

Assunto Departamento de Licitações - Instituto Vital Brazil - Pedido de Esclarecimento ao Edital nº 004/2023

De Juan Carlos Maciel Brito <juan.brito@segurosunimed.com.br>

Para licitacao@vitalbrazil.rj.gov.br <licitacao@vitalbrazil.rj.gov.br>

Cc

Leticia Dias da Silva <leticia.silva@segurosunimed.com.br>, Vinicius de Souza Sampaio <vinicius.sampaio@segurosunimed.com.br>, Daniela Rocha Marzochi <daniela.marzochi@segurosunimed.com.br>, Leonardo Ubiratan de Oliveira <leonardo.oliveira@segurosunimed.com.br>, Nathalia Pina <nathalia.pina@segurosunimed.com.br>

Data segunda-feira 3 de julho de 2023 16:45:09

Ao
Instituto Vital Brazil
REF.: SOLICITAÇÃO DE ESCLARECIMENTOS

Objeto: Contratação de pessoa jurídica para a prestação de serviços de assistência médica, clínica e cirúrgica, hospitalar e ambulatorial, geral e especializada e atendimento de urgência, pronto-socorro, pronto-atendimento, obstétrica/maternidade, serviços de análise diagnóstica de atendimento laboratorial, métodos complementares de diagnósticos, radiodiagnóstico e tratamento, conforme acordo coletivo em vigor, sem carências, com cobertura médico-ambulatorial e hospitalar, mediante a disponibilização de redes credenciadas aos empregados públicos do instituto vital e beneficiários.

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

Cordialmente,

Juan Brito

Área Técnica - Unidade de Licitações

www.segurosunimed.com.br



**Reconhecida como o Lugar Mais
Incrível para Trabalhar do Brasil, com
destaque em Inovação e Autonomia***

*De acordo com a FEEEx 2022

Anexos

PEDIDO DE ESCLARECIMENTO - INSTITUTO VITAL BRAZIL.pdf (173 kB)

Ao
INSTITUTO VITAL BRAZIL

REF.: SOLICITAÇÃO DE PEDIDO DE ESCLARECIMENTOS

Objeto: Contratação de pessoa jurídica para a prestação de serviços de assistência médica, clínica e cirúrgica, hospitalar e ambulatorial, geral e especializada e atendimento de urgência, pronto-socorro, pronto-atendimento, obstétrica/maternidade, serviços de análise diagnóstica de atendimento laboratorial, métodos complementares de diagnósticos, radiodiagnóstico e tratamento, conforme acordo coletivo em vigor, sem carências, com cobertura médico-ambulatorial e hospitalar, mediante a disponibilização de redes credenciadas aos empregados públicos do instituto vital e beneficiários.

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

PÁGINA 19, ITEM 4.6 A COBERTURA HOSPITALAR... DO PLANO – TERMO DE REFERÊNCIA

PERGUNTA 01: Com relação ao item 4.6 do termo de referência, pedimos ao órgão confirmar que a RN 465 da ANS que dispõe sobre a atualização do rol da ANS determina que não pode haver limitação de internação, independentemente do tipo do diagnóstico, neste caso, psiquiátrico, e, portanto, a operadora vencedora deverá garantir o atendimento nos termos dos normativos e diretrizes de utilização definidos pela ANS.

PÁGINA 20, ITEM 4.8 DOS RECURSOS MÍNIMOS OBRIGATÓRIOS – TERMO DE REFERÊNCIA

PERGUNTA 02: Com relação ao item 4.8 do termo de referência e o item 14.24, pedimos ao órgão confirmar que se aplica a regra da RN 490 da ANS sobre remoção hospitalar.

PÁGINA 22, ITEM 4.12.3, DO REEMBOLSO – TERMO DE REFERÊNCIA

PERGUNTA 03: Pedimos ao órgão confirmar que a previsão do item 4.12.2 “a” o reembolso deverá seguir a da RN 566 da ANS, em seus artigos 4º e 5º que dispõe sobre a indisponibilidade ou inexistência de rede credenciada na região requerida pelo beneficiário.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – EXCEÇÃO DO INADIMPLEMENTO

“Constitui cláusula essencial do presente contrato, de observância obrigatória por parte da CONTRATADA, a impossibilidade, perante o CONTRATANTE, de opor, administrativamente, exceção de inadimplemento, como fundamento para a interrupção unilateral do serviço”.

PERGUNTA 04: Pedimos ao órgão confirmar que excetua-se na cláusula décima sétima do contrato a regra de rescisão por inadimplemento previsto na lei 8.666 (Artigo 78, XV).

PERGUNTA 05: 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 a RN 566/2022, que trata quanto da garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado nas cidades/bairros limítrofes. Nosso entendimento está correto? Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

PÁGINA 28, ITEM 14. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA – DO EDITAL

PERGUNTA 06: Por questões de Política Ambiental e de Sustentabilidade, e com intuito de sempre proporcionar agilidade e segurança nos dados compartilhados, por favor ratificar o nosso entendimento de que o Guia/Manual de Rede Referenciada, bem como a carteirinha dos beneficiários, poderão ser disponibilizados de forma virtual, sendo ambos disponibilizados no aplicativo e site eletrônico desta Seguradora para consulta, além ainda de no caso de eventuais dúvidas será disponibilizado atendimento telefônico 0800.

PÁGINA 26, ITEM 10. DO PAGAMENTO – DO EDITAL

PERGUNTA 07: Com intuito de ampliar a competitividade e isonomia do processo licitatório, considerando os limites das obrigações contratuais, bem como a natureza jurídica das companhias seguradoras, onde as mesmas não são configuradas como prestadoras de serviços, assim não instituindo retenção de ISS, conforme preconiza a Lei Complementar no 116/2003, Lei no 13.701/2003 e Portaria 14/2004-SF, ratificamos que as seguradoras são isentas de emissão de Nota Fiscal.

Por todo o exposto, podemos considerar válida a substituição de apresentação de Nota Fiscal por Apólice de Seguros, Fatura e Boleto?

A título de conhecimento, disponibilizamos o modelo demonstrativo (Doc.1) da Fatura a ser disponibilizada na hipótese de contratação dos serviços, objeto do presente processo licitatório.

PÁGINA 16, ITEM 2 – DA JUSTIFICATIVA – DO TERMO DE REFERÊNCIA

PERGUNTA 08: Com intuito de ampliar a competitividade e isonomia do processo licitatório, pedimos esclarecer se o órgão está ciente e de acordo que, para os atendimentos odontológicos, a cobertura que compõe o produto dos planos de saúde contempla os atendimentos referentes especialidade de Buco-Maxilo-Facial, mediante indicação e avaliação médica regulatória, para internações em casos cirúrgicos e eventuais exames necessários, conforme ROL da ANS.

PÁGINA 16, ITEM 2 – DA JUSTIFICATIVA, PARÁGRAFO PRIMEIRO – DO TERMO DE REFERÊNCIA

PERGUNTA 09: Pedimos esclarecer se o item/parágrafo citado se refere a Remissão.

PÁGINA 16, ITEM 2 – DA JUSTIFICATIVA, PARÁGRAFO PRIMEIRO – DO TERMO DE REFERÊNCIA

PERGUNTA 10: Ainda sobre o item citado, cabe ressaltar que por força de normativa da agência reguladora, os aposentados que contribuíram para o plano de saúde por 10 anos ou mais, tem garantido o direito de permanência no plano enquanto o empregador oferecer o benefício aos funcionários ativos, sendo a permanência de um ano para cada ano contribuído. O Órgão está ciente e de acordo?

PÁGINA 18, ITEM 4.2 DOS BENEFICIÁRIOS – TERMO DE REFERÊNCIA

PERGUNTA 11: Pedimos a gentileza de informar quais são os outros casos de beneficiários previstos em acordo coletivo e se estão em conformidade com a legislação vigente.

PÁGINA 22, ITEM 4.12 DO REEMBOLSO:

PERGUNTA 12: O Órgão está ciente e de acordo que as licitantes utilizarão as regras previstas na RN nº 195/09, bem como, os inativos, serão em conformidade a RN 488/22 - Dispõe sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº9656/98. Cientes e de acordo? Caso negativo, favor explicar detalhadamente

PERGUNTA 13: Favor ratificar o entendimento de que as autorizações se darão nos prazos estabelecidos e serão conforme as Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial a Resolução Normativa n.º 566/2011 e 395/2011.

PÁGINA 19, ITENS 4.4, 4.6, 4.7(A, B) INTERNAÇÕES ELETIVAS E EMERGENCIAIS INCLUINDO – TERMO DE REFERÊNCIA, Página 28, ITENS 14.21, 14.24 E 14.25, DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA – TERMO DE REFERÊNCIA e Página 28, ITENS 14.39, 14.40 E 14.54, DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA – TERMO DE REFERÊNCIA

PERGUNTA 14: Pedimos a gentileza de ratificar o nosso entendimento de que a coberturas citadas no item referido, bem como em todo o edital se darão nos termos do rol da ANS vigente em conformidade resolução normativa n.º 465, de 24/02/2021 e suas posteriores atualizações e diretrizes.

PÁGINA 23, ITEM 4.13 DA FORMA DE ATENDIMENTO – TERMO DE REFERÊNCIA

I) De acordo com as regras hospitalares, os beneficiários poderão utilizar os serviços hospitalares credenciados/referenciados para cirurgias eletivas com médicos particulares, sendo que correrão por conta dos beneficiários os honorários médicos.

i.1) A CONTRATADA deverá manter no rol de credenciados, serviços destinados à reabilitação global (Adulto e Infantil), envolvendo:

i.1.1) Fisioterapia (Forno de Bier, Ultrassom, Infra-Vermelho, Ondas Curtas, Parafina, Turbilhão, F.E.S., Exercícios Isocinéticos, Ostostática, Bicicleta Estacionária, Stand Table, Rodas de Ombro ou outros tratamentos reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina);

i.1.2) Psicologia;

i.1.3) Fonoaudiologia;

i.1.4) Tratamento de moléstias congênitas ou hereditárias vinculadas à Lei nº 9.656/1998;

i.1.5) Fornecimento de prótese e órtese desde que seja inerente ao ato cirúrgico;

i.1.6) Fornecimento de material cirúrgico;

i.1.7) Atendimento e tratamento às moléstias infecto-contagiosas (inclusive as de notificação compulsória) relacionadas no rol da ANS.

j) A CONTRATADA deverá oferecer aos pacientes, serviços médicos e de apoio multidisciplinar (enfermagem, fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia, nutrição) para casos de alta complexidade, visando avaliação periódica dos pacientes e orientação aos familiares, desde que o médico responsável pela internação julgue indicado este atendimento. O período de tratamento domiciliar e a quantidade de intervenções necessárias serão de acordo com a indicação médica.

k) A CONTRATADA deverá atender ao programa de internação domiciliar, prestação de serviços que substituí a internação hospitalar, desde que o médico responsável pela internação, junto com o médico responsável da Operadora do Plano de saúde e a família do beneficiário julgue indicado esse atendimento para o caso, com acompanhamento médico, enfermagem e fisioterapia, além do fornecimento de equipamentos essenciais ao tratamento.

PERGUNTA 15: Pedimos a gentileza de ratificar o nosso entendimento de que a coberturas citadas no item referido, bem como em todo o edital se darão termos do rol da ANS vigente em conformidade resolução normativa n.º 490, de 29/03/2022 e suas posteriores atualizações e diretrizes.

PERGUNTA 16: Pedimos a gentileza de ratificar o nosso entendimento de que a coberturas citadas no item referido, bem como em todo o edital se darão nos termos do rol da ANS vigente em conformidade resolução normativa n.º 566, de 29/12/2022 e suas posteriores atualizações e diretrizes.

