

Brasília, 29 de outubro de 2021.

Ao Senhor
Éder Pires Pantoja
Pregoeiro do TRT 14ª Região
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO – 14ª Região
EDITAL DE PE 023/2021
Processo Administrativo Eletrônico PROAD: Nº 10273/2021

Assunto: Pedido de Esclarecimentos

Prezados Senhores,

A Elo Administradora de Benefícios, inscrita no CNPJ sob o nº 13.122.792/0001-19 e registrada na ANS sob o nº 41842-1, interessada em participar deste certame, cujo objeto transcrevemos a seguir, vem respeitosamente solicitar os esclarecimentos abaixo:

Contratação de serviço de assistência à saúde para a prestação de assistência médica, garantindo coberturas de serviços médico-hospitalares de assistência ambulatorial, hospitalar e obstétrica, tratamentos, exames complementares, internações hospitalares e demais serviços auxiliares de diagnósticos e terapia, incluindo centro de terapia intensiva, tanto em caráter eletivo, emergencial e de urgência, em hospitais e clínicas próprias, conveniadas ou referenciadas, no âmbito de todo o território nacional, das doenças reconhecidas ou que vierem a ser reconhecidas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde (CID - 10) (futuramente CID 11) e pelas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde (ANS), sem excluir doenças preexistentes, crônicas ou congênitas, conforme as especificações estabelecidas no Termo de Referência (Anexo I do edital), devendo também ser observadas as leis e normas nacionais sobre a matéria.

Questão 1 - Com relação ao cálculo atuarial a ser realizado, objetivando precificação adequada dos planos de saúde a serem ofertados, solicitamos informar:

Pergunta 1:

- a) Considerando o término do contrato atual com a Unimed Porto Velho – Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico Ltda, em 29/07/2021, como os beneficiários estão sendo assistidos?
- b) Quais os planos atuais e a quantidade de vidas (titulares e dependentes) de cada plano?
- c) Atualmente existem afastados na massa? Caso positivo qual(is) a(s) Cid(s) – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas à Saúde?
- d) Atualmente existem beneficiários internados, beneficiários em tratamento continuado ou em home care? Caso positivo qual a(s) Cid(s)? Relacionar – Recursos Hospitalares / Custos.
- e) Existem beneficiários com doenças crônicas? Caso positivo, informar a(s) Cid's.
- f) Possui gestantes? Caso afirmativo, qual o quantitativo?
- g) Possui atualmente Agregados ou remidos? Caso afirmativo, qual o quantitativo?
- h) Existem tratamentos de longo prazo já iniciados ou em previsão de término nos próximos 6 meses?

- i) Solicitamos informações referentes aos 10 maiores utilizadores (Cid's/custos), se possível com relatório detalhado referente aos últimos 12 meses.
- j) Os beneficiários inscritos na(s) operadora(s) atual(ais) contribuem com algum valor para o plano de assistência à saúde? Caso afirmativo, favor especificar os valores ou percentuais.
- k) Há ocorrência de liminares vigentes (informar a data de início da liminar e se o custo é pago pela operadora ou pela Terracap)?
- l) Quais as características contratuais vigentes: coberturas, abrangência, percentual de coparticipação; regras de reajuste (incluindo break-even), reembolso?

DA ANÁLISE DO EDITAL:

Questão 2 - Com relação à habilitação de Qualificação Técnica, em particular o item 9.5.6 descrito abaixo:

9.5.6 do Edital: Declaração formal da licitante de que disporá, por ocasião da futura contratação, das instalações, aparelhamento e pessoal técnico considerados essenciais para a execução contratual, a saber: de profissionais credenciados (ex. médicos), hospitais, centros médicos, clínicas, laboratórios em âmbito nacional e nas microrregiões abrangidas por este Tribunal nos estados de Rondônia e Acre, conforme definido no anexo I, do Termo de Referência.

6.4 do TR: Na hipótese de indisponibilidade ou inexistência de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, incluindo urgência e emergência, no município onde o beneficiário demandar o serviço, a contratada deverá garantir o atendimento conforme previsto na Resolução Normativa ANS n 259 de 2011, ou outra que passe a vigorar na vigência do contrato.

Pergunta 2: Podemos entender:

- a) que caso alguma localidade onde não exista prestador para uma determinada especialidade exigida, e haja necessidade de atendimento por parte dos beneficiários, será aceito o reembolso integral? Mesmo nas microrregiões? B)
- b) No caso de participação direta de Operadoras, só poderão participar aquelas que possuam planos nacionais e regionais?

DA ANÁLISE DO TERMO DE REFERÊNCIA:

Questão 3 - Com relação aos itens 1.10, 1.10.1, 6. 32.1 e 6.33 que trata dos beneficiários elegíveis, em particular, no que se refere a pensionistas e dependentes especiais, conforme abaixo:

1.10. **GRUPO A:** Titulares e dependentes legais, magistrados, magistradas, servidores e servidoras ativos e inativos, bem como os **pensionistas** e os dependentes legais, conforme abaixo relacionados:

- a) cônjuge e companheiro(a), inclusive de união homoafetivo(a);
- b) filhos, enteados até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se estudante, até 24 (vinte e quatro) anos ou, se inválido, de qualquer idade;
- c) menor de 21 (vinte e um) anos que, mediante autorização judicial, viva na companhia e às expensas do servidor ativo ou inativo;

- d) a mãe ou pai, padrasto ou madrasta, sem economia própria, ou até o limite da isenção tributária prevista em lei que conste como dependente na declaração de Imposto de Renda.
- e) irmão/irmã solteiro, portador de necessidades especiais, ou interdito por alienação mental, sem economia própria, que viva sob a exclusiva dependência econômica do servidor e conste como dependente na declaração de Imposto de Renda.

