



Resposta ao Pedido de Esclarecimento da Unimed-BH.

1. O CRM-MG está ciente de que na documentação apresentada para solicitação de reembolso deve ser comprovada a efetiva realização do procedimento por estabelecimento habilitado ou médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina respectivo, além de notas fiscais, recibos e/ou laudos?

1.1. Da mesma maneira, em relação ao item 2.8, página 27, do edital, que trata de reembolso, requer-se que ele seja modificado para atender ao que está disposto na RN 259, da ANS, que trata da indisponibilidade e inexistência de prestador e as providências que a operadora deve executar para propiciar o atendimento. Veja-se:

(...) Art. 4º Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o atendimento em:

I - prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município; ou

II - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este.

§ 1º No caso de atendimento por prestador não integrante da rede assistencial, o pagamento do serviço ou procedimento será realizado pela operadora ao prestador do serviço ou do procedimento, mediante acordo entre as partes.

§ 2º Na indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial no mesmo município ou nos municípios limítrofes a este, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º.

§ 3º O disposto no caput e nos §§ 1º e 2º se aplica ao serviço de urgência e emergência, sem necessidade de autorização prévia, respeitando as Resoluções CONSU nº 8 e 13, ambas de 3 de novembro de 1998, ou os normativos que vierem a substituí-las.

Art. 5º Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir atendimento em:



*I - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este; ou
II - prestador integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual faz parte o município.*

§ 1º Na inexistência de prestadores nas hipóteses listadas nos incisos I e II deste artigo, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º.

§ 2º Nas hipóteses listadas nos incisos I e II deste artigo, a operadora estará desobrigada a garantir o transporte.

Art. 6º Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço de urgência e emergência demandado, no mesmo município, nos municípios limítrofes a este e na região de saúde à qual faz parte o município, desde que pertencentes à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitado o disposto no inciso XIV do art. 3º.

Parágrafo único. O disposto no caput dispensa a necessidade de autorização prévia, respeitando as Resoluções CONSU nº 08 e 13, de 1998, ou os normativos que vierem a substituí-las.(...)"

Resposta: Sim estamos cientes.

2. Ciente o CRM-MG, ainda, de que o reembolso é devido quando comprovada pelo beneficiário a indisponibilidade ou inexistência de prestador ou a impossibilidade imputável à operadora, de acesso à rede?

Resposta: SIM

3. Ciente o CRM-MG, de que o preço do plano exclusivo para inativos, nos termos da RN 279, pode ser fixado de forma diversa do plano para ativos, em razão dos riscos característicos desta contratação?

Resposta: A proposta inicial para os inativos deve ser fixada no mesmo valor dos ativos e conforme RN 279 da ANS poderá sofrer reajuste diferenciado do plano dos ativos.



§2º Aos ex-empregados do CRM-MG, inclusive aos aposentados, bem como seus cônjuges/companheiros, dependentes diretos e/ou legais, deverão ser observados os termos da Lei Federal n.º 9656/98, RN 270/11 e legislação complementar pertinente, mediante assunção de pagamento integral pelo beneficiário titular.

4. Diante da ausência da previsão no Edital, cabe ressaltar que, **AINDA QUE O CONTRATO NÃO POSSUA MENOS DE 100 (CEM) BENEFICIÁRIOS QUANDO DE SUA ASSINATURA**, a ANS obriga implementá-lo com as disposições da RN 309, pois com base no princípio da informação, da boa-fé e da probidade, as Partes devem estar devidamente informadas sobre a possibilidade do reajuste pelo pool de risco das operadoras.

Em outubro de 2012 a Agência Nacional de Saúde publicou a Resolução Normativa nº 309/2012. Referida Resolução determina:

*“Art. 3º É **obrigatório** às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento.*

§ 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos com 30 (trinta) ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento.

*Art. 4º Ressalvada a hipótese prevista no artigo 5º, a operadora, após a apuração da quantidade de beneficiários prevista artigo 6º, **calculará um único percentual de reajuste, que deverá ser aplicado para todo o agrupamento dos seus contratos coletivos**, independentemente do plano contratado.”*

Pela leitura dos dispositivos acima transcritos, verifica-se que, qualquer que seja a Operadora vencedora do certame, na eventualidade de estarem vinculados ao contrato menos de 30 beneficiários, a Contratada estará obrigada a fazer incidir sobre o ele o percentual de reajuste calculado para incidência em todos os seus contratos com menos de 30 beneficiários.