PÁGINA 12, ITEM 15 - CONDIÇÕES DE PAGAMENTO – EDITAL:

Modalidade e período de apuração de resultado

Considerando que o mercado segurador utiliza modalidade e período de apuração de resultado para aplicação de reajuste anual, considerando que o índice de reajuste deve ser informado ao órgão com antecedência mínima de 60 dias antes da renovação, por favor nos informar se o órgão concorda com a modalidade e período utilizado pela contratada para apuração do resultado considerando o regime caixa, conforme descrição abaixo:

- Na 1ª (primeira) avaliação, o período de apuração compreenderá do 4º (quarto) ao 9º (nono) 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 10º (décimo) ao 21º (vigésimo primeiro) 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 e sempre respeitando um período mínimo de 12 meses para aplicação de reajuste, conforme normativa ANS vigente.

PERGUNTA 17: O órgão está ciente e de acordo com os itens acima descritos? Se não, pedimos por gentileza especificar a modalidade e período de apuração de resultado e aplicação de reajuste pleiteados pelo órgão.

Reajuste por sinistralidade

Para o reajuste por sinistralidade, caso o resultado fique superior a 70% (setenta por cento), a contratada realizará o cálculo para identificação do percentual de reajuste por sinistralidade do contrato.

Sinistralidade é o resultado obtido pela divisão do valor total dos sinistros pagos alocados pelo mês de pagamento pelo total de prêmios recebidos líquidos de IOF, desprezados os primeiros três (3) meses do período analisado; de acordo com a formulação descrita abaixo:

Índice de sinistralidade=sinistro/prêmio

Onde:

Índice de sinistralidade é o resultado obtido pela divisão do valor total dos sinistros pagos alocados pelo mês de pagamento pelo total de prêmios recebidos líquidos de IOF, desprezados os primeiros três (3) meses do período analisado;

Sinistro = corresponde ao total de sinistros pagos dentro do período de apuração;

Prêmio = corresponde ao total de prêmios recebidos, do contrato, descontado o IOF – imposto de operações financeiras, dentro do período de apuração.

Onde:

Reajuste de sinistralidade = $((IS/0,70)-1)*100$

Sinistro = corresponde ao total de sinistros pagos dentro do período de apuração;

PR = corresponde ao total de prêmios recebidos, do contrato, descontado o IOF – imposto de operações financeiras, dentro do período de apuração;

IS = índice de sinistralidade

O reajuste de sinistralidade (RS) será considerado 0 (zero) sempre que o valor obtido pela sua formulação resultar em número inferior a 0 (zero).

O resultado obtido na conta é o índice de reajuste de sinistralidade.

PERGUNTA 18: O órgão está de acordo com os nossos critérios e fórmula de apuração de resultado e de aplicação de reajuste, conforme cláusulas e fórmulas discriminadas acima? Se não, pedimos por gentileza descrever os critérios e fórmula de cálculo pleiteada pelo órgão.

PERGUNTA 19: Para o reajuste financeiro, em função da variação dos custos médicos, favor nos informar se o órgão concorda em utilizar o IVCMH (Índice de Variação de Custo Médico-Hospitalar) da contratada como fator de reajuste financeiro, aplicando-se este sempre no aniversário do contrato e após 12 meses da vigência inicial. Se não, por gentileza descrever os critérios de reajuste financeiro pleiteado pelo órgão.

TERMO DE REFERÊNCIA - PÁGINA 16

"CLÁUSULA 7ª – PLANOS DE SAÚDE OU SEGURO SAÚDE E ODONTOLÓGICO:

A EMPRESA CONTRATARÁ OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE E ODONTOLÓGICO, NACIONAL OU ESTADUAL, PARA TODOS OS EMPREGADOS, EXTENSIVO AOS DEPENDENTES LEGAIS, CÔNJUGES E COMPANHEIROS COMPROVADOS ATRAVÉS DE CERTIDÃO PÚBLICA DECLARATÓRIA; FILHOS MENORES E OUTROS SOB GUARDA JUDICIAL ATÉ 24 (VINTE E QUATRO) ANOS DE IDADE.

PERGUNTA 20: Por gentileza ratificar nosso entendimento de que esta seguradora de comercialização de planos de saúde de assistência ambulatorial mais hospitalar com obstetrícia, poderá apresentar apenas planos de saúde, sem abrangimento de assistência odontológica, para atender as demandas deste processo licitatório. Se não, por favor especificar.

TERMO DE REFERÊNCIA - PÁGINAS 16 E 17:

PARÁGRAFO PRIMEIRO: O PREVISTO NESTA CLÁUSULA SERÁ LIMITADO AOS SEGUINTE PRAZOS: (A) EMPREGADO AFASTADO PELO INSS, ENQUANTO PERDURAR SEU AFASTAMENTO; (B) AOS DEPENDENTES DE EMPREGADOS FALECIDOS, POR 02 (DOIS) ANOS; (C) AOS APOSENTADOS, POR 02 (DOIS) ANOS APÓS A RESCISÃO DO CONTRATO.

PERGUNTA 21: Por gentileza ratificar nosso entendimento de que os aposentados e demitidos, tidos como inativos, somente terão direito ao plano de extensão, caso cumpram todos os critérios, estipulados pela ANS, através da RN 488, 29 de março de 2022, bem como permanecerão no plano de saúde apenas pelo período estipulado nesta mesma RN.

TERMO DE REFERÊNCIA – PÁGINA 18

OBS1. APURADO COM BASE NA FATURA DO MÊS DE MARÇO/2023.

OBS 2. ATUALMENTE TEMOS 260 (DUZENTOS E SESENTA) USUÁRIOS, PORÉM, PARA GARANTIR QUE CASO HAJA UM POSSÍVEL AUMENTO DE BENEFICIÁRIOS, TODOS SEJAM CONTEMPLADOS, CONSIDERAREMOS UMA MARGEM DE SEGURANÇA NESTE QUANTITATIVO, DEVENDO SER ADMITIDO O NÚMERO TOTAL DE 267 (DUZENTOS E SESENTA E SETE). FORAM INCLUÍDAS MAIS 7 (SETE) USUÁRIO, BEM COMO A COBRANÇA SÓ SERÁ REALIZADA PARA ESTES, SE FOR DEVIDAMENTE COMPROVADA A ATIVAÇÃO DO PLANO.

PERGUNTA 22: Por gentileza ratificar nosso entendimento de que o órgão garante a adesão compulsória de uma média de 260 vidas, considerando o quadro de funcionários e dependentes legais atual do Instituto Vital Brazil.

TERMO DE REFERÊNCIA - PÁGINA 23:

5. DA METODOLOGIA DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE E DO ACEITO DO OBJETO:

5.1 LOCAL DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO: SERÃO PRESTADOS OS SERVIÇOS NAS UNIDADES CREDENCIADAS JUNTO À OPERADORA DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA HOSPITALAR, NA REGIÃO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (COM FOCO PRINCIPALMENTE NOS MUNICÍPIOS RIO DE JANEIRO, NITERÓI, SÃO GONÇALO, CACHOEIRA DE MACACU, NOVA FRIBURGO, DUQUE DE CAXIAS E ADJACÊNCIAS).

PERGUNTA 23: Por gentileza ratificar nosso entendimento de que esta seguradora de planos de saúde poderá apresentar apenas planos de abrangência nacional para participação neste processo licitatório.

PERGUNTA 24: Por favor ratificar nosso entendimento de que o instituto vital brasil custeia 100% do plano básico para os seus funcionários ativos e dependentes. Se não, por gentileza especificar o percentual (%) de contribuição atual por parte dos proponentes ao plano.

PERGUNTA 25: Por favor ratificar nosso entendimento de que, tanto os titulares ativos (e seus respectivos dependentes), quanto os titulares inativos (e seus respectivos dependentes), utilizarão a tabela de preços por faixa etária, considerando os preços por faixa estipulados pela seguradora de planos de saúde vencedora. Se não, por favor especificar.

PERGUNTA 26: Por favor ratificar nosso entendimento de que os dependentes farão adesão ao mesmo plano escolhido por seu respectivo titular, não cabendo distinção de plano dentre o grupo familiar.

TERMO DE REFERÊNCIA, PÁGINA 18

4.2 DOS BENEFICIÁRIOS:

SERÃO BENEFICIÁRIOS DOS SERVIÇOS PARA FINS DA PRESENTE LICITAÇÃO:

G) OUTROS CASOS PREVISTOS NO ACORDO COLETIVO EM VIGOR.

PERGUNTA 27: Pedimos por favor que o órgão especifique quais são os outros casos previstos no acordo coletivo em vigor. Estes cumprem todos os critérios de elegibilidade para adesão ao plano coletivo empresarial descritos no artigo 5º da RN 557, de 14 de dezembro de 2022?

TERMO DE REFERÊNCIA, PÁGINA 23:

4.14 DO PLANO OPCIONAL:

A) A EMPRESA VENCEDORA DEVERÁ, CASO SEJA EXIGIDO PELA CONTRATANTE, NO PRAZO MÁXIMO DE 30 (TRINTA) DIAS APÓS A DATA DA ASSINATURA DO CONTRATO, APRESENTAR PROPOSTA COM VISTAS A VIABILIZAR O INGRESSO DOS EMPREGADOS DO INSTITUTO VITAL BRAZIL E SEUS DEPENDENTES EM PLANO SUPERIOR.

B) OS PRAZOS REFERENTES À MIGRAÇÃO PARA PLANOS SUPERIORES SERÃO ESTABELECIDOS EM COMUM ACORDO ENTRE A CONTRATANTE E A CONTRATADA.

PERGUNTA 28: De acordo com as condições gerais do nosso produto, o beneficiário que optar pelo Upgrade de plano terá isenção de carências somente se realizar a solicitação no início de vigência contratual, no período em que facultou o seu direito ao plano (admissão, casamento, nascimento e etc.) E no aniversário do contrato, sendo necessário o cumprimento das devidas carências, caso seja realizado Upgrade de plano fora do prazo. O órgão está ciente e de acordo?

ANEXO II – MODELO DE PROPOSTA COMERCIAL – PÁGINA 33:

PERGUNTA 29: Por gentileza nos esclarecer se devemos apresentar orçamento mensal considerando o total de 260 ou 267 vidas?

ANEXO XII – MINUTA DE CONTRATO – PÁGINA 44

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA RESCISÃO DO CONTRATO

O PRESENTE CONTRATO PODERÁ SER RESCINDIDO PELA INEXECUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DO DISPOSTO NA CLÁUSULA QUARTA OU DAS DEMAIS CLÁUSULAS E CONDIÇÕES NOS TERMOS DOS ARTIGOS 472 A 480 DA LEI Nº 10.406/02, SEM QUE CAIBA À CONTRATADA DIREITO A INDENIZAÇÕES DE QUALQUER ESPÉCIE.

PERGUNTA 30: Por gentileza, ratificar nosso entendimento de que, tanto a contratante, quanto a contratada, poderá rescindir o contrato, imotivadamente, e por interesse de ambas ou apenas uma das partes, a qualquer tempo, desde comunique por escrito previamente a parte interessada, com no mínimo 60 dias.

PERGUNTA 31: Considerando que o padrão do plano mais básico será padrão enfermária, podemos considerar transplantes extra rol somente no plano superior a ser ofertado, abrangendo no plano básico a cobertura somente para transplante cobertos por lei constantes no rol da ANS?

