

**AO
SR – PREGOEIRO NOMEADO PELO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE
MINAS GERAIS - PREGÃO ELETRÔNICO PE 001/2020**

Ref.: **PREGÃO ELETRÔNICO Nº 001/2020**

UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO, sociedade cooperativa regularmente inscrita no CNPJ sob o nº 16.513.178/0001-76, com sede na Rua dos Inconfidentes, nº 44, bairro Funcionários, Belo Horizonte/MG, vem, respeitosa e tempestivamente, com fulcro na legislação que regulamenta o Pregão e no Edital, **REQUERER ESCLARECIMENTOS** acerca do Edital do processo supranumerado:

1 – DOS PEDIDOS DE ESCLARECIMENTOS

A ora manifestante pretende participar do procedimento licitatório em epígrafe. Ao tomar conhecimento dos termos do Edital e analisando as exigências do referido instrumento convocatório, observou a necessidade de reiterar o pedido de esclarecimento, consoante se infere abaixo, requerendo-se ao Ente o esclarecimento quanto aos seguintes pontos:

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.(...)"

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?
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?

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?

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?

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?

- (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?
- (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?
- (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 ?
- (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?
- (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?

- (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:

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

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"?

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?

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?

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

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?

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

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?

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?

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

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?

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?

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

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"?

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?

2 - DOS PEDIDOS

Por todo o exposto, requer sejam todas as questões supra referenciadas esclarecidas para o bom andamento do presente certame e dos demais atos que a ele sucederem.

Nestes termos, pede deferimento.

Belo Horizonte/MG, 13 de fevereiro de 2020.



UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
P/p: Thiago Henrique de Castro Maforte