1.10.1 GRUPO B, composto de “**dependentes especiais**” de servidores e magistrados:

- a) Pais/mães com economia própria;
- b) Sogros;
- c) Filhos maiores de 21 anos ou com economia própria;
- d) Enteado maiores de 21 anos;
- e) Genros/noras;
- f) Cunhados;
- g) Sobrinhos;
- h) Irmãos;
- i) Netos;
- j) Tios;
- k) Primos;

Observação:

Não serão permitidas adesões de novos beneficiários nas categorias pertencentes ao GRUPO B além daqueles beneficiários que hoje pertençam ao plano de saúde do TRT da 14ª Região.

Pergunta 3 - Dado que o plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial está regulamentado pela RN ANS 195/2009, e desta forma, o tipo de contratação neste processo é Coletivo Empresarial, visto o vínculo dos servidores. Uma vez que a contratação se refere à Plano Coletivo Empresarial e visto que a elegibilidade do beneficiário está ligada à sua qualificação como servidor, o art. 5º da Resolução Normativa – RN nº 195, de 14 de junho de 2009, estabelece em seu paragrafo primeiro que o vínculo à pessoa jurídica contratante **poderá** abranger ainda, desde que previsto contratualmente:

‘(...) VII - o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro dos empregados e servidores públicos, bem como dos demais vínculos dos incisos anteriores.

- a) Inexiste a possibilidade de inclusão de pensionistas no Plano de Saúde, salvo nos casos de remissão. Cientes e De Acordo?
- b) Podemos entender que a operadora de plano de saúde não tem a obrigatoriedade de inclusão dos “dependentes especiais”?

Pergunta 4 – Com relação à cobertura de procedimentos, relacionadas no itens 6.1, 6.2, 6.13 e 9.33 do T.R., está correto o nosso entendimento que:

- a) Os planos de saúde deverão oferecer cobertura exclusivamente para os procedimentos elencados no Rol de Procedimentos da ANS vigente, atualmente em conformidade com a RN 465/2021?
- b) O atendimento pela Unidade de Terapia Intensiva – UTI no ar não está previsto no rol de coberturas da ANS. Podemos entender que a cobertura obrigatória será apenas a remoção inter-hospitalar, conforme estabelecido na RN ANS 347/2014?

Questão 4 – Com relação aos itens 6.18 e 21 do TR que trata dos procedimentos que dão direito a cobrança de coparticipação, conforme abaixo:

6.18. A coparticipação dos beneficiários tem objetivo de manter uma utilização consciente e sustentável do plano, todavia a contratada observará, entre outros, os seguintes critérios:

I - A cobrança de coparticipação mensal não poderá ultrapassar o valor de R\$1.000,00 (Hum mil reais), por Titular (magistrado(a)/ servidor(a)/ ativo, inativo e pensionista);

II - A contratada terá o prazo máximo de 8 meses para realizar a cobrança da coparticipação a partir da realização dos procedimentos ou serviços, exceto pelo motivo previsto no inciso;

Pergunta 5 – Está correto o nosso entendimento que a cobrança de coparticipação se dará até finalizar o valor que deu origem à mesma e que ultrapassando R\$ 1000,00 mensais, poderá dar continuidade nos meses posteriores?

Questão 5 - Com relação às obrigações da contratada o item 6.39 do TR estabelece, conforme abaixo transcrito:

9.39. emitir carteiras de identificação dos beneficiários gratuitamente no prazo de até 30 dias quando do início do contrato e até 10 dias durante a sua vigência.

Atualmente as operadoras disponibilizam carteira de identificação através de aplicativo móvel, que também é utilizado pela rede credenciada, o que traz os seguintes benefícios:

- a) evita o extravio do cartão e o risco de utilização indevida por outrem;
- b) mitiga a necessidade de ser solicitado novo cartão, evitando mais custo;
- c) reduz o custo da operação;
- d) impede que o beneficiário não seja atendido por não portar o referido cartão;
- e) quando do cancelamento do plano, não há a necessidade de devolver o cartão, pois é automaticamente cancelado no aplicativo;
- f) contribui para o desenvolvimento nacional sustentável.

Pergunta 6 - Deste modo, as Operadoras poderão disponibilizar a Carteira de Identificação por meio de aplicativo móvel, em substituição ao cartão físico?

Nestes termos, aguardamos os esclarecimentos solicitados e agradecemos antecipadamente a atenção dispensada.

Cordialmente,

PAULA SCAFUTO ROCHA MELLO FERNANDES
CI nº 1.025.173-SSP/DF - CPF nº 830.339.551-34
Elo Administradora de Benefícios Ltda.