PERGUNTA 32: Para que possamos realizar a análise, cotação e emitir proposta contendo os valores de prêmios dos planos coletivo empresariais, pedimos, por gentileza, que o órgão nos envie:

- A) informar qual o nome da congênere atual (última congênere);
 - B) informar os planos contratos atualmente (último plano contratado);
 - C) informar se os últimos planos contratados eram de abrangência regional ou nacional;
 - D) nos enviar a relação do total de vidas, nas 10 faixas etárias, considerando a distribuição de vidas por plano contratado atualmente;
 - E) planilha contendo a localidade das vidas por uf e cidade de residência;
 - F) relatório de sinistralidade de 12 meses, contendo os valores de faturamento (em r\$), sinistro (em r\$) e evolução de vidas mês a mês (em 12 meses);
- Atenção: necessitamos pelo menos dos valores (em reais) de sinistro mensal (12 meses) e a evolução de vidas mês a mês (quantidade mensal de beneficiários vigentes no plano);
- G) relatório de maiores utilizadores contendo dos valores gastos mês a mês, em 12 meses, os CIDS e/ou patologias e a situação atual do beneficiário, ativo ou cancelado;
 - H) valores/percentuais atuais de coparticipação por procedimento/parâmetros, se houverem;
 - I) valor da última fatura paga para a congênere;
 - J) valores per capita de cada plano contratado atualmente;
 - K) informar a quantidade atual de inativos, caso houverem;
 - L) informar se há afastados, casos crônicos e casos de home care dentre a massa cotada. Se sim, por favor enviar a quantidade e os CIDS das patologias. Para os casos crônicos e de home care, se possível, nos enviar relatório médico atualizado.

PERGUNTA 33: Tendo em vista que os serviços do profissional de instrumentação cirúrgica não são remunerados pela Seguradora/Operadora, devido à falta de previsão das tabelas vigentes (AMB / CBHPM/Tabela Própria das Operadoras e Seguradoras), o órgão está ciente que esta remuneração é de responsabilidade do prestador de serviço?

PERGUNTA 34: Pedimos a gentileza de esclarecer se o contrato a ser celebrado se dará por custo, ou seja, o pagamento será efetuado com as solicitações de serviços atendidas no mês de referência.

PÁGINA 23, ITEM 4.13 DA FORMA DE ATENDIMENTO – TERMO DE REFERÊNCIA

PERGUNTA 35: Pedimos ratificar nosso entendimento de que, para os atendimentos em Atenção Domiciliar, Home Care, a operadora de saúde analisará a solicitação de atenção domiciliar do médico assistente por meio de avaliação in loco do prestador contratado da nossa rede e fará autorização e prorrogação do plano de atendimento domiciliar mediante pertinência técnica e instrumentos de avaliação, validados na literatura médica. O período do tratamento domiciliar será determinado mediante análise mensal do caso e prorrogado enquanto houver pertinência técnica. Está correto o nosso entendimento? Se não, pedimos explicar detalhadamente.

PÁGINA 19, ITEM 4.6 A COBERTURA HOSPITALAR - TERMO DE REFERÊNCIA

PERGUNTA 36: Pedimos a gentileza de ratificar o nosso entendimento de que a cobertura será nos termos do rol da ANS vigente em conformidade resolução normativa n.º 465, de 24/02/2021 e suas posteriores atualizações e diretrizes.

PERGUNTA 37: O Órgão está ciente e de acordo que, os valores serão reembolsáveis em conformidade a tabela de valores fornecidos pela operadora/seguradora, sendo os mesmos analisados de acordo com o ROL (Rol de Procedimentos e eventos em saúde da Agência Nacional de Saúde) e Diretrizes (DUT) da ANS. Ciente e de acordo? Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

PÁGINA 23, ITEM 4.13 DA FORMA DE ATENDIMENTO – DO TERMO DE REFERÊNCIA

PERGUNTA 38: O Órgão está ciente e de acordo que, em que pese as empresas licitantes disponham de Central de Atendimento disponíveis em 24 (vinte e quatro) horas, o agendamento de exames e consultas deverão ser realizados diretamente junto a rede credenciada, em conformidade as Diretrizes de Utilização (DUT) aplicáveis e vigentes, ocorrendo as autorizações (quando necessárias) mediante avaliação da Regulação Médica e parametrizações em sistema. Ciente e de acordo? Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

São Paulo, 03 de julho de 2023.



Unimed Saúde e Odonto S/A
CNPJ/MF nº 10.414.182/0001-09
Vinicius de Souza Sampaio
Analista de Licitação
RG nº 47.755.570-6
CPF nº 397.072.848-70

Fatura

Fatura Mensal de Prêmio de Seguros

Estipulante:

CNPJ:

A/C :

Período de Vigência XX/XX/XXX a XX/XX/XXX	Data de Emissão XX/XX/XXX	Vencimento XX/XX/XXX
Número da Fatura XXXXXXX	Apólice XXXXXXX	Agente XXXX

Histórico

Plano	Descrição		Total		
			Vidas	Ajustes	Prêmio Bruto
XXX	UNIMED SEGURO SAUDE XXXXXXXX	XXXXXXX	XXXX	XXXX	XXXX
XXX	UNIMED SEGURO SAÚDE XXXXXXXX	XXXXXXX	XXXX	XXXX	XXXX
XX	UNIMED SEGURO SAÚDE XXXXXXXX	XXXXXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Totais:			XXXX	XXXX	XXXX

Efetuar pagamento conforme boleto enviado.

Totais

Prêmio Bruto:

IOF Prêmio Bruto:

Ajustes de Prêmio:

IOF Ajustes de Prêmio:

IOF Total:

Prêmio Líquido:

Ajustes Custo Operacional

Ajustes Coparticipação

Total fatura

Em atendimento à Lei 12.741/12 informamos que incidem as alíquotas de 0,65% de PIS/Pasep e de 4% de COFINS, deduzidos do estabelecido em legislação específica

ANS - nº 00.070-1

UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A - CNPJ/MF: 04.487.255/0001-81

Al Ministro Rocha Azevedo, 366 CEP 01410-901 São Paulo SP

Tel 08000166633 Fax

www.segurosunimed.com.br



Governo do Estado do Rio de Janeiro

Instituto Vital Brazil

Gerência de Licitações

À Assessoria Especial de Recursos Humanos

Encaminhamos o Pedido de Esclarecimento 55079659, formulado pela empresa **Unimed Seguros Saúde S.A.**, sobre o PE 004/2023, cujo o objeto é a contratação de pessoa jurídica para a prestação de serviços de assistência médica, clínica e cirúrgica, hospitalar e ambulatorial, geral e especializada e atendimento de urgência, pronto-socorro, pronto-atendimento, obstétrica/maternidade, serviços de análise diagnóstica de atendimento laboratorial, métodos complementares de diagnósticos, radiodiagnóstico e tratamento, conforme acordo coletivo em vigor, sem carências, com cobertura médico-ambulatorial e hospitalar, mediante a disponibilização de redes credenciadas aos empregados públicos do Instituto Vital e beneficiários.

Após, a manifestação dessa Assessoria, deverá o processo retornar a esta Gerência de Licitações para o devido prosseguimento.

Niterói, 04 de julho de 2023



Documento assinado eletronicamente por **Thamiris Guimarães Viana Eckhardt, Supervisora**, em 04/07/2023, às 08:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 21º e 22º do [Decreto nº 46.730, de 9 de agosto de 2019](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.fazenda.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=6, informando o código verificador **55079661** e o código CRC **EC8F5359**.

Referência: Processo nº SEI-080005/000249/2023

SEI nº 55079661

Rua Maestro José Botelho, 64, - Bairro Vital Brazil, Niterói/RJ, CEP 24230-410
Telefone:



Governo do Estado do Rio de Janeiro

Instituto Vital Brazil

Diretoria Presidência

A Gerência de Licitações.

Em resposta ao Despacho SEI (55079659) que trata de pedido de esclarecimento formulado pela empresa, UNIMED SEGUROS SAÚDE S.A, respondemos:

PÁGINA 19, ITEM 4.6 A COBERTURA HOSPITALAR... DO PLANO – TERMO DE REFERÊNCIA

PERGUNTA 01: Com relação ao item 4.6 do termo de referência, pedimos ao órgão confirmar que a RN 465 da ANS que dispõe sobre a atualização do rol da ANS determina que não pode haver limitação de internação, independentemente do tipo do diagnóstico, neste caso, psiquiátrico, e, portanto, a operadora vencedora deverá garantir o atendimento nos termos dos normativos e diretrizes de utilização definidos pela ANS.

Resposta: A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou, em 2 de março de 2021, a Resolução Normativa nº 465 que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, estabelecendo a cobertura essencial obrigatória a ser garantida pelos planos de saúde privados. Portanto as coberturas devem atender as regras da ANS e ao que prevê no TERMO DE REFERÊNCIA.

PÁGINA 20, ITEM 4.8 DOS RECURSOS MÍNIMOS OBRIGATÓRIOS – TERMO DE REFERÊNCIA

PERGUNTA 02: Com relação ao item 4.8 do termo de referência e o item 14.24, pedimos ao órgão confirmar que se aplica a regra da RN 490 da ANS sobre remoção hospitalar.

Resposta: A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou, em 31 de março de 2022, a Resolução Normativa nº 490 sobre a cobertura de remoção de beneficiários de planos privados de assistência à saúde, com segmentação hospitalar, que tenham cumprido o período de carência. Portanto as coberturas devem atender ao TERMO DE REFERÊNCIA.

*2.1 O objeto do presente pregão eletrônico é a contratação de pessoa jurídica para a prestação de serviços de assistência médica, clínica e cirúrgica, hospitalar e ambulatorial, geral e especializada e atendimento de urgência, pronto-socorro, pronto-atendimento, obstétrica/maternidade, serviços de análise diagnóstica de atendimento laboratorial, métodos complementares de diagnósticos, radiodiagnóstico e tratamento, conforme acordo coletivo em vigor, **sem carências**, com cobertura médico-ambulatorial e hospitalar, mediante a disponibilização de redes credenciadas aos empregados públicos do Instituto Vital e beneficiários.*

4.11 DAS INCLUSÕES, EXCLUSÕES E ALTERAÇÕES DE BENEFICIÁRIOS

a) O ingresso dos beneficiários está previsto no item 4.2, estes que já mantenham vínculo com INSTITUTO VITAL BRAZIL na data da assinatura do contrato, serão considerados incluídos e com cobertura no Plano, sem carências, no dia do mês em que se verificar a respectiva ADESÃO ao Plano pelo Titular, desde que esta se dê em até 30 (trinta) dias, contados da assinatura do contrato.

c) Que já mantenham vínculo com o INSTITUTO VITAL BRAZIL, na data de assinatura do contratos, sendo considerados incluídos e com cobertura no Plano,

***sem carências**, no dia do mês em que se verificar a respectiva ADESÃO ao Plano pelo Titular, desde que esta se dê em até 30 (trinta) dias, contados da data da admissão ou da posse para o cargo.*

*15.2.11 Os Serviços de Assistência Médica terão como beneficiários os empregados e seus respectivos dependentes, e serão prestados **SEM QUALQUER TIPO CARÊNCIA**, por meio de Rede Credenciada/Referenciada, com assistência médica, clínica e cirúrgica, hospitalar e ambulatorial, geral e especializada e atendimento de urgência, pronto-socorro, pronto-atendimento, obstétrica/maternidade, serviços de análise diagnóstica de atendimento laboratorial, métodos complementares de diagnósticos, radiodiagnóstico e tratamento, em âmbito estadual, com base no rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e consoante ao que estabelece a Lei Federal no 9.656/98 e suas alterações, aos grupos de beneficiários do IVB, de acordo com as características e especificações descritas neste Termo de Referência*

PÁGINA 22, ITEM 4.12.3, DO REEMBOLSO – TERMO DE REFERÊNCIA

PERGUNTA 03: Pedimos ao órgão confirmar que a previsão do item 4.12.2 “a” o reembolso deverá seguir a da RN 566 da ANS, em seus artigos 4º e 5º que dispõe sobre a indisponibilidade ou inexistência de rede credenciada na região requerida pelo beneficiário.