Caso esta regra não seja observada, estará a Operadora Contratada sujeita a aplicação de multa no valor de R\$ 45.000,00 (quarenta e cinco mil reais), conforme previsão contida do art. 61-D da RN nº 124/06, veja:



“Art. 61-D Deixar a operadora de promover o agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários, ou com o quantitativo de beneficiários estipulado pela própria operadora, ou promovê-lo em desacordo com a regulamentação específica para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento:

Sanção - multa de R\$ 45.000,00”

Tendo em vista a determinação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, considerando que a adesão dos servidores dependentes ao contrato de plano de saúde é facultativa, sendo possível que a ele estejam vinculados menos de 100 beneficiários, caso isso ocorra, o Ente concorda com o reajuste segundo o agrupamento de risco da operadora vencedora?

Resposta: SIM

5. Ciente o CRM-MG de que o atendimento às especialidades não médicas, tais como fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, terapia ocupacional somente serão prestadas mediante prévia indicação/solicitação médica, nos termos da RN 428, da ANS?

Resposta: SIM

6. Em relação aos **requisitos objetivos de rede e da capacidade técnica**, questiona-se:

- (a) O CONSU – **Conselho de Saúde Suplementar não contém registro de operadora, tendo sido o órgão criado quando da lei 9.656/98, em âmbito ministerial, para acompanhar as atividades da ANS.** Esta sim, disciplina a autorização de funcionamento/registro de operadoras e produtos, nos termos da RN 85 e Lei 9.656:

(...) Art. 3º Os pedidos de registros deverão ser encaminhados pela pessoa jurídica à ANS, conforme disposto nesta Resolução e demais documentos que venham a ser definidos em Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO.(...)

“(...) Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:



I - registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso, em cumprimento ao disposto no art. 1º da Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980;

II - descrição pormenorizada dos serviços de saúde próprios oferecidos e daqueles a serem prestados por terceiros;

III - descrição de suas instalações e equipamentos destinados a prestação de serviços;

IV - especificação dos recursos humanos qualificados e habilitados, com responsabilidade técnica de acordo com as leis que regem a matéria;

V - demonstração da capacidade de atendimento em razão dos serviços a serem prestados;

VI - demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos privados de assistência à saúde oferecidos, respeitadas as peculiaridades operacionais de cada uma das respectivas operadoras;

VII - especificação da área geográfica coberta pelo plano privado de assistência à saúde.(...) “

Não há como se atender ao requisito posto no Edital, o qual merece a devida reforma, para que seja apresentada a comprovação de registro na AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS?

Resposta: APRESENTAR O COMPROVANTE DE REGISTRO JUNTO A ANS.

- (b) O item 2.5, página 27 fala em: “(...) em 05 (cinco) deles, no mínimo, deverão ser realizados **todos** os procedimentos cirúrgicos propostas(sic), inclusive cirurgias cardíacas/neurológicas, com UTI neonatal, infantil, adulto, com banco de sangue próprio, bem como serviço de diálise/hemodiálise, apresentando relação em que constem o nome e o endereço dos hospitais;(...)”. Quais são os procedimentos propostos? O que deve ser garantido? O CRM-MG deve considerar que cada instituição hospitalar possui determinadas especialidades cirúrgicas, mas não necessariamente todas, de acordo com a dispersão de profissionais e expertise? Que isso pode reduzir a competitividade do certame?

Resposta: Deve-se entender o atendimento da maioria das especialidades e procedimentos cirúrgicos atendendo as resoluções da ANS.

- (c) No caso do item 2.6, página 27, o CRM-MG deve considerar que é visivelmente limitativo da competitividade e incompatível com a natureza célere e mais informal, do pregão, o levantamento de tudo o que dispõe 100 (cem) hospitais, espalhados pelo território nacional, considerando que as operadoras não são obrigadas a contratar todo o escopo de serviços dos hospitais, mas sim garantir a cobertura do Rol, nos prazos e condições descritas na RN 259, da ANS?

Resposta: Apresentar apenas a relação de 100 (cem) hospitais espalhados pelo território nacional.



- (d) O Ente está ciente que o reembolso será de acordo com a tabela da Operadora, considerando-se a letra da Lei 9.656/98 ?

Resposta: Sim, estamos cientes.

- (e) O Ente está ciente da não existência de profissionais e entidades em todas as capitais para prestação de serviços de assistência à saúde em todas as especialidades descritas no Edital, conforme item 2.10, página 28? O atendimento poderá ser prestado conforme RN 259 da ANS?

Resposta: SIM. CORRETO O ENTENDIMENTO.