Ofício n.º 099/2021 – Unimed Porto Velho

EXCLENTESSIMO SENHOR PREGOEIRO DO TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 14ª
REGIÃO - PREGÃO ELETRÔNICO Nº 23/2021

Ref. Impugnação ao edital do pregão eletrônico nº 23/2021

UNIMED PORTO VELHO - SOCIEDADE COOPERATIVA MÉDICA LTDA., pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ/MF sob nº 05.657.234/0001-20 com sede na Av. Carlos Gomes, n.º 1259 Centro, nesta Capital, através de seu Diretor Presidente, que ao final subscreve, vem por meio deste com fulcro no item 30.0, subitem 30.1, que tratam da impugnação ao edital e do pedido de esclarecimento, **I M P U G N A R** alguns pontos do referido Edital, passando a dispô-los abaixo, fundamentando-se nas inclusas razões.

I. DO TERMO DE REFERÊNCIA

Segue o trecho do Termo de Referência, para o qual Impugnamos:

1) Descrição do Objeto

1.1. Descrição: Contratação de prestação continuada de serviços de assistência à saúde, em todo o território nacional, na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no art. 1º, inciso I, da Lei 9.656/98, garantindo coberturas de serviços médico hospitalares de assistência ambulatorial, hospitalar e obstétrica, tratamentos, exames complementares, internações hospitalares e demais serviços auxiliares de diagnósticos e terapia, incluindo centro de terapia intensiva, tanto em caráter eletivo, de emergência e de urgência, em hospitais e clínicas próprias, conveniadas ou referenciadas, no âmbito de todo o território nacional, das doenças reconhecidas ou que vierem a ser reconhecidas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde (CID-11) e/ou pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sem excluir doenças preexistentes, crônicas ou congênitas, conforme as especificações estabelecidas neste instrumento e seus anexos, devendo também ser observadas as leis e normas nacionais sobre a matéria.

A operadora é vinculada a garantir de forma taxativa e vinculativa, segundo Resolução n.465/21-ANS, os serviços descritos no ROL da ANS. Portanto, a redação correta do documento, seria (...) garantia de atendimento para as doenças reconhecidas na Classificação Internacional de Doenças e que estejam relacionados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Permitir E/OU no objeto do contrato, fará com que a operadora eventualmente se obrigue a todo e qualquer tratamento de saúde para todas as doenças existentes no CID-11.

No tocante à impossibilidade de exclusão de doenças pré-existentes, trata-se de obrigação de prestação de excessiva onerosidade com suporte exclusivo pela operadora, conquanto a agência reguladora nacional permite a análise de doenças pré-existentes, mediante declaração de saúde ou perícia médica, para imposição de cobertura parcial temporária de até 24 meses para atendimentos de alta complexidade e leitos de UTI relacionados a estas DLPs. Além disso, a reguladora também permite a imposição de carências, o que não consta no Termo de Referência.

2) Termo de Referência (item n. 1.8):

1.8.1. NACIONAL - Plano de assistência à saúde para a prestação de assistência médica, garantindo coberturas de serviços médico-hospitalares de assistência ambulatorial, hospitalar e obstétrica, tratamentos, exames complementares, internações hospitalares e demais serviços auxiliares de diagnósticos e terapia, incluindo centro de terapia intensiva, tanto em caráter eletivo, emergencial e de urgência, em hospitais e clínicas próprias, conveniadas ou referenciadas, no âmbito de todo o território nacional, das doenças reconhecidas ou que vierem a ser reconhecidas na Classificação 21 PODER JUDICIÁRIO JUSTIÇA DO TRABALHO TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 14ª REGIÃO Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde (CID - 11) e/ou pela Agência Nacional de Saúde (ANS), sem excluir doenças preexistentes, crônicas ou congênitas.

1.8.2 - GRUPOS DE ESTADOS, Rondônia e Acre - Plano de assistência à saúde para a prestação de assistência médica, garantindo coberturas de serviços médico-hospitalares de assistência ambulatorial, hospitalar e obstétrica, tratamentos, exames complementares, internações hospitalares e demais serviços auxiliares de diagnósticos e terapia, incluindo centro de terapia intensiva, tanto em caráter eletivo, emergencial e de urgência, em hospitais e clínicas próprias, conveniadas ou referenciadas, no âmbito dos Estados de Rondônia e Acre e garantia

de atendimento de urgência e emergência no território nacional, das doenças reconhecidas ou que vierem a ser reconhecidas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde (CID - 11) e/ou pela Agência Nacional de Saúde (ANS), sem excluir doenças preexistentes, crônicas ou congênitas.

É importante que, em ambos os tipos de planos, a operadora possa fazer uso da possibilidade de imposição de cobertura parcial temporária para ingressos de beneficiários com doenças pré-existentes, pois ocasiona onerosidade excessiva para a operadora, considerando, inclusive, a amplitude de possibilidade de inclusão de categorias de beneficiários que o contrato possui, e que não estará sendo questionada pela operadora, como tios, sogros, netos, primos, cunhados, etc.