Resposta: O Item 4.12.2 trata do tema reembolso, transcrito a abaixo. Dessa forma, admite-se que os beneficiários possam solicitar reembolso à operadora-seguradora.

4.12 DO REEMBOLSO:

4.12.2 *Caberá reembolso das despesas efetuadas nas seguintes hipóteses:*

- a) Nas localidades em que a CONTRATADA não dispuser de rede médico-hospitalar, laboratorial e de serviços complementares ao diagnóstico e terapia, credenciada ou própria, capaz de atender os serviços contratados neste Termo de Referência;*
- b) Em situações de greve, paralisações ou outras que impeçam o atendimento pela rede própria ou credenciada da CONTRATADA;*
- c) Nos casos de urgência e emergência, como abaixo definidos, quando não for possível a utilização dos serviços na rede própria ou credenciada da CONTRATADA;*
- d) Urgência, assim entendidos os resultados de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;*
- e) Emergência, como tal definidos os que implicarem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente.*

4.12.3. *Serão considerados os seguintes critérios para os valores de reembolso:*

- a) Para as situações previstas no subitem 4.12.2.c será reembolsado 100% do Valor de Referência – VR da tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM ou, no caso de despesas hospitalares, a tabela da CONTRATADA, que deverá ser apresentada junto com a proposta do Edital;*
- b) Nos casos previstos nos itens 4.12.2 b e 4.12.2.c, o valor do reembolso corresponderá ao pagamento integral das despesas cobertas por este Termo de Referência.*
- c) O prazo máximo para reembolso, por parte da CONTRATADA, contados da apresentação, pelos beneficiários, do comprovante de pagamento acompanhado da documentação exigida, será de 30 (trinta) dias consecutivos.*
- d) A CONTRATADA informará ao INSTITUTO VITAL BRAZIL, no início da vigência do contrato, os documentos necessários para fins de reembolso das despesas médico-hospitalares.*
- e) Os procedimentos não previstos na tabela da CBHPM e reconhecidos pela ANS serão reembolsados conforme tabela a ser apresentada pela CONTRATADA e aprovada pelo INSTITUTO VITAL BRAZIL.*

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou, em 29 de dezembro de 2022, a Resolução Normativa nº 566 sobre a sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde. Portanto as coberturas devem atender as regras da ANS e ao que prevê no TERMO DE REFERÊNCIA.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – EXCEÇÃO DO INADIMPLEMENTO “Constitui cláusula essencial do presente contrato, de observância obrigatória por parte da CONTRATADA, a impossibilidade, perante o CONTRATANTE, de opor, administrativamente, exceção de inadimplemento, como fundamento para a interrupção unilateral do serviço”.

PERGUNTA 04: Pedimos ao órgão confirmar que excetua-se na cláusula décima sétima do contrato a regra de rescisão por inadimplemento previsto na lei 8.666 (Artigo 78, XV).

Resposta: A resposta está contida no documento SEI 55088260.

PERGUNTA 05: 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 a RN 566/2022, que trata quanto da garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado nas cidades/bairros limítrofes. Nosso entendimento está correto? Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

Resposta: A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou, em 29 de dezembro de 2022, a Resolução Normativa nº 566 sobre a sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde. Portanto as coberturas devem atender as regras da ANS e ao que prevê no TERMO DE REFERÊNCIA.

PÁGINA 28, ITEM 14. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA – DO EDITAL

PERGUNTA 06: Por questões de Política Ambiental e de Sustentabilidade, e com intuito de sempre proporcionar agilidade e segurança nos dados compartilhados, por favor ratificar o nosso entendimento de que o Guia/Manual de Rede Referenciada, bem como a carteirinha dos beneficiários, poderão ser disponibilizados de forma virtual, sendo ambos disponibilizados no aplicativo e site eletrônico desta Seguradora para consulta, além ainda de no caso de eventuais dúvidas será disponibilizado atendimento telefônico 0800.

Resposta: A carteira do plano de saúde é a principal identificação para atendimentos na em hospitais, clínicas e laboratório da rede credenciada. Fato é que temos beneficiários que ainda necessitam a carteira física do plano de saúde, mesmo que a empresa possa fornecer de forma digital. Também o importante é que a rede credenciada seja disponibilizada de forma fácil e rápida.

PÁGINA 26, ITEM 10. DO PAGAMENTO – DO EDITAL

PERGUNTA 07: Com intuito de ampliar a competitividade e isonomia do processo licitatório, considerando os limites das obrigações contratuais, bem como a natureza jurídica das companhias seguradoras, onde as mesmas não são configuradas como prestadoras de serviços, assim não instituindo retenção de ISS, conforme preconiza a Lei Complementar no 116/2003, Lei no 13.701/2003 e Portaria 14/2004-SF, ratificamos que as seguradoras são isentas de emissão de Nota Fiscal. Por todo o exposto,

podemos considerar válida a substituição de apresentação de Nota Fiscal por Apólice de Seguros, Fatura e Boleto? A título de conhecimento, disponibilizamos o modelo demonstrativo (Doc.1) da Fatura a ser disponibilizada na hipótese de contratação dos serviços, objeto do presente processo licitatório.

Resposta: O presente questionamento foi encaminhado ao Departamento financeiro.

PÁGINA 16, ITEM 2 – DA JUSTIFICATIVA – DO TERMO DE REFERÊNCIA

PERGUNTA 08: Com intuito de ampliar a competitividade e isonomia do processo licitatório, pedimos esclarecer se o órgão está ciente e de acordo que, para os atendimentos odontológicos, a cobertura que compõe o produto dos planos de saúde contempla os atendimentos referentes especialidade de Buco-Maxilo-Facial, mediante indicação e avaliação médica regulatória, para internações em casos cirúrgicos e eventuais exames necessários, conforme ROL da ANS.

Resposta: A empresa tem ciência que a rede de cobertura para serviços específicos de odontologia, que atenda a Clausula 7ª do Acordo Coletivo em vigor, refere-se à objeto de outra contratação. Portanto as coberturas para o plano de saúde devem atender as regras da ANS e ao que prevê no TERMO DE REFERÊNCIA.

PÁGINA 16, ITEM 2 – DA JUSTIFICATIVA, PARÁGRAFO PRIMEIRO – DO TERMO DE REFERÊNCIA.

PERGUNTA 09: Pedimos esclarecer se o item/parágrafo citado se refere a Remissão.

Resposta: Conforme prevê o Acordo Coletivo em vigor, caso haja um dos casos citados no parágrafo primeiro, *(a) empregado afastado pelo INSS, enquanto perdurar seu afastamento; (b) aos dependentes de empregados falecidos, por 02 (dois) anos; (c) aos aposentados, por 02 (dois) anos após a rescisão do contrato*, o plano de saúde deverá ser mantido com presteza e total qualidade, em consonância com o termo de referência e suas especificações.

PÁGINA 16, ITEM 2 – DA JUSTIFICATIVA, PARÁGRAFO PRIMEIRO – DO TERMO DE REFERÊNCIA

PERGUNTA 10: Ainda sobre o item citado, cabe ressaltar que por força de normativa da agência reguladora, os aposentados que contribuíram para o plano de saúde por 10 anos ou mais, tem garantido o direito de permanência no plano enquanto o empregador oferecer o benefício aos funcionários ativos, sendo a permanência de um ano para cada ano contribuído. O Órgão está ciente e de acordo?

Resposta: O Instituto Vital Brazil custeia 100% do plano de saúde aos beneficiários, portanto os funcionários aposentados não contribuíram para o plano de Saúde. Dessa forma, o Plano de Saúde deve ser mantido em conforme prevê o Acordo Coletivo em vigor, bem como devem atender as regras da ANS e ao que prevê no TERMO DE REFERÊNCIA.

PÁGINA 18, ITEM 4.2 DOS BENEFICIÁRIOS – TERMO DE REFERÊNCIA

PERGUNTA 11: Pedimos a gentileza de informar quais são os outros casos de beneficiários previstos em acordo coletivo e se estão em conformidade com a legislação vigente.

Resposta: Conforme previsto no item 4.2 do TR, segue a lista de beneficiários para fim de prestação de serviço. Entende-se como funcionários: servidores públicos, extraquadro e diretores que possuem comprovação de vínculo direto com o Instituto Vital Brazil.

4.2 DOS BENEFICIÁRIOS:

Serão beneficiários dos serviços para fins da presente licitação:

- a) Os funcionários ativos em efetivo exercício e aos beneficiados pelo acordo coletivo em vigor;*
- b) Os funcionários afastados por doença ou acidente de trabalho, enquanto perdurar seu afastamento;*
- c) Os cônjuges ou companheiros de união estável, inclusive por meio de união homoafetiva, desde que oficializados perante a lei;*
- d) Os filhos menores e outros sob guarda judicial de até 24 (vinte e quatro) anos de idade, conforme acordo coletivo em vigor;*
- e) Dependentes de empregados falecidos, por 02 (dois) anos, conforme acordo coletivo em vigor;*
- f) Aposentados, por 02 (dois) anos após a rescisão do contrato, conforme acordo coletivo em vigor.*
- g) Outros casos previstos no acordo coletivo em vigor.*
- h) Para comprovação de união estável, na inclusão do companheiro(a), é necessária a apresentação dos seguintes documentos:*
 - i) Declaração do imposto de renda do segurado, em que conste o interessado como dependente do segurado; ou*
 - j) Disposições testamentárias; ou*
 - l) Declaração especial feita perante tabelião.*

PÁGINA 22, ITEM 4.12 DO REEMBOLSO:

PERGUNTA 12: O Órgão está ciente e de acordo que as licitantes utilizarão as regras previstas na RN nº 195/09, bem como, os inativos, serão em conformidade a RN 488/22 - Dispõe sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº9656/98. Cientes e de acordo? Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

Resposta: O Plano de Saúde deve ser mantido em conforme prevê o Acordo Coletivo em vigor, bem como devem atender as regras da

ANS e ao que prevê no TERMO DE REFERÊNCIA.

PERGUNTA 13: Favor ratificar o entendimento de que as autorizações se darão nos prazos estabelecidos e serão conforme as Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial a Resolução Normativa n.º 566/2011 e 395/2011.

Resposta: O Plano de Saúde deve ser mantido em conforme prevê o Acordo Coletivo em vigor, bem como devem atender as regras da ANS e ao que prevê no TERMO DE REFERÊNCIA.