- (f) O CRM-MG pretende que as participantes descrevam, a respeito de cada um dos hospitais relacionadas na rede, todos os quantitativos de leitos (5.6.13, página 39) – ainda que estes possam variar, a critério da entidade hospitalar – e todo o cabedal de equipamentos de que estes dispõem para a prestação de serviços por eles executada, requisitando-se, nesta oportunidade, a revisão deste critério, considerando a razoabilidade e proporcionalidade, além de não se coadunar com a fluidez e rapidez que caracterizam o processo licitatório sob a modalidade pregão, cujos prazos são curtos e, o processo em si, é menos formal, exatamente com a finalidade de atingir-lhes os objetivos. Esse item não seria cumprido pela apresentação da rede prestadora, nos termos da RN 285, da ANS?

Resposta: SIM BASTA APRESENTAÇÃO DA REDE PRESTADORA NOS TERMOS DA RN 285.

- (g) Observando-se o princípio da razoabilidade e proporcionalidade, pede-se revisão da obrigatoriedade de apresentar-se a comprovação de todos os tipos de vínculos de equipe médica contida no item 5.6.14, considerando-se que a depender do porte da operadora vencedora, haveria necessidade de apresentação de milhares de dados, com comprovantes de diversos tipos, o que certamente não seria de utilidade. Esse item não seria cumprido pela apresentação da rede prestadora, nos termos da RN 285, da ANS? Veja-se:

Resposta: SIM, este item será cumprido bastando apresentar a rede prestadora.

“(…) Art. 2º Todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão disponibilizar nos seus Portais Corporativos na Internet informações sobre sua rede assistencial, observando os seguintes requisitos mínimos:

I - a rede assistencial deverá ser exibida por plano de saúde, apresentando:



- a) o nome comercial do plano de saúde;
 - b) seu Nº de registro na ANS ou seu código de identificação no Sistema de Cadastro de Planos comercializados anteriormente à data de vigência da Lei Nº 9.656, de 1998 (SCPA);
 - c) sua classificação para fins de comercialização, na forma do artigo 2º, da RN Nº 195, de 2009; e
 - d) sua situação junto à ANS na forma do artigo 12 da RN Nº 85, de 2004.
- II - cada prestador de serviços de saúde que compõe a rede assistencial deverá ser exibido com os seguintes dados:*
- a) tipo de estabelecimento;
 - b) nome fantasia do estabelecimento, se houver, além da razão social e do CNPJ do estabelecimento, caso se trate de pessoa jurídica;
 - c) nome do profissional, caso se trate de pessoa natural, com o número de registro no respectivo Conselho Profissional;
 - d) especialidade(s) ou serviço(s) contratado(s), de acordo com o contrato firmado junto à operadora de planos privados de assistência à saúde, nos moldes das Resoluções Normativas - RN Nº 42, de 4 de julho de 2003; RN Nº 54, de 28 de novembro de 2003, e RN Nº 71, de 17 de março de 2004;
 - e) endereço, contendo:
 - 1. unidade da Federação;
 - 2. município;
 - 3. bairro;
 - 4. logradouro;
 - 5. número; e
 - 6. código de Endereçamento Postal - CEP.
 - f) outras formas de contato:
 - 1. ddd e telefones; e
 - 2. sítio eletrônico da Internet, caso exista.
 - g) o nome comercial e o registro junto à ANS dos planos de saúde que garantem seu atendimento. (...)"

7. Ciente o CRM-MG que a cobertura do contrato de plano de saúde médico e odontológico é a do Rol de Procedimentos da ANS e que a cláusula de exclusão de procedimentos constante no edital é meramente exemplificativa, não havendo motivo para falar em limitação das exclusões?

Resposta: Sim, correto o entendimento.

8. O redimensionamento por redução ou a substituição de prestadores são regulados por Lei (9.656/98) e pela resolução normativa nº 365 e instruções normativas 43, 46 dentre outras. Assim, já existe disciplina normativa específica para a questão, o que é objeto de monitoramento pela autarquia reguladora competente. Veja-se que, a Lei em si, permite que haja descredenciamento sem nova contratação que lhe substitua,



pelo que se entende que o item 4.6, página 29, não deve ser entendido como uma condicionante inafastável, a saber, deve ser aplicado exclusivamente nos casos de substituição e não de redução (salientando-se que, no caso da redução, a ANS analisa o pedido em conformidade com a quantidade e qualidade da rede, dispersão dos beneficiários e capacidade de absorção existente, para que não haja prejuízos para os beneficiários). O Ente está ciente desta legalidade?

Resposta: SIM

9. Considerando a publicação da Lei Geral de Proteção de Dados e que aquela está em *vacatio legis*, necessário pontuar que, para a vigência da lei em questão, as Partes necessitarão proceder à alteração do contrato, para inserir os requisitos legais e, o CRM-MG deverá providenciar junto aos beneficiários quaisquer termos de consentimento necessários para a execução do presente contrato. Ciente o CRM-MG das exigências legais e do aqui pontuado?

