistros Ocorridos no período de apuração, item 9.1.1

PL = Prêmios Pagos Líquidos de IOF, no período de apuração, item 9.1.1

APURAÇÃO DE RESULTADOS COM BASE NA SINISTRALIDADE

Nos casos de renovação contratual

Aporte

Se o Estipulante tiver resultado "superior a sinistralidade estabelecida para equilíbrio do contrato" (75%), deverá realizar o "Aporte", ou seja, o Estipulante receberá o faturamento antecipado correspondente ao valor do sinistro apurado acima da sinistralidade acordada.

O valor correspondente ao "Aporte" será calculado pela SEGURADORA e faturado ao ESTIPULANTE, como fatura avulsa de prêmios.

O Aporte será processado em fatura única, cujo pagamento deverá ser efetuado impreterivelmente em até 30 (trinta) dias após a emissão da fatura. Para prorrogação deste prazo, o valor do "Aporte" será atualizado com base no CDI.

Desconto

Se o Estipulante tiver resultado "inferior a sinistralidade estabelecida para equilíbrio do contrato", receberá um **desconto** nas faturas dos prêmios, **desde que efetive a renovação contratual para os próximos 12 (doze) meses.**

Somente na renovação do contrato, bem como, após a análise do resultado financeiro da apólice, caso seja apurado resultado inferior ao da sinistralidade acordada no item 9.2, o Estipulante receberá um **desconto** nas faturas dos prêmios a vencer.

A apuração do resultado financeiro da apólice observará os critérios relacionados abaixo:

- Para a realização do desconto, quando a sinistralidade for inferior à 60%, a apuração será sempre de 60% (sessenta por cento) a 75% (setenta e cinco por cento).
- Se o índice apurado for superior a 60% (sessenta por cento) e inferior a 75% (setenta e cinco por cento), prevalecerá o percentual de sinistralidade apurado até o delimitador de 75% (setenta e cinco por cento).

O desconto será concedido através de crédito nas próximas faturas emitidas, limitado ao valor total da fatura. Caso o valor de restituição seja superior à fatura mensal, a diferença será quitada nas faturas subsequentes.

Metodologia para cálculo do "Desconto" e "Aporte"

A metodologia de cálculo de diferença de prêmio, para devolução ou cobrança, seguirá a seguinte formulação:

$$DP = \left[\frac{IS_{APURADO}}{IS_{PACTUADO}} - 1 \right] * PL$$

Onde:

DP = Diferença de Prêmio

IS_{APURADO} = Índice de Sinistralidade Apurado no período de análise.

IS_{PACTUADO} = Índice de Sinistralidade Pactuado.

PL = Prêmios Pagos Líquidos de IOF.

Podemos entender, que visando manter o equilíbrio econômico do Contrato, os prêmios deste Seguro serão reajustados com o Reajuste Financeiro independente do resultado? Ou seja, será aplicado Reajuste Financeiro e o Reajuste Técnico?

PERGUNTA 42: Gentileza informar quais impostos incidem sobre o órgão.

Item 4.3.2 do termo de referência: O (a) companheiro(a) conjugal com convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com objetivo de constituição de família (art. 1.723 da Lei nº 10.406, de 10/01/2002), mediante declaração com 2 (duas) testemunhas, com nome legível, endereço residencial e número de identidade;

PERGUNTA 43: Favor ratificar o entendimento de que a União estável deverá ser comprovado por meio de união estável por escritura pública devidamente formalizada no Cartório de notas.

Item 4.3.5 e 4.3.7 do termo de referência: O pai e/ou mãe que expressamente estejam incluídos no rol de dependentes econômicos do empregado titular na última Declaração de Imposto de Renda.

O pai e/ou a mãe com renda superior ao limite previsto na Declaração do Imposto de Renda e filhos maiores de 21 (vinte e um) anos ou universitários maiores de 24 (vinte e quatro) anos poderão ser beneficiados pelo Plano de Saúde, desde que o empregado arque com o pagamento do valor integral per capita, conforme o Acordo Coletivo de Trabalho vigente.