PÁGINA 19, ITENS 4.4, 4.6, 4.7(A, B) INTERNAÇÕES ELETIVAS E EMERGENCIAIS INCLUINDO – TERMO DE REFERÊNCIA , Página 28, ITENS 14.21, 14.24 E 14.25, DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA – TERMO DE REFERÊNCIA e Página 28, ITENS 14.39, 14.40 E 14.54, DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA – TERMO DE REFERÊNCIA

PERGUNTA 14: Pedimos a gentileza de ratificar o nosso entendimento de que a coberturas citadas no item referido, bem como em todo o edital se darão nos termos do rol da ANS vigente em conformidade resolução normativa n.º 465, de 24/02/2021 e suas posteriores atualizações e diretrizes. **PÁGINA 23, ITEM 4.13 DA FORMA DE ATENDIMENTO – TERMO DE REFERÊNCIA**

I) De acordo com as regras hospitalares, os beneficiários poderão utilizar os serviços hospitalares credenciados/referenciados para cirurgias eletivas com médicos particulares, sendo que correrão por conta dos beneficiários os honorários médicos.

i.1) A CONTRATADA deverá manter no rol de credenciados, serviços destinados à reabilitação global (Adulto e Infantil), envolvendo

i.1.1) Fisioterapia (Forno de Bier, Ultrassom, Infra-Vermelho, Ondas Curtas, Parafina, Turbilhão, F.E.S., Exercícios Isocinéticos, Ostostática, Bicicleta Estacionária, Stand Table, Rodas de Ombro ou outros tratamentos reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina);

i.1.2) Psicologia;

i.1.3) Fonoaudiologia;

i.1.4) Tratamento de moléstias congênicas ou hereditárias vinculadas à Lei nº 9.656/1998;

i.1.5) Fornecimento de prótese e órtese desde que seja inerente ao ato cirúrgico;

i.1.6) Fornecimento de material cirúrgico;

i.1.7) Atendimento e tratamento às moléstias infecto-contagiosas (inclusive as de notificação compulsória) relacionadas no rol da ANS.

j) A CONTRATADA deverá oferecer aos pacientes, serviços médicos e de apoio multidisciplinar (enfermagem, fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia, nutrição) para casos de alta complexidade, visando avaliação periódica dos pacientes e orientação aos familiares, desde que o médico responsável pela internação julgue indicado este atendimento. O período de tratamento domiciliar e a quantidade de intervenções necessárias serão de acordo com a indicação médica.

k) A CONTRATADA deverá atender ao programa de internação domiciliar, prestação de serviços que substituí a internação hospitalar, desde que o médico responsável pela internação, junto com o médico responsável da Operadora do Plano de saúde e a família do beneficiário julgue indicado esse atendimento para o caso, com acompanhamento médico, enfermagem e fisioterapia, além do fornecimento de equipamentos essenciais ao tratamento.

Resposta: A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou, em 2 de março de 2021, a Resolução Normativa nº 465 que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, estabelecendo a cobertura essencial obrigatória a ser garantida pelos planos de saúde privados. Portanto as coberturas devem atender as regras da ANS e ao que prevê no TERMO DE REFERÊNCIA.

PERGUNTA 15: Pedimos a gentileza de ratificar o nosso entendimento de que a coberturas citadas no item referido, bem como em todo o edital se darão termos do rol da ANS vigente em conformidade resolução normativa n.º 490, de 29/03/2022 e suas posteriores atualizações e diretrizes.

Resposta: A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou, em 29 de março de 2022, a Resolução Normativa nº 490 sobre a cobertura de remoção de beneficiários de planos privados de assistência à saúde, com segmentação hospitalar, que tenham cumprido o período de carência. Portanto as coberturas devem atender ao TERMO DE REFERÊNCIA.

PERGUNTA 16: Pedimos a gentileza de ratificar o nosso entendimento de que a coberturas citadas no item referido, bem como em todo o edital se darão nos termos do rol da ANS vigente em conformidade resolução normativa n.º 566, de 29/12/2022 e suas posteriores atualizações e diretrizes.

Resposta: A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou, em 29 de dezembro de 2022, a Resolução Normativa nº 566 sobre a sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde. Portanto as coberturas devem atender as regras da ANS e ao que prevê no TERMO DE REFERÊNCIA.

PÁGINA 12, ITEM 15 - CONDIÇÕES DE PAGAMENTO – EDITAL: Modalidade e período de apuração de resultado Considerando que o mercado segurador utiliza modalidade e período de apuração de resultado para aplicação de reajuste anual, considerando que o índice de reajuste deve ser informado ao órgão com antecedência mínima de 60 dias antes da renovação, por favor nos informar se o órgão concorda com a modalidade e período utilizado pela contratada para apuração do

resultado considerando o regime caixa, conforme descrição abaixo: - Na 1ª (primeira) avaliação, o período de apuração compreenderá do 4º (quarto) ao 9º (nono) 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 10º (décimo) ao 21º (vigésimo primeiro) 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 e sempre respeitando um período mínimo de 12 meses para aplicação de reajuste, conforme normativa ANS vigente.

PERGUNTA 17: O órgão está ciente e de acordo com os itens acima descritos? Se não, pedimos por gentileza especificar a modalidade e período de apuração de resultado e aplicação de reajuste pleiteados pelo órgão.

Reajuste por sinistralidade Para o reajuste por sinistralidade, caso o resultado fique superior a 70% (setenta por cento), a contratada realizará o cálculo para identificação do percentual de reajuste por sinistralidade do contrato. Sinistralidade é o resultado obtido pela divisão do valor total dos sinistros pagos alocados pelo mês de pagamento pelo total de prêmios recebidos líquidos de IOF, desprezados os primeiros três (3) meses do período analisado; de acordo com a formulação descrita abaixo:
$$\text{Índice de sinistralidade} = \frac{\text{sinistro}}{\text{prêmio}}$$

Onde:

Índice de sinistralidade é o resultado obtido pela divisão do valor total dos sinistros pagos alocados pelo mês de pagamento pelo total de prêmios recebidos líquidos de IOF, desprezados os primeiros três (3) meses do período analisado; **Sinistro** = corresponde ao total de sinistros pagos dentro do período de apuração; **Prêmio** = corresponde ao total de prêmios recebidos, do contrato, descontado o IOF – imposto de operações financeiras, dentro do período de apuração. Onde:

$$\text{Reajuste de sinistralidade} = ((\text{IS}/0,70) - 1) * 100$$
 Sinistro = corresponde ao total de sinistros pagos dentro do período de apuração; **PR** = corresponde ao total de prêmios recebidos, do contrato, descontado o IOF – imposto de operações financeiras, dentro do período de apuração; **IS** = índice de sinistralidade O reajuste de sinistralidade (RS) será considerado 0 (zero) sempre que o valor obtido pela sua formulação resultar em número inferior a 0 (zero). O resultado obtido na conta é o índice de reajuste de sinistralidade.

Resposta: Quanto ao descritivo acima, para ambos os casos, apresenta-se ciência e de acordo. Entretanto, o índice de reajuste Financeiro a ser aplicado será o IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo.

Quanto ao reajuste de sinistralidade, concorda-se com o descritivo e reforçar-se que o referido reajuste só será aplicado se a sinistralidade for superior a 70%.

Ressalta-se que tanto o reajuste financeiro, pelo IPCA, quanto ao reajuste de sinistralidade não devem ultrapassar o índice de reajuste preconizado pela ANS no referido ano.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou em 16 de dezembro de 2022a Resolução Normativa nº 565 que dispõe sobre os critérios para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, e dos planos privados de assistência suplementar à saúde exclusivamente odontológicos, contratados por pessoas físicas ou jurídicas e dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste. Portanto o reajuste devem atender as regras da ANS e ao que prevê no TERMO DE REFERÊNCIA.

PERGUNTA 18: O órgão está de acordo com os nossos critérios e fórmula de apuração de resultado e de aplicação de reajuste, conforme cláusulas e fórmulas discriminadas acima? Se não, pedimos por gentileza descrever os critérios e fórmula de cálculo pleiteada pelo órgão.

Resposta Quanto ao descritivo acima, para ambos os casos, apresenta-se ciência e de acordo. Entretanto, o índice de reajuste Financeiro a ser aplicado será o IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo.

Quanto ao reajuste de sinistralidade, concorda-se com o descritivo e reforçar-se que o referido reajuste só será aplicado se a sinistralidade for superior a 70%.

Ressalta-se que tanto o reajuste financeiro, pelo IPCA, quanto ao reajuste de sinistralidade não devem ultrapassar o índice de reajuste preconizado pela ANS no referido ano.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou em 16 de dezembro de 2022a Resolução Normativa nº 565 que dispõe sobre os critérios para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, e dos planos privados de assistência suplementar à saúde exclusivamente odontológicos, contratados por pessoas físicas ou jurídicas e dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste. Portanto o reajuste devem atender as regras da ANS e ao que prevê no TERMO DE REFERÊNCIA.

PERGUNTA 19: Para o reajuste financeiro, em função da variação dos custos médicos, favor nos informar se o órgão concorda em utilizar o IVCMH (Índice de Variação de Custo Médico-Hospitalar) da contratada como fator de reajuste financeiro, aplicando-se este sempre no aniversário do contrato e após 12 meses da vigência inicial. Se não, por gentileza descrever os critérios de reajuste financeiro pleiteado pelo órgão.

Resposta: Será utilizado o IPCA como fator de reajuste financeiro, aplicando-se após 12 meses da vigência inicial, conforme descritivo da pergunta 17.

TERMO DE REFERÊNCIA - PÁGINA 16 “CLÁUSULA 7ª – PLANOS DE SAÚDE OU SEGURO SAÚDE E ODONTOLÓGICO: A EMPRESA CONTRATARÁ OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE E ODONTOLÓGICO, NACIONAL OU ESTADUAL, PARA TODOS OS EMPREGADOS, EXTENSIVO AOS DEPENDENTES LEGAIS, CÔNJUGES E COMPANHEIROS COMPROVADOS ATRAVÉS DE CERTIDÃO PÚBLICA DECLARATÓRIA; FILHOS MENORES E OUTROS SOB GUARDA JUDICIAL ATÉ 24 (VINTE E QUATRO) ANOS DE IDADE.

PERGUNTA 20: Por gentileza ratificar nosso entendimento de que esta seguradora de comercialização de planos de saúde de assistência ambulatorial mais hospitalar com obstetrícia, poderá apresentar apenas planos de saúde, sem abrangimento de assistência odontológica, para atender as demandas deste processo licitatório. Se não, por favor especificar.

Resposta: A empresa tem ciência que a rede de cobertura para serviços específicos de odontologia, que atenda a Clausula 7ª do Acordo Coletivo em vigor, refere-se à objeto de outra contratação. Portanto as coberturas para o plano de saúde devem atender as regras da ANS e ao que prevê no TERMO DE REFERÊNCIA.

TERMO DE REFERÊNCIA - PÁGINAS 16 E 17: PARÁGRAFO PRIMEIRO: O PREVISTO NESTA CLÁUSULA SERÁ LIMITADO AOS SEGUINTE PRAZOS: (A) EMPREGADO AFASTADO PELO INSS, ENQUANTO PERDURAR SEU AFASTAMENTO; (B) AOS DEPENDENTES DE EMPREGADOS FALECIDOS, POR 02 (DOIS)ANOS; (C) AOS APOSENTADOS, POR 02 (DOIS) ANOS APÓS A RESCISÃO DO CONTRATO. PERGUNTA 21: Por gentileza ratificar nosso entendimento de que os aposentados e demitidos, tidos como inativos, somente terão direito ao plano de extensão, caso cumpram todos os critérios, estipulados pela ANS, através da RN 488, 29 de março de 2022, bem como permanecerão no plano de saúde apenas pelo período estipulado nesta mesma RN.

Resposta: Conforme prevê o Acordo Coletivo em vigor, caso haja um dos casos citados no parágrafo primeiro, (a) empregado afastado pelo INSS, enquanto perdurar seu afastamento; (b) aos dependentes de empregados falecidos, por 02 (dois)anos; (c) aos aposentados, por 02 (dois) anos após a rescisão do contrato, o plano de saúde deverá ser mantido com presteza e total qualidade, em consonância com o termo de referência e suas especificações.