Resposta: O CRM-MG atenderá aos dispositivos da Lei Geral de Proteção de Dados.

10. Ciente o Ente de que, comunicada à Unimed-BH exclusão de beneficiário, esta terá efeitos imediatos, nos termos da RN 412?

Resposta: SIM

11. Os números de registro dos produtos na ANS podem ser inseridos na primeira página do contrato? A operadora vencedora, informando-os antecipadamente, possibilitam essa inclusão?

Resposta: Sim

12. O Ente está ciente que podem ser exigidos o cumprimento do prazo de carências após transcorridos 30 (trinta) dias do evento que lhe conceda o direito de ingresso no plano? Requer-se que o edital seja modificado a fim de contemplar as disposições da RN 195 e RN 162 relacionadas à doença ou lesão preexistente.

Resposta: O edital acata todos normativos da ANS.

13. A Operadora poderá apresentar preço diferenciado de coparticipação para consulta em pronto atendimento? Caso afirmativo, a informação poderá constar no “Anexo 08 – Carta Proposta Para Fornecimento – Lote 01”?

Resposta: SIM, mas o preço diferenciado deve ser informado na proposta, mas não será considerado para o preço global dos lances no pregão.

14. Ciente o CRM-MG de que a operadora vencedora poderá fixar, dentro dos limites máximos contidos da Lei 9.656/98, os prazos de carência a que se sujeitam,



eventualmente, os beneficiários incluídos a destempo, nos termos do edital e da RN 195, da ANS?

Resposta: SIM

15. No item 4.11, página 30, tratando-se de retorno de beneficiário excluído por não satisfazer requisitos de elegibilidade, havendo descontinuidade de assistência, ciente o CRM-MG que pode ser exigida carência?

Resposta: Sim

16. O item 5.6.11 poderá ser apresentado por meio de jornal de grande circulação, através das demonstrações financeiras?

Resposta: Sim

17. A comprovação solicitada no item 5.6.12, página 39, poderá ser a relação de todos os laboratórios situados em Belo Horizonte, disponibilizado por meio de guia eletrônico no site da operadora?

Resposta: Sim

18. Os beneficiários agregados são pai e mãe, exclusivamente?

Resposta: SIM

19. O item d não está em confronto com o item b? A saber, a contratação difere da inclusão no plano de saúde. Se a inclusão no plano de saúde se der decorridos mais de 30 (trinta) dias da contratação do beneficiário pelo CRM-MG, possível a imputação de carência. Correto?

Resposta: Sim

20. De acordo com os anexos "Anexo 08 – Carta Proposta Para Fornecimento – Lote 01" e "Anexo 08 – Carta Proposta Para Fornecimento – Lote 02", não há previsão ou campo para apresentação dos valores para o contrato de inativos (ex-funcionários). Dessa forma, a Operadora poderá apresentar os valores posteriormente?

Resposta: Apresentar os valores no anexo 08 também, porém estes valores não serão computados nos valores globais apresentados para fins da disputa de preços.



21. O valor será considerado o menor por lote, sendo um "Lote 01" para assistencial e "Lote 02" para odontológico?

Resposta: Sim, lembrando que deverá ser postado o valor por mês.

22. Os serviços de transporte aeromédico deverão ser apresentados separadamente ou deverão compor o valor do "Lote 01", juntamente com os serviços de assistência médica?

Resposta: Deverá estar incluído na proposta global.

23. Ciente o Ente de que a nota fiscal é eletrônica e segue o padrão estabelecido pela legislação municipal? O relatório e a nota fiscal de que trata o item 10.2.1 pode ser disponibilizado on line, via área segura e logada, para download e impressão?

Resposta: Correto o entendimento

24. A RN 338 foi revogada e a que atualmente vigente é a RN 428, o Ente está ciente desta alteração?

Resposta: SIM

25. No item IV, página 19, onde se lê: "IV - Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, inclusive sob internação, sem limite de qualquer espécie, em situações eletivas e/ou emergenciais (no que couber), Lei 9656/98:", quer o CRM-MG dizer: "“IV - Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, inclusive sob internação, sem limite de qualquer espécie, em situações eletivas e/ou emergenciais (no que couber), conforme Lei 9656/98 e normas da ANS”?"

Resposta: SIM

26. Sobre o produto odontológico a cobertura será o Rol vigente da ANS? A Operadora poderá utilizar a sua minuta padrão, considerando que o "Anexo 11" refere-se apenas a prestação de serviços de assistência médica?

Resposta: SIM

Belo Horizonte, 14 de fevereiro de 2020.

Atenciosamente,


Mário Augusto Vasconcelos Teixeira
Pregoeiro