3) Termo de Referência (n.6):

6.1. Prestação de assistência médica, hospitalar e obstétrica, ambulatorial e laboratorial em nível nacional, para os que optarem por este tipo de plano e nos estados de Rondônia e Acre, com atendimento de urgência e emergência em nível nacional para os beneficiários que optarem pelo plano de Grupo de Estados, em todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e demais órgãos fiscalizadores do exercício profissional, que estejam previstas neste Termo de Referência e, ainda, qualquer procedimento clínico e cirúrgico com os respectivos exames complementares de diagnóstico necessários para o pleno desempenho das especialidades abaixo elencadas, conforme o Item 4.3 deste Termo de Referência:

É importante acrescentar ao item acima, "qualquer procedimento clínico e cirúrgico com os respectivos exames complementares de diagnóstico e que estejam relacionados no Rol da ANS", pois caso contrário, a operadora será obrigada a garantir toda e qualquer solicitação médica e tecnologia em saúde disponível no mercado, não suportando tal onerosidade.

4) Termo de Referência (N.16):

16.1 Não deverá ser imposta carência aos beneficiários por ocasião da implantação do Plano ou Seguro de Assistência Médica e Hospitalar contratado.

A retificação do Termo de Referência para que possa ser imposta carência para ingresso APENAS de NOVOS beneficiários, é importante mecanismo de controle financeiro do contrato, ainda mais neste momento de pandemia em que muitas novas obrigações estão

sendo assumidas pelas operadoras, novos tratamentos, novas doenças, e muitos doentes. A imposição de carências evita onerosidade excessiva exclusiva para a operadora.

II. DO PEDIDO:

Considerando que o Edital em referência possui, como fundamento, a Lei 9.656/98 da Agência Nacional de Saúde e demais Normas em vigor, diante dos questionamentos acima expostos, requer o acolhimento da presente IMPUGNAÇÃO, nos termos dos fundamentos jurídicos apresentados, alterando-se os itens impugnados para os moldes legais.

Nestes termos, pede deferimento.

Porto velho, 29 de outubro de 2021.

Dr. Robson Jorge Bezerra
Presidente
Unimed Porto Velho

RESPOSTA AO PEDIDO DE IMPUGNAÇÃO

EMPRESA LICITANTE: UNIMED PORTO VELHO - SOCIEDADE COOPERATIVA MÉDICA LTDA

REF. PREGÃO ELETRÔNICO Nº 23/2021.

I. DO TERMO DE REFERÊNCIA Segue o trecho do Termo de Referência, para o qual Impugnamos:

1) Descrição do Objeto 1.1. Descrição: Contratação de prestação continuada de serviços de assistência à saúde, em todo o território nacional, na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no art. 1º, inciso I, da Lei 9.656/98, garantindo coberturas de serviços médico hospitalares de assistência ambulatorial, hospitalar e obstétrica, tratamentos, exames complementares, internações hospitalares e demais serviços auxiliares de diagnósticos e terapia, incluindo centro de terapia intensiva, tanto em caráter eletivo, de emergência e de urgência, em hospitais e clínicas próprias, conveniadas ou referenciadas, no âmbito de todo o território nacional, das doenças reconhecidas ou que vierem a ser reconhecidas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde (CID-11) e/ou pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sem excluir doenças preexistentes, crônicas ou congênitas, conforme as especificações estabelecidas neste instrumento e seus anexos, devendo também ser observadas as leis e normas nacionais sobre a matéria.

A operadora é vinculada a garantir de forma taxativa e vinculativa, segundo Resolução n.465/21-ANS, os serviços descritos no ROL da ANS. Portanto, a redação correta do documento, seria (...) garantia de atendimento para as doenças reconhecidas na Classificação Internacional de Doenças e que estejam relacionados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Permitir E/OU no objeto do contrato, fará com que a operadora eventualmente se obrigue a todo e qualquer tratamento de saúde para todas as doenças existentes no CID11.

No tocante à impossibilidade de exclusão de doenças pré-existentes, trata-se de obrigação de prestação de excessiva onerosidade com suporte exclusivo pela operadora, conquanto a agência reguladora nacional permite a análise de doenças pré-existentes, mediante declaração de saúde ou perícia médica, para imposição de cobertura parcial temporária de até 24 meses para atendimentos de alta complexidade e leitos de UTI relacionados a estas DLPs. Além disso, a reguladora também permite a imposição de carências, o que não consta no Termo de Referência.

R.: Não assiste razão, pois há previsão de carência no Termo de Referência no item 16 - PRAZOS DE CARÊNCIAS, INCLUSÕES E EXCLUSÕES:

16.1 Não deverá ser imposta carência aos beneficiários por ocasião da implantação do Plano ou Seguro de Assistência Médica e Hospitalar contratado.

16.2. Ficarão isentos do cumprimento de carências:

I - os titulares e respectivos dependentes (legais ou especiais), atualmente inscritos no Contrato de Assistência à Saúde mantido pelo TRT da 14ª Região, que não se manifestarem, formalmente, por meio de Termo de Exclusão;

II - aos titulares ou respectivos dependentes legais que não pertençam, ao atual contrato de

Documento juntado por 93538383200 - EDER PIRES PANTOJA

Este documento foi assinado por: [EDER PIRES PANTOJA]

assistência à saúde, desde que requeiram, por escrito, a sua inclusão;

III - os magistrados e servidores, com seus respectivos dependentes, admitidos na vigência deste contrato, bem como os novos pensionistas estatutários;

IV - os beneficiários-dependentes que adquirirem essa condição em decorrência de casamento,

nascimento, adoção, reconhecimento de paternidade, reconhecimento administrativo de

companheiros e outros que estejam previstos na regulamentação do TRT 14ª Região;

V - os magistrados e servidores que retornem de licença sem remuneração, servidores que

retornaram ao exercício após término de cessão ou remoção para outro órgão, bem como os removidos ou redistribuídos;

16.3. Será admitida a transferência do beneficiário-titular e de seus dependentes do Plano de Cobertura do Grupo dos Estados de Rondônia e Acre para o Plano de Cobertura Nacional, ficando condicionada ao cumprimento dos prazos normais de carência previstos no item 16.4 para a rede credenciada e/ou serviços cobertos pelo novo plano escolhido, sendo que neste prazo o beneficiário e seus dependentes estarão cobertos pelo plano anterior;

16.3.1 A exclusão voluntária de um dependente pelo titular, ou do próprio titular, sujeitará o beneficiário, em caso de reinclusão, aos prazos de carência.

16.4. Respeitando-se as disposições estabelecidas nos subitens anteriores, o período de carência máxima a que ficarão sujeitos os beneficiários (titulares e dependentes) para utilização dos serviços contratados, obedecendo o período mensal para requerimento e processamento das inclusões, será o seguinte:

I - consultas, exames de diagnóstico, serviços auxiliares, bem como os casos de internação de urgência e emergência devidamente comprovados - sem carência;

II - todos os demais casos de internação clínica ou cirúrgica, excetuadas as hipóteses dos incisos I e III deste item - 180 (cento e oitenta) dias;

III - parto a termo - 300 (trezentos) dias;

Observações:

1 - A regra contida neste item também se aplica ao reembolso de despesas.

2 - Os prazos de carência a serem cumpridos serão contados a partir da expedição do cartão do plano ou seguro de assistência à saúde contratado;

3 - A transferência do Plano de Cobertura Nacional para o Plano de Cobertura do Grupo dos estados de Rondônia e Acre, obedecido o período mensal para requerimento e processamento das alterações cadastrais, poderá ser feito em qualquer tempo e não sujeitará o beneficiário a qualquer tipo de carência.

2) Termo de Referência (item n. 1.8):

1.8.1. NACIONAL - Plano de assistência à saúde para a prestação de assistência médica, garantindo coberturas de serviços médico hospitalares de assistência ambulatorial, hospitalar e obstétrica, tratamentos, exames complementares, internações hospitalares e demais serviços auxiliares de diagnósticos e terapia, incluindo centro de terapia intensiva, tanto em caráter eletivo, emergencial e de urgência, em hospitais e clínicas próprias, conveniadas ou referenciadas, no âmbito de todo o território nacional, das doenças reconhecidas ou que vierem a ser reconhecidas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde (CID - 11) e/ou pela Agência Nacional de Saúde (ANS), sem excluir doenças preexistentes, crônicas ou congênitas.

1.8.2 - GRUPOS DE ESTADOS, Rondônia e Acre - Plano de assistência à saúde para a prestação de assistência médica, garantindo coberturas de serviços médico-hospitalares de assistência ambulatorial, hospitalar e obstétrica, tratamentos, exames complementares, internações hospitalares e demais serviços auxiliares de diagnósticos e terapia, incluindo centro de terapia intensiva, tanto em caráter eletivo, emergencial e de urgência, em hospitais e clínicas próprias, conveniadas ou referenciadas, no âmbito dos Estados de Rondônia e Acre e garantia de atendimento de urgência e emergência no território nacional, das doenças reconhecidas ou que vierem a ser reconhecidas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde (CID - 11) e/ou pela Agência Nacional de Saúde (ANS), sem excluir doenças preexistentes, crônicas ou congênitas.

É importante que, em ambos os tipos de planos, a operadora possa fazer uso da possibilidade de imposição de cobertura parcial temporária para ingressos de beneficiários com doenças pré-existentes, pois ocasiona onerosidade excessiva para a operadora, considerando, inclusive, a amplitude de possibilidade de inclusão de categorias de beneficiários que o contrato possui, e que não estará sendo questionada pela operadora, como tios, sogros, netos, primos, cunhados, etc.

R.: Não há amplitude de “inclusão” de outras categorias de beneficiários como tios, sogros, netos, primos, cunhados. Apenas previsão de manutenção dos que já estiverem com cobertura do plano de saúde atual.

Para esclarecimento os beneficiários que poderão ser incluídos, conforme o Termo de Referência, item 1.10. GRUPO A:

Titulares e dependentes legais, magistrados, magistradas, servidores e servidoras ativos e inativos, bem como os pensionistas e os dependentes legais, conforme abaixo relacionados:

a) cônjuge e companheiro(a), inclusive de união homoafetivo(a);

b) filhos, enteados até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se estudante, até 24 (vinte e quatro) anos ou, se inválido, de qualquer idade;

c) menor de 21 (vinte e um) anos que, mediante autorização judicial, viva na companhia e às expensas do servidor ativo ou inativo;

d) a mãe ou pai, padrasto ou madrasta, sem economia própria, ou até o limite da isenção tributária prevista em lei que conste como dependente na declaração de Imposto de Renda.

e) irmão/irmã solteiro, portador de necessidades especiais, ou interdito por alienação mental, sem economia própria, que viva sob a exclusiva dependência econômica do servidor e conste como dependente na declaração de Imposto de Renda.

3) Termo de Referência (n.6):

6.1. Prestação de assistência médica, hospitalar e obstétrica, ambulatorial e laboratorial em nível nacional, para os que optarem por este tipo de plano e nos estados de Rondônia e Acre, com atendimento de urgência e emergência em nível nacional para os beneficiários que optarem pelo plano de Grupo de Estados, em todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e demais órgãos fiscalizadores do exercício profissional, que estejam previstas neste Termo de Referência e, ainda, qualquer procedimento clínico e cirúrgico com os respectivos exames complementares de diagnóstico necessários para o pleno desempenho das especialidades abaixo elencadas, conforme o Item 4.3 deste Termo de Referência:

É importante acrescentar ao item acima, "qualquer procedimento clínico e cirúrgico com os respectivos exames complementares de diagnóstico e que estejam relacionados no Rol da ANS", pois caso contrário, a operadora será obrigada a garantir toda e qualquer solicitação médica e tecnologia em saúde disponível no mercado, não suportando tal onerosidade.

R.: Não assiste razão ao pedido, pois tal cláusula entabulada faz parte da solução macro ora contratada a fim de atender a demanda deste Tribunal, sem sofrer descontinuidade na prestação dos serviços. Ademais, na especificação do objeto há referência às resoluções da ANS, o que implica dizer deve ocorrer conjugação de leitura das diversas cláusulas contratuais a fim evitar descontinuidade na prestação dos serviços.

4) Termo de Referência (N.16):

16.1 Não deverá ser imposta carência aos beneficiários por ocasião da implantação do Plano ou Seguro de Assistência Médica e Hospitalar contratado.

A retificação do Termo de Referência para que possa ser imposta carência para ingresso APENAS de NOVOS beneficiários, é importante mecanismo de controle financeiro do contrato, ainda mais neste momento de pandemia em que muitas novas obrigações estão sendo assumidas pelas operadoras, novos tratamentos, novas doenças, e muitos doentes. A imposição de carências evita onerosidade excessiva exclusiva para a operadora.

R.: Não assiste razão ao pedido, pois tal cláusula tem o condão de proteger os beneficiários do plano de saúde, em especial os novos, já que no âmbito da administração pública não podemos criar distinções ou preferências entre os beneficiários, nos termos do caput do art. 37, da CF/88.

II. DO PEDIDO:

Considerando que o Edital em referência possui, como fundamento, a Lei 9.656/98 da Agência Nacional de Saúde e demais Normas em vigor, diante dos questionamentos acima expostos, requer o acolhimento da presente IMPUGNAÇÃO, nos termos dos fundamentos jurídicos apresentados, alterando-se os itens impugnados para os moldes legais.

R.: Ante o exposto, nega-se provimento ao pedido de impugnação.

Porto Velho/RO, 03 de novembro de 2021.

ÉDER PIRES PANTOJA

Pregoeiro do TRT14

(assinatura digital)

Resposta elaborada em conjunto com servidores: TAIS BETÂNIA FUSINATO e CARLOS ROBERTO CARVALHO DE JESUS, conforme https://docs.google.com/document/d/14DC_OPFNR8dweQBMUs7x4ceAGYdK26avODOzzm78m4Q/edit

RESPOSTA AO PEDIDO DE ESCLARECIMENTO

EMPRESA LICITANTE: ELO ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA MÉDICA.

REF. PREGÃO ELETRÔNICO Nº 23/2021.

Pergunta 1:

a) Considerando o término do contrato atual com a Unimed Porto Velho – Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico Ltda, em 29/07/2021, como os beneficiários estão sendo assistidos?

R.: O contrato está sendo cumprido satisfatoriamente pelas partes.

b) Quais os planos atuais e a quantidade de vidas (titulares e dependentes) de cada plano?

R.: Os planos atuais são os descritos no item 1.6 do edital: (i) beneficiários no plano Grupos de Estados Rondônia e Acre: 691 vidas e (ii) Plano Nacional: 1.854 vidas.

c) Atualmente existem afastados na massa? Caso positivo qual(is) a(s) Cid(s) – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas à Saúde?

R.: As informações referentes aos beneficiários do plano de saúde são protegidas pelas Resoluções Administrativas nº 079/2020 e nº 66/2021 deste Tribunal e Lei Geral de Proteção de Dados.

Ademais, todas as informações referente à licitação n. 23/2021 encontra-se juntada no processo administrativo n. 10273/2021.

(https://appserver1.trt14.jus.br/consulta_processo_proad/?processo=10273&ano=2021)

Por fim, em anexo, os relatórios acerca da execução/custos do atual contrato.

d) Atualmente existem beneficiários internados, beneficiários em tratamento continuado ou em home care? Caso positivo qual a(s) Cid(s)? Relacionar – Recursos Hospitalares / Custos.

R.: As informações referentes aos beneficiários do plano de saúde são protegidas pelas Resoluções Administrativas nº 079/2020 e nº 66/2021 deste Tribunal e Lei Geral de Proteção de Dados.

Ademais, todas as informações referente à licitação n. 23/2021 encontra-se juntada no processo administrativo n. 10273/2021.

(https://appserver1.trt14.jus.br/consulta_processo_proad/?processo=10273&ano=2021)

Por fim, em anexo, os relatórios acerca da execução/custos do atual contrato.

e) Existem beneficiários com doenças crônicas? Caso positivo, informar a(s) Cid 's.

R.: As informações referentes aos beneficiários do plano de saúde são protegidas pelas Resoluções Administrativas nº 079/2020 e nº 66/2021 deste Tribunal e Lei Geral de Proteção de Dados.

Ademais, todas as informações referente à licitação n. 23/2021 encontra-se juntada no processo administrativo n. 10273/2021.

(https://appserver1.trt14.jus.br/consulta_processo_proad/?processo=10273&ano=2021)

Por fim, em anexo, os relatórios acerca da execução/custos do atual contrato.

f) Possui gestantes? Caso afirmativo, qual o quantitativo?

R.: As informações referentes aos beneficiários do plano de saúde são protegidas pelas Resoluções Administrativas nº 079/2020 e nº 66/2021 deste Tribunal e Lei Geral de Proteção de Dados.

Ademais, todas as informações referente à licitação n. 23/2021 encontra-se juntada no processo administrativo n. 10273/2021.

(https://appserver1.trt14.jus.br/consulta_processo_proad/?processo=10273&ano=2021)

Por fim, em anexo, os relatórios acerca da execução/custos do atual contrato.

g) Possui atualmente Agregados ou remidos? Caso afirmativo, qual o quantitativo?

R.: Sim , Agregados: 16 ; Remidos:1, todavia, a remissão termina com o fim do contrato atual, isto é, não haverá remissão pendentes para o novo contrato, somente aquelas que surgirem após o início do novo contrato.

h) Existem tratamentos de longo prazo já iniciados ou em previsão de término nos próximos 6 meses?

R.: As informações referentes aos beneficiários do plano de saúde são protegidas pelas Resoluções Administrativas nº 079/2020 e nº 66/2021 deste Tribunal e Lei Geral de Proteção de Dados.

Ademais, todas as informações referente à licitação n. 23/2021 encontra-se juntada no processo administrativo n. 10273/2021.

(https://appserver1.trt14.jus.br/consulta_processo_proad/?processo=10273&ano=2021)

Por fim, em anexo, os relatórios acerca da execução/custos do atual contrato.

i) Solicitamos informações referentes aos 10 maiores utilizadores (Cid e custos), se possível com relatório detalhado referente aos últimos 12 meses.

R.: As informações referentes aos beneficiários do plano de saúde são protegidas pelas Resoluções Administrativas nº 079/2020 e nº 66/2021 deste Tribunal e Lei Geral de Proteção de Dados.

Ademais, todas as informações referente à licitação n. 23/2021 encontra-se juntada no processo administrativo n. 10273/2021.

(https://appserver1.trt14.jus.br/consulta_processo_proad/?processo=10273&ano=2021)

Por fim, em anexo, os relatórios acerca da execução/custos do atual contrato.

j) Os beneficiários inscritos na(s) operadora(s) atual(ais) contribuem com algum valor para o plano de assistência à saúde? Caso afirmativo, favor especificar os valores ou percentuais.

R.: Sim, todavia a contribuição varia de acordo com o orçamento disponível.

k) Há ocorrência de liminares vigentes (informar a data de início da liminar e se o custo é pago pela operadora ou pela Terracap)?

R.: As informações referentes aos beneficiários do plano de saúde são protegidas pelas Resoluções Administrativas nº 079/2020 e nº 66/2021 deste Tribunal e Lei Geral de Proteção de Dados.

Ademais, todas as informações referente à licitação n. 23/2021 encontra-se juntada no processo administrativo n. 10273/2021.

(https://appserver1.trt14.jus.br/consulta_processo_proad/?processo=10273&ano=2021)

l) Quais as características contratuais vigentes: coberturas, abrangência, percentual de coparticipação; regras de reajuste (incluindo break-even), reembolso?

R.: Vide Termo de Referência (anexo do edital).

Questão 2 - Com relação à habilitação de Qualificação Técnica, em particular o item 9.5.6 descrito.

9.5.6 do Edital: Declaração formal da licitante de que disporá, por ocasião da futura contratação, das instalações, aparelhamento e pessoal técnico considerados essenciais para a execução contratual, a saber: de profissionais credenciados (ex. médicos), hospitais, centros médicos, clínicas, laboratórios em âmbito nacional e nas microrregiões abrangidas por este Tribunal nos estados de Rondônia e Acre, conforme definido no anexo I, do Termo de Referência.

6.4 do TR: Na hipótese de indisponibilidade ou inexistência de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, incluindo urgência e emergência, no município onde o beneficiário demandar o serviço, a contratada deverá garantir o atendimento conforme previsto na Resolução Normativa ANS n 259 de 2011, ou outra que passe a vigorar na vigência do contrato.

Pergunta 2: Podemos entender:

a) que caso alguma localidade onde não exista prestador para uma determinada especialidade exigida, e haja necessidade de atendimento por parte dos beneficiários, será aceito o reembolso integral? Mesmo nas microrregiões?

R. Conforme Resolução Normativa ANS n 259 de 2011.

b) No caso de participação direta de Operadoras, só poderão participar aquelas que possuam planos nacionais e regionais?

R.: Sim, Plano Nacional e Plano dos Grupos de Estados de Rondônia e Acre.

Questão 3 - Com relação aos itens 1.10, 1.10.1, 6. 32.1 e 6.33 que trata dos beneficiários elegíveis, em particular, no que se refere a pensionistas e dependentes especiais, conforme abaixo:

a) Inexiste a possibilidade de inclusão de pensionistas no Plano de Saúde, salvo nos casos de remissão. Cientes e De Acordo?

R.: Não, pois a Portaria interna do TRT 14ª Região permite a inclusão dos pensionistas, mesmo após o período de Remissão.

b) Podemos entender que a operadora de plano de saúde não tem a obrigatoriedade de inclusão dos “dependentes especiais”?

Sim, os dependentes especiais que já estão no atual plano deverão permanecer. De igual modo, os filhos, enteados podem permanecer no plano mesmo após complementar 21 anos de idade. No entanto, não serão admitidas novas inclusões nesses grupos.

Pergunta 4 – Com relação à cobertura de procedimentos, relacionadas no itens 6.1, 6.2, 6.13 e 9.33 do T.R., está correto o nosso entendimento que:

a) Os planos de saúde deverão oferecer cobertura exclusivamente para os procedimentos

elencados no Rol de Procedimentos da ANS vigente, atualmente em conformidade com a RN 465/2021?

R: Sim, e conforme as atualizações posteriores da ANS.

b) O atendimento pela Unidade de Terapia Intensiva – UTI no ar não está previsto no rol de

coberturas da ANS. Podemos entender que a cobertura obrigatória será apenas a remoção

inter-hospitalar, conforme estabelecido na RN ANS 347/2014?

R: Sim e conforme cláusula 9.33, do TR.

Questão 4 – Com relação aos itens 6.18 e 21 do TR que trata dos procedimentos que dão direito a cobrança de coparticipação, conforme abaixo:

6.18. A coparticipação dos beneficiários tem objetivo de manter uma utilização consciente e

sustentável do plano, todavia a contratada observará, entre outros, os seguintes critérios:

I - A cobrança de coparticipação mensal não poderá ultrapassar o valor de R\$1.000,00 (Hum mil reais), por Titular (magistrado(a)/ servidor(a)/ ativo, inativo e pensionista);

II - A contratada terá o prazo máximo de 8 meses para realizar a cobrança da coparticipação a partir da realização dos procedimentos ou serviços, exceto pelo motivo previsto no inciso;

Pergunta 5 – Está correto o nosso entendimento que a cobrança de coparticipação se dará até finalizar o valor que deu origem à mesma e que ultrapassando R\$ 1000,00 mensais, poderá dar continuidade nos meses posteriores?

Questão 5 - Com relação às obrigações da contratada o item 6.39 do TR estabelece, conforme abaixo transcrito:

R: Sim, mesmo que tenha ultrapassado o prazo de 8 meses e não houver cobrado as coparticipações devido ao limite mensal de R\$ 1.000,00, poderá cobrar o referido valor nos próximos meses.

9.39. Emitir carteiras de identificação dos beneficiários gratuitamente no prazo de até 30 dias quando do início do contrato e até 10 dias durante a sua vigência.

Atualmente as operadoras disponibilizam carteira de identificação através de aplicativo móvel, que também é utilizado pela rede credenciada, o que traz os seguintes benefícios:

- a) evita o extravio do cartão e o risco de utilização indevida por outrem;
- b) mitiga a necessidade de ser solicitado novo cartão, evitando mais custo;
- c) reduz o custo da operação;
- d) impede que o beneficiário não seja atendido por não portar o referido cartão;
- e) quando do cancelamento do plano, não há a necessidade de devolver o cartão, pois é automaticamente cancelado no aplicativo;
- f) contribui para o desenvolvimento nacional sustentável.

Pergunta 6 - Deste modo, as Operadoras poderão disponibilizar a Carteira de Identificação por meio de aplicativo móvel, em substituição ao cartão físico?

R: Sim, ressalvados os casos em que os beneficiários fizerem questão da carteira física.

Porto Velho/RO, 03 de novembro de 2021.

ÉDER PIRES PANTOJA

Pregoeiro do TRT14

(assinatura digital)

Resposta elaborada em conjunto com servidores: TAIS BETÂNIA FUSINATO e [CARLOS ROBERTO CARVALHO](#)

DE

J E S U S ,

c o n f o r m e

https://docs.google.com/document/d/14DC_OPFNR8dweQBMUs7x4ceAGYdK26avODOzzm78m4Q/edit