TERMO DE REFERÊNCIA – PÁGINA 18 OBS1. APURADO COM BASE NA FATURA DO MÊS DE MARÇO/2023. OBS 2.ATUALMENTE TEMOS 260 (DUZENTOS E SESSENTA) USUÁRIOS, PORÉM, PARA GARANTIR QUE CASO HAJA UM POSSÍVEL AUMENTO DE BENEFICIÁRIOS, TODOS SEJAM CONTEMPLADOS, CONSIDERAREMOS UMA MARGEM DE SEGURANÇA NESTE QUANTITATIVO, DEVENDO SER ADMITIDO O NÚMERO TOTAL DE 267 (DUZENTOS E SESSENTA E SETE). FORAM INCLUÍDAS MAIS 7 (SETE) USUÁRIO, BEM COMO A COBRANÇA SÓ SERÁ REALIZADA PARA ESTES, SE FOR DEVIDAMENTE COMPROVADA A ATIVAÇÃO DO PLANO.

PERGUNTA 22: Por gentileza ratificar nosso entendimento de que o órgão garante a adesão compulsória de uma média de 260 vidas, considerando o quadro de funcionários e dependentes legais atual do Instituto Vital Brazil.

Resposta Para garantir uma melhor análise da proposta de preço entre as empresas interessadas deve-se admitir o número total de 267 (duzentos e sessenta e sete) para estimativa do valor de proposta de preço. Visto que já temos atualmente 266 (duzentos e sessenta) usuários, conforme tabela anexa.

Em decorrência do procedimento licitatório, em conformidade com o item 7.1, o vencedor deverá ser aquele que apresentar o critério de menor preço, em conformidade com o artigo 54, inciso I, da Lei Federal nº 13.303/2016.

As quantidades estimadas constituem uma previsão atual de beneficiários, não se obrigando o Instituto Vital Brazil a contratar tais quantidades, no todo ou em parte. A cobrança será realizada mensalmente comprovando a quantidade de vidas ativas no plano.

FAIXA ETÁRIA	TITULARES		DEPENDENTES		TOTAL	
	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.
0-18	0	0	10	9	10	9
19-23	0	0	18	7	18	7
24-28	0	0	0	0	0	0
29-33	0	0	0	1	0	1
34-38	0	0	0	0	0	0
39-43	0	2	0	4	0	6
44-48	2	3	1	8	3	11
49-53	11	3	2	13	13	16
54-58	22	5	3	16	25	21
59	4	4	2	2	6	6
60	4	0	1	7	5	7
61	4	5	2	4	6	9
62	7	4	0	2	7	6

63	4	3	0	1	4	4
64	4	3	2	2	6	5
65	1	7	0	2	1	9
66	3	5	0	2	3	7
67	6	2	1	1	7	3
68	1	2	2	1	3	3
69	1	1	0	1	1	2
70	1	2	1	0	2	2
71	1	2	2	0	3	2
72	0	0	0	1	0	1
73	2	0	0	0	2	0
74	1	0	0	0	1	0
75	1	0	0	0	1	0
76	0	0	1	0	1	0
77	0	1	0	0	0	1
TOTAL	80	54	48	84	128	138
TOTAL GERAL	134		132		266	

TERMO DE REFERÊNCIA - PÁGINA 23: 5. DA METODOLOGIA DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE E DO ACEITO DO OBJETO: 5.1 LOCAL DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO: SERÃO PRESTADOS OS SERVIÇOS NAS UNIDADES CREDENCIADAS JUNTO À OPERADORA DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA HOSPITALAR, NA REGIÃO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (COM FOCO PRINCIPALMENTE NOS MUNICÍPIOS RIO DE JANEIRO, NITERÓI, SÃO GONÇALO, CACHOEIRA DE MACACU, NOVA FRIBURGO, DUQUE DE CAXIAS E ADJACÊNCIAS).

PERGUNTA 23: Por gentileza ratificar nosso entendimento de que esta seguradora de planos de saúde poderá apresentar apenas planos de abrangência nacional para participação neste processo licitatório.

Resposta: As empresas deverão oferecer planos com abrangência estadual que atendam na Região do Estado do Rio de Janeiro (com foco principalmente nos municípios Rio de Janeiro, Niterói, São Gonçalo, Cachoeira de Macacu, Nova Friburgo, Duque de Caxias e adjacências), principalmente atendendo, no mínimo, ao item 4.9 DA REDE CREDENCIADA/REFERENCIADA. Porém, não há objeção que seja de abrangência nacional.

PERGUNTA 24: Por favor ratificar nosso entendimento de que o instituto vital brasil custeia 100% do plano básico para os seus funcionários ativos e dependentes. Se não, por gentileza especificar o percentual (%) de contribuição atual por parte dos proponentes ao plano.

Resposta: No momento, o IVB ainda custeia 100% do plano de saúde aos beneficiários. Entretanto, nos item 4.8 DOS RECURSOS MÍNIMOS OBRIGATÓRIOS, letra f, diz que: Uma vez aprovado o acordo coletivo, em fase de negociação entre as partes. O IVB poderá descontar mensalmente de todos os funcionários o percentual de 0,1% (zero vírgula um por cento) por cada vida segurada, dos respectivos salários para custeio da mensalidade dos Planos de saúde, a título de coparticipação dos empregados.

PERGUNTA 25: Por favor ratificar nosso entendimento de que, tanto os titulares ativos (e seus respectivos dependentes), quanto os titulares inativos (e seus respectivos dependentes), utilizarão a tabela de preços por faixa etária, considerando os preços por faixa estipulados pela seguradora de planos de saúde vencedora. Se não, por favor especificar.

Resposta: A vencedora da licitação oferecerá um plano de saúde do tipo coletivo empresarial, onde o valor deverá ser fixo para todas as vidas, exceto aos beneficiários que solicitarem upgrade do plano.

PERGUNTA 26: Por favor ratificar nosso entendimento de que os dependentes farão adesão ao mesmo plano escolhido por seu respectivo titular, não cabendo distinção de plano dentre o grupo familiar.

Resposta: A vencedora da licitação oferecerá um mesmo plano de saúde do tipo coletivo empresarial para todos os titulares e dependentes, admitindo exceção ao casos de beneficiários que solicitarem upgrade do plano, não cabendo distinção aos demais, conforme previsto no TERMO DE REFERÊNCIA.

TERMO DE REFERÊNCIA, PÁGINA 18 4.2 DOS BENEFICIÁRIOS: SERÃO BENEFICIÁRIOS DOS SERVIÇOS PARA FINS DA PRESENTE LICITAÇÃO: G) OUTROS CASOS PREVISTOS NO ACORDO COLETIVO EM VIGOR.

PERGUNTA 27: Pedimos por favor que o órgão especifique quais são os outros casos previstos no acordo coletivo em vigor. Estes cumprem todos os critérios de elegibilidade para adesão ao plano coletivo empresarial descritos no artigo 5º da RN 557, de 14 de dezembro de 2022?

Resposta: Conforme previsto no item 4.2 do TR, segue a lista de beneficiários para fim de prestação de serviço.

Entende-se como funcionários: servidores públicos, extraquadro e diretores que possuem comprovação de vínculo direto com o Instituto Vital Brazil.

TERMO DE REFERÊNCIA, PÁGINA 23: 4.14 DO PLANO OPCIONAL: A) A EMPRESA VENCEDORA DEVERÁ, CASO SEJA EXIGIDO PELA CONTRATANTE, NO PRAZO MÁXIMO DE 30 (TRINTA) DIAS APÓS A DATA DA ASSINATURA DO CONTRATO, APRESENTAR PROPOSTA COM VISTAS A VIABILIZAR O INGRESSO DOS EMPREGADOS DO INSTITUTO VITAL BRAZIL E SEUS DEPENDENTES EM PLANO SUPERIOR. B) OS PRAZOS REFERENTES À MIGRAÇÃO PARA PLANOS SUPERIORES SERÃO ESTABELECIDOS EM COMUM ACORDO ENTRE A CONTRATANTE E A CONTRATADA.

PERGUNTA 28: De acordo com as condições gerais do nosso produto, o beneficiário que optar pelo Upgrade de plano terá isenção de carências somente se realizar a solicitação no início de vigência contratual, no período em que facultou o seu direito ao plano (admissão, casamento, nascimento e etc.) E no aniversário do contrato, sendo necessário o cumprimento das devidas carências, caso seja realizado Upgrade de plano fora do prazo. O órgão está ciente e de acordo?

Resposta: É requisito do TERMO DE REFERÊNCIA que o plano não tenha nenhum tipo de carência, em conformidade com os itens 2.1, 4.11 e 15.2.11

*2.1 O objeto do presente pregão eletrônico é a contratação de pessoa jurídica para a prestação de serviços de assistência médica, clínica e cirúrgica, hospitalar e ambulatorial, geral e especializada e atendimento de urgência, pronto-socorro, pronto-atendimento, obstétrica/maternidade, serviços de análise diagnóstica de atendimento laboratorial, métodos complementares de diagnósticos, radiodiagnóstico e tratamento, conforme acordo coletivo em vigor, **sem carências**, com cobertura médico-ambulatorial e hospitalar, mediante a disponibilização de redes credenciadas aos empregados públicos do Instituto Vital e beneficiários.*

4.11 DAS INCLUSÕES, EXCLUSÕES E ALTERAÇÕES DE BENEFICIÁRIOS

a) O ingresso dos beneficiários está previsto no item 4.2, estes que já mantenham vínculo com INSTITUTO VITAL BRAZIL na data da assinatura do contrato, serão considerados incluídos e com cobertura no Plano, sem carências, no dia do mês em que se verificar a respectiva ADESÃO ao Plano pelo Titular, desde que esta se dê em até 30 (trinta) dias, contados da assinatura do contrato.

c) Que já mantenham vínculo com o INSTITUTO VITAL BRAZIL, na data de assinatura do contratos, sendo considerados incluídos e com cobertura no Plano,

***sem carências**, no dia do mês em que se verificar a respectiva ADESÃO ao Plano pelo Titular, desde que esta se dê em até 30 (trinta) dias, contados da data da admissão ou da posse para o cargo.*

15. DAS CONDIÇÕES DA PROPOSTA:

*15.2.11 Os Serviços de Assistência Médica terão como beneficiários os empregados e seus respectivos dependentes, e serão prestados **SEM QUALQUER TIPO CARÊNCIA**, por meio de Rede Credenciada/Referenciada, com assistência médica, clínica e cirúrgica, hospitalar e ambulatorial, geral e especializada e atendimento de urgência, pronto-socorro, pronto-atendimento, obstétrica/maternidade, serviços de análise diagnóstica de atendimento laboratorial, métodos complementares de diagnósticos, radiodiagnóstico e tratamento, em âmbito estadual, com base no rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e consoante ao que estabelece a Lei Federal no 9.656/98 e suas alterações, aos grupos de beneficiários do IVB, de acordo com as características e especificações descritas neste Termo de Referência*

ANEXO II – MODELO DE PROPOSTA COMERCIAL – PÁGINA 33: PERGUNTA 29: Por gentileza nos esclarecer se devemos apresentar orçamento mensal considerando o total de 260 ou 267 vidas?

Para garantir uma melhor análise da proposta de preço entre as empresas interessadas deve-se admitir o número total de 267 (duzentos e sessenta e sete) para estimativa do valor de proposta de preço. Visto que já temos atualmente 266 (duzentos e sessenta) usuários, conforme tabela anexa.

Em decorrência do procedimento licitatório, em conformidade com o item 7.1, o vencedor deverá ser aquele que apresentar o critério de menor preço, em conformidade com o artigo 54, inciso I, da Lei Federal nº 13.303/2016.

As quantidades estimadas constituem uma previsão atual de beneficiários, não se obrigando o Instituto Vital Brazil a contratar tais quantidades, no todo ou em parte. A cobrança será realizada mensalmente comprovando a quantidade de vidas ativas no plano.

FAIXA ETÁRIA	TITULARES		DEPENDENTES		TOTAL	
	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.
0-18	0	0	10	9	10	9
19-23	0	0	18	7	18	7
24-28	0	0	0	0	0	0
29-33	0	0	0	1	0	1
34-38	0	0	0	0	0	0
39-43	0	2	0	4	0	6
44-48	2	3	1	8	3	11

49-53	11	3	2	13	13	16
54-58	22	5	3	16	25	21
59	4	4	2	2	6	6
60	4	0	1	7	5	7
61	4	5	2	4	6	9
62	7	4	0	2	7	6
63	4	3	0	1	4	4
64	4	3	2	2	6	5
65	1	7	0	2	1	9
66	3	5	0	2	3	7
67	6	2	1	1	7	3
68	1	2	2	1	3	3
69	1	1	0	1	1	2
70	1	2	1	0	2	2
71	1	2	2	0	3	2
72	0	0	0	1	0	1
73	2	0	0	0	2	0
74	1	0	0	0	1	0
75	1	0	0	0	1	0
76	0	0	1	0	1	0
77	0	1	0	0	0	1
TOTAL	80	54	48	84	128	138
TOTAL GERAL	134		132		266	

ANEXO XII – MINUTA DE CONTRATO – PÁGINA 44 CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA RESCISÃO DO CONTRATO

O PRESENTE CONTRATO PODERÁ SER RESCINDIDO PELA INEXECUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DO DISPOSTO NA CLÁUSULA QUARTA OU DAS DEMAIS CLÁUSULAS E CONDIÇÕES NOS TERMOS DOS ARTIGOS 472 A 480 DA LEI Nº 10.406/02, SEM QUE CAIBA À CONTRATADA DIREITO A INDENIZAÇÕES DE QUALQUER ESPÉCIE.

PERGUNTA 30: Por gentileza, ratificar nosso entendimento de que, tanto a contratante, quanto a contratada, poderá rescindir o contrato, imotivadamente, e por interesse de ambas ou apenas uma das partes, a qualquer tempo, desde comunique por escrito previamente a parte interessada, com no mínimo 60 dias.

Resposta: A resposta está contida no documento SEI 55088260.

PERGUNTA 31: Considerando que o padrão do plano mais básico será padrão enfermaria, podemos considerar transplantes extra rol somente no plano superior a ser ofertado, abrangendo no plano básico a cobertura somente para transplante cobertos por lei constantes no rol da ANS?

Resposta: Reforça-se que padrão enfermaria é requisito mínimo de cobertura a ser atendido, ao item 4 do TERMO DE REFERÊNCIA.

Ainda, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou, em 2 de março de 2021, a Resolução Normativa nº 465 que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, estabelecendo a cobertura essencial obrigatória a ser garantida pelos planos de saúde privados. Portanto as coberturas devem atender as regras da ANS e ao que prevê no TERMO DE REFERÊNCIA.

4.10 DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA ASSISTENCIAL

Item 4.10: As exclusões da cobertura assistencial de que trata este Termo de Referência compreendem os procedimentos listados no Artigo 10, da Lei nº 9.656, de 03/06/1998 e suas alterações.”

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

PERGUNTA 32: Para que possamos realizar a análise, cotação e emitir proposta contendo os valores de prêmios dos planos coletivo empresariais, pedimos, por gentileza, que o órgão nos envie:

A) informar qual o nome da congênere atual (última congênere);

B) informar os planos contratos atualmente (último plano contratado);

C) informar se os últimos planos contratados eram de abrangência regional ou nacional;

- D) nos enviar a relação do total de vidas, nas 10 faixas etárias, considerando a distribuição de vidas por plano contratado atualmente;
- E) planilha contendo a localidade das vidas por uf e cidade de residência;
- F) relatório de sinistralidade de 12 meses, contendo os valores de faturamento (em r\$), sinistro (em r\$) e evolução de vidas mês a mês (em 12 meses); Atenção: necessitamos pelo menos dos valores (em reais) de sinistro mensal (12 meses) e a evolução de vidas mês a mês (quantidade mensal de beneficiários vigentes no plano);
- G) relatório de maiores utilizadores contendo dos valores gastos mês a mês, em 12 meses, os CIDS e/ou patologias e a situação atual do beneficiário, ativo ou cancelado;
- H) valores/percentuais atuais de coparticipação por procedimento/parâmetros, se houverem;
- I) valor da última fatura paga para a congênere;
- J) valores per capita de cada plano contratado atualmente;
- K) informar a quantidade atual de inativos, caso houverem;
- L) informar se há afastados, casos crônicos e casos de home care dentre a massa cotada. Se sim, por favor enviar a quantidade e os CIDS das patologias. Para os casos crônicos e de home care, se possível, nos enviar relatório médico atualizado.
- Resposta:

Atendendo ao item A) No momento não há nenhuma empresa em operação. O Último plano em operação era Ômega Plus.

Atendendo ao item B) No momento não há nenhuma empresa em operação.
A última empresa contratada foi a Union Life Administradora de Benefícios Ltda.

Atendendo ao item c) No momento não há nenhuma empresa em operação. O Último plano em operação era Ômega Plus – Abrangência Nacional

Atendendo ao item D) Temos atualmente 266 (duzentos e sessenta) usuários, conforme tabela anexa.

FAIXA ETÁRIA	TITULARES		DEPENDENTES		TOTAL	
	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.
0-18	0	0	10	9	10	9
19-23	0	0	18	7	18	7
24-28	0	0	0	0	0	0
29-33	0	0	0	1	0	1
34-38	0	0	0	0	0	0
39-43	0	2	0	4	0	6
44-48	2	3	1	8	3	11
49-53	11	3	2	13	13	16
54-58	22	5	3	16	25	21
59	4	4	2	2	6	6
60	4	0	1	7	5	7
61	4	5	2	4	6	9
62	7	4	0	2	7	6
63	4	3	0	1	4	4
64	4	3	2	2	6	5
65	1	7	0	2	1	9
66	3	5	0	2	3	7
67	6	2	1	1	7	3
68	1	2	2	1	3	3
69	1	1	0	1	1	2
70	1	2	1	0	2	2
71	1	2	2	0	3	2
72	0	0	0	1	0	1
73	2	0	0	0	2	0
74	1	0	0	0	1	0
75	1	0	0	0	1	0
76	0	0	1	0	1	0
77	0	1	0	0	0	1
TOTAL	80	54	48	84	128	138
TOTAL GERAL	134		132		266	

Atendendo ao item E) O Instituto Vital Brazil possui sede localizada na cidade de Niterói, bem como possui unidades em Cachoeira de Macacu, Nova Friburgo, Duque de Caxias. Portanto, solicitamos que os planos atendam na Região do Estado do Rio de Janeiro (com foco principalmente nos municípios Rio de Janeiro, Niterói, São Gonçalo, Cachoeira de Macacu, Nova Friburgo, Duque de Caxias e adjacências), principalmente atendendo ao item 4.9 DA REDE CREDENCIADA/REFERENCIADA.

Conforme solicitado, enviamos distribuição geográfica dos beneficiários:

Município	Quantidade
Araruama	1
Itaboraí / RJ	16
Itaipuaçu- Maricá/ RJ	2
Maricá / RJ	11
Niteroi / RJ	107
Rio Bonito / RJ	4
Rio de Janeiro / RJ	34
São Gonçalo / RJ	91
TOTAL	266

Atendendo ao item F) No momento não há nenhuma empresa em operação e os beneficiários, no momento não estão gozando de plano de assistência médica. Dispomos de um relatório de sinistralidade de 5 anos, que podemos fornecer como base.

SINISTRALIDADE PLANO DE SAÚDE
BENEFICIÁRIOS IVB
ASSIM SAÚDE

Contrato 001/2017 de 16/01/2017

ANO 2017		ANO 2018		ANO 2019		ANO 2020		ANO 2021		ANO 2022	
Mês	%	Mês	%	Mês	%	Mês	%	Mês	%	Mês	%
Janeiro	0	Janeiro	72,29	Janeiro	77,12	Janeiro	94,29	Janeiro	130,54	Janeiro	93,61
Fevereiro	0	Fevereiro	75,12	Fevereiro	72,74	Fevereiro	105,85	Fevereiro	126,05	Fevereiro	86,12
Março	0	Março	74,09	Março	71,80	Março	115,96	Março	118,34	Março	83,93
Abril	36,05	Abril	76,87	Abril	70,99	Abril	127,35	Abril	110,51	Abril	80,49
Maio	34,31	Maio	81,20	Maio	70,74	Maio	128,35	Maio	117,04	Maio	72,63
Junho	58,40	Junho	78,34	Junho	72,59	Junho	131,58	Junho	107,35	Junho	73,49
Julho	59,53	Julho	77,45	Julho	81,80	Julho	124,16	Julho	103,46	Julho	73,74
Agosto	57,14	Agosto	79,02	Agosto	80,98	Agosto	133,54	Agosto	95,51	Agosto	70,92
Setembro	87,75	Setembro	65,35	Setembro	85,84	Setembro	130,26	Setembro	97,56	Setembro	72,23
Outubro	83,94	Outubro	65,93	Outubro	85,19	Outubro	137,23	Outubro	92,85	Outubro	67,49
Novembro	80,42	Novembro	71,85	Novembro	88,68	Novembro	132,72	Novembro	89,95	Novembro	67,48
Dezembro	75,95	Dezembro	73,62	Dezembro	91,31	Dezembro	134,51	Dezembro	90,70	Dezembro	65,50

Atendendo ao item G) No momento não há nenhuma empresa em operação e a ultima empresa contratada não os informou os dados exigidos. No entanto, temos que a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) não nos permite disponibilizar tais informações.

Atendendo ao item H) O Instituto Vital Brazil custeia 100% do plano de saúde aos beneficiários, portanto os funcionários aposentados não contribuíram para o plano de Saúde.

Atendendo ao item I e J) No último contrato, não mais vigente, o valor do plano por beneficiário custava R\$ 661,67 (Seiscentos sessenta e um reais e sessenta sete centavos). A ultima fatura custou R\$ 144.905,73 (cento e quarenta e quatro mil , novecentos e cinco reais e setenta e três centavos).

Atendendo ao item K) A quantidade de Inativos são 12.

Atendendo ao item L) No momento não temos nenhum casos crônicos e casos de home care. No entanto, temos que a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) não nos permite disponibilizar tais informações.

PERGUNTA 33: Tendo em vista que os serviços do profissional de instrumentação cirúrgica não são remunerados pela Seguradora/Operadora, devido à falta de previsão das tabelas vigentes (AMB / CBHPM/Tabela Própria das Operadoras e Seguradoras), o órgão está ciente que esta remuneração é de responsabilidade do prestador de serviço?

Resposta: O Item 4.12.2 trata do tema reembolso, transcrito a abaixo. Dessa forma, admite-se que os beneficiários possam solicitar reembolso à operadora-seguradora.

4.12 DO REEMBOLSO:

4.12.2 *Caberá reembolso das despesas efetuadas nas seguintes hipóteses:*

- a) Nas localidades em que a CONTRATADA não dispuser de rede médico-hospitalar, laboratorial e de serviços complementares ao diagnóstico e terapia, credenciada ou própria, capaz de atender os serviços contratados neste Termo de Referência;*
- b) Em situações de greve, paralisações ou outras que impeçam o atendimento pela rede própria ou credenciada da CONTRATADA;*
- c) Nos casos de urgência e emergência, como abaixo definidos, quando não for possível a utilização dos serviços na rede própria ou credenciada da CONTRATADA;*
- d) Urgência, assim entendidos os resultados de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;*
- e) Emergência, como tal definidos os que implicarem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente.*

4.12.3. *Serão considerados os seguintes critérios para os valores de reembolso:*

- a) Para as situações previstas no subitem 4.12.2.c será reembolsado 100% do Valor de Referência – VR da tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM ou, no caso de despesas hospitalares, a tabela da CONTRATADA, que deverá ser apresentada junto com a proposta do Edital;*
- b) Nos casos previstos nos itens 4.12.2 b e 4.12.2.c, o valor do reembolso corresponderá ao pagamento integral das despesas cobertas por este Termo de Referência.*
- c) O prazo máximo para reembolso, por parte da CONTRATADA, contados da apresentação, pelos beneficiários, do comprovante de pagamento acompanhado da documentação exigida, será de 30 (trinta) dias consecutivos.*
- d) A CONTRATADA informará ao INSTITUTO VITAL BRAZIL, no início da vigência do contrato, os documentos necessários para fins de reembolso das despesas médico-hospitalares.*
- e) Os procedimentos não previstos na tabela da CBHPM e reconhecidos pela ANS serão reembolsados conforme tabela a ser apresentada pela CONTRATADA e aprovada pelo INSTITUTO VITAL BRAZIL.*

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou, em 29 de dezembro de 2022, a Resolução Normativa nº 566 sobre a sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde. Portanto as coberturas devem atender as regras da ANS e ao que prevê no TERMO DE REFERÊNCIA.

PERGUNTA 34: Pedimos a gentileza de esclarecer se o contrato a ser celebrado se dará por custo, ou seja, o pagamento será efetuado com as solicitações de serviços atendidas no mês de referência.

Resposta: As quantidades estimadas constituem uma previsão atual de beneficiários, não se obrigando o Instituto Vital Brazil a contratar tais quantidades, no todo ou em parte. A cobrança será realizada mensalmente comprovando a quantidade de vidas ativas no plano.

O cálculo estabelecido para a formação de valor deverá ser:

$A1 \text{ é o Valor mensal} = (\text{total de vidas}) \times (\text{valor per capta})$, considerando que admite-se-á 267 (duzentos e sessenta e sete) vidas para estimativa do valor de proposta de preço.

$\text{Valor total da proposta} = (A1) \times (12 \text{ meses})$.

PÁGINA 23, ITEM 4.13 DA FORMA DE ATENDIMENTO – TERMO DE REFERÊNCIA

PERGUNTA 35: Pedimos ratificar nosso entendimento de que, para os atendimentos em Atenção Domiciliar, Home Care, a operadora de saúde analisará a solicitação de atenção domiciliar do médico assistente por meio de avaliação in loco do prestador contratado da nossa rede e fará autorização e prorrogação do plano de atendimento domiciliar mediante pertinência técnica e instrumentos de avaliação, validados na literatura médica. O período do tratamento domiciliar será determinado mediante análise mensal do caso e prorrogado enquanto houver pertinência técnica. Está correto o nosso entendimento? Se não, pedimos explicar detalhadamente.

Resposta: A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou, em 2 de março de 2021, a Resolução Normativa nº 465 que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, estabelecendo a cobertura essencial obrigatória a ser garantida pelos planos de saúde privados. Portanto as coberturas devem atender as regras da ANS e ao que prevê no TERMO DE REFERÊNCIA.

PÁGINA 19, ITEM 4.6 A COBERTURA HOSPITALAR - TERMO DE REFERÊNCIA

PERGUNTA 36: Pedimos a gentileza de ratificar o nosso entendimento de que a cobertura será nos termos do rol da ANS vigente em conformidade resolução normativa n.º 465, de 24/02/2021 e suas posteriores atualizações e diretrizes.

Resposta: A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou, em 2 de março de 2021, a Resolução Normativa nº 465 que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, estabelecendo a cobertura essencial obrigatória a ser garantida pelos planos de saúde privados. Portanto as coberturas devem atender as regras da ANS e ao que prevê no TERMO DE REFERÊNCIA.

PERGUNTA 37: O Órgão está ciente e de acordo que, os valores serão reembolsáveis em conformidade a tabela de valores fornecidos pela operadora/seguradora, sendo os mesmos analisados de acordo com o ROL (Rol de Procedimentos e eventos em saúde da Agência Nacional de Saúde) e Diretrizes (DUT) da ANS. Ciente e de acordo? Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

Resposta: A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou, em 29 de dezembro de 2022, a Resolução Normativa nº 566 sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde. Portanto as coberturas devem atender as regras da ANS e ao que prevê no TERMO DE REFERÊNCIA.

PÁGINA 23, ITEM 4.13 DA FORMA DE ATENDIMENTO – DO TERMO DE REFERÊNCIA

PERGUNTA 38: O Órgão está ciente e de acordo que, em que pese as empresas licitantes disponham de Central de Atendimento disponíveis em 24 (vinte e quatro) horas, o agendamento de exames e consultas deverão ser realizados diretamente junto a rede credenciada, em conformidade as Diretrizes de Utilização (DUT) aplicáveis e vigentes, ocorrendo as autorizações (quando necessárias) mediante avaliação da Regulação Médica e parametrizações em sistema. Ciente e de acordo? Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

Resposta: A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou, em 2 de março de 2021, a Resolução Normativa nº 465 que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, estabelecendo a cobertura essencial obrigatória a ser garantida pelos planos de saúde privados. Portanto as coberturas devem atender as regras da ANS e ao que prevê no TERMO DE REFERÊNCIA.

Niterói, 04 de julho de 2023



Documento assinado eletronicamente por **Cintia Ibraim Menino, Assessora**, em 05/07/2023, às 15:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 21º e 22º do [Decreto nº 46.730, de 9 de agosto de 2019](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.fazenda.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=6, informando o código verificador **55086705** e o código CRC **BBC3CAEB**.

Referência: Processo nº SEI-080005/000249/2023

SEI nº 55086705

Rua Maestro José Botelho, 64, - Bairro Vital Brazil, Niterói/RJ, CEP 24230-410
Telefone:



Governo do Estado do Rio de Janeiro

Instituto Vital Brazil

Gerência de Licitações

À Gerência de Contratos

Encaminhamos o Pedido de Esclarecimento 55079659, formulado pela empresa **Unimed Seguros Saúde S.A**, sobre o PE 004/2023, cujo o objeto é a contratação de pessoa jurídica para a prestação de serviços de assistência médica, clínica e cirúrgica, hospitalar e ambulatorial, geral e especializada e atendimento de urgência, pronto-socorro, pronto-atendimento, obstétrica/maternidade, serviços de análise diagnóstica de atendimento laboratorial, métodos complementares de diagnósticos, radiodiagnóstico e tratamento, conforme acordo coletivo em vigor, sem carências, com cobertura médico-ambulatorial e hospitalar, mediante a disponibilização de redes credenciadas aos empregados públicos do Instituto Vital e beneficiários.

Após, a manifestação dessa Gerência no que diz respeito aos questionamentos 04 e 30, deverá o processo retornar a esta Gerência de Licitações para o devido prosseguimento.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – EXCEÇÃO DO INADIMPLEMENTO

“Constitui cláusula essencial do presente contrato, de observância obrigatória por parte da CONTRATADA, a impossibilidade, perante o CONTRATANTE, de opor, administrativamente, exceção de inadimplemento, como fundamento para a interrupção unilateral do serviço”.

PERGUNTA 04: Pedimos ao órgão confirmar que excetua-se na cláusula décima sétima do contrato a regra de rescisão por inadimplemento previsto na lei 8.666 (Artigo 78, XV).

ANEXO XII – MINUTA DE CONTRATO – PÁGINA 44 CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA RESCISÃO DO CONTRATO

O PRESENTE CONTRATO PODERÁ SER RESCINDIDO PELA INEXECUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DO DISPOSTO NA CLÁUSULA QUARTA OU DAS DEMAIS CLÁUSULAS E CONDIÇÕES NOS TERMOS DOS ARTIGOS 472 A 480 DA LEI Nº 10.406/02, SEM QUE CAIBA À CONTRATADA DIREITO A INDENIZAÇÕES DE QUALQUER ESPÉCIE.

PERGUNTA 30: Por gentileza, ratificar nosso entendimento de que, tanto a contratante, quanto a contratada, poderá rescindir o contrato, imotivadamente, e por interesse de ambas ou apenas uma das partes, a qualquer tempo, desde comunique por escrito previamente a parte interessada, com no mínimo 60 dias.

Niterói, 04 de julho de 2023



Documento assinado eletronicamente por **Thamiris Guimarães Viana Eckhardt, Supervisora**, em 04/07/2023, às 10:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 21º e 22º do [Decreto nº 46.730, de 9 de agosto de 2019](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.fazenda.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=6, informando o código verificador **55086797** e o código CRC **7EA2F2E9**.

Referência: Processo nº SEI-080005/000249/2023

SEI nº 55086797

Rua Maestro José Botelho, 64, - Bairro Vital Brazil, Niterói/RJ, CEP 24230-410
Telefone:



Governo do Estado do Rio de Janeiro

Instituto Vital Brazil

À Gerência de Licitações

Considerando o exposto em documento 55086797, que trata acerca do Pedido de Esclarecimento 55079659, formulado pela empresa **Unimed Seguros Saúde S.A**, sobre o PE 004/2023, cujo o objeto é a contratação de pessoa jurídica para a prestação de serviços de assistência médica, clínica e cirúrgica, hospitalar e ambulatorial, geral e especializada e atendimento de urgência, pronto-socorro, pronto-atendimento, obstétrica/maternidade, serviços de análise diagnóstica de atendimento laboratorial, métodos complementares de diagnósticos, radiodiagnóstico e tratamento, conforme acordo coletivo em vigor, sem carências, com cobertura médico-ambulatorial e hospitalar, mediante a disponibilização de redes credenciadas aos empregados públicos do Instituto Vital e beneficiários.

Temos a informar:

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – EXCEÇÃO DO INADIMPLEMENTO

“Constitui cláusula essencial do presente contrato, de observância obrigatória por parte da CONTRATADA, a impossibilidade, perante o CONTRATANTE, de opor, administrativamente, exceção de inadimplemento, como fundamento para a interrupção unilateral do serviço”.

PERGUNTA 04: Pedimos ao órgão confirmar que excetua-se na cláusula décima sétima do contrato a regra de rescisão por inadimplemento previsto na lei 8.666 (Artigo 78, XV).

RESPOSTA: Cumpre informar que a lei 8.666 em seu Artigo 78 (conforme mencionado), trata acerca dos motivos para rescisão contratual, não sendo possível sua aplicação no caso em pauta, uma vez que a Lei 13.303/2016 não faz previsão das hipóteses de rescisão contratual, trazendo assim a possibilidade das Estatais de estabelecerem em suas minutas e nos instrumentos convocatórios as hipóteses que autorizam a extinção dos contratos.

NEXO XII – MINUTA DE CONTRATO – PÁGINA 44 CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA RESCISÃO DO CONTRATO

O PRESENTE CONTRATO PODERÁ SER RESCINDIDO PELA INEXECUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DO DISPOSTO NA CLÁUSULA QUARTA OU DAS DEMAIS CLÁUSULAS E CONDIÇÕES NOS TERMOS DOS ARTIGOS 472 A 480 DA LEI Nº 10.406/02, SEM QUE CAIBA À CONTRATADA DIREITO A INDENIZAÇÕES DE QUALQUER ESPÉCIE.

PERGUNTA 30: Por gentileza, ratificar nosso entendimento de que, tanto a contratante, quanto a contratada, poderá rescindir o contrato, imotivadamente, e por interesse de ambas ou apenas uma das partes, a qualquer tempo