PERGUNTA 44: Favor ratificar o entendimento de que pai e mãe poderão ser inclusos como agregados, não sendo permitida a permanência após o falecimento do titular.

Item 6 do termo de referência: 6.1. A CONTRATADA, para prestação da assistência à saúde, deverá encaminhar relatórios e extratos sobre a utilização do plano, conforme descrição a seguir:

6.1.1. Ao Executor do contrato, trimestralmente, relatórios de sinistralidade, visando acompanhamento e a realização de campanhas preventivas/educativas;

6.1.2. Ao Médico do Trabalho da TERRACAP, relatório detalhado de utilização por titular, contendo o nome do usuário, a data de utilização, a especialidade, o procedimento e o valor de tabela do evento, quando solicitado;

6.1.3. Para o beneficiário titular, por solicitação, via correspondência ou por meio eletrônico, extrato detalhado de utilização por titular contendo o nome do usuário, a data de utilização, o local de atendimento, a especialidade, o procedimento e o valor de tabela do evento.

6.2. A TERRACAP poderá solicitar o envio de relatórios detalhados e ainda outras informações que julgar necessárias ao acompanhamento da execução do contrato. Tais relatórios poderão ser auditados (por equipe médica e atuarial) visando à comprovação dos valores e procedimentos alegados pela CONTRATADA. A falta de apresentação dos relatórios acarretará as penalidades previstas em contrato, incluindo a ausência de aplicação do reajuste técnico ou por sinistralidade previsto no item 11;

PERGUNTA 45: Favor ratificar o entendimento de que o beneficiário poderá acessar os relatórios por meio de aplicativo da licitante.

Item 7.5 do termo de referência: Garantir atendimento eletivo de consultas e exames complementares nos prazos máximos conforme a Tabela 2. Caso não haja na rede credenciada profissional e/ou estabelecimento para o devido atendimento é facultado ao usuário procurar atendimento fora da rede credenciada, sendo a CONTRATADA obrigada a reembolsar o usuário ou os seus dependentes até os limites estabelecidos no subitem 5.1.9, no prazo máximo de 30(trinta)dias;

PERGUNTA 46: 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 259/2011.

Item 5.1.2 alínea "g" do termo de referência: g) 600 (seiscentos) médicos, pessoas físicas e/ou jurídicas, credenciados no Distrito Federal, relacionados separadamente por especialidade, sendo, no mínimo, 5 (cinco) por especialidade. Exceto nas especialidades de: Cirurgia de mão, fisioterapia, genética médica, hematologia, nutróloga, infectologia, patologia onde deverão conter, no mínimo 1 (um) especialista. Não serão exigidos profissionais de medicina esportiva, medicina legal, medicina, de família e comunidade, medicina do trabalho, medicina do tráfego, medicina preventiva e social. No caso de pessoas jurídicas é obrigatória a discriminação das pessoas físicas (médicos) integrantes do corpo clínico do estabelecimento, sendo que cada médico integrante do corpo clínico será considerado como unidade na contagem do atendimento do item;

PERGUNTA 47: Preliminarmente, cumpre tecer que ao se fazer o cotejo da exigência editalícia da rede mínima para as diversas localidades e municípios, para o número de beneficiários existentes que poderiam, em tese, aderir ao plano e se valer dos serviços dos referidos prestadores, ver-se-á que a exigência é completamente excessiva e desarrazoada, afrontando, por conseguinte, o princípio da proporcionalidade, infringindo o caráter competitivo do certame e o Princípio da Seleção da Proposta mais vantajosa, ou seja, visa selecionar a proposta mais vantajosa, que traga os maiores benefícios financeiros aos órgãos licitantes. E em segundo lugar oferecer igual tratamento aos que desejam participar do processo, oferecendo assim, a isonomia necessária e a maior amplitude do número de participantes no certame. Ante o exposto, requer que a referida exigência seja revista, por não se coadunar com os princípios e ditamos que regem os certames licitatórios.

São Paulo, 15 de junho de 2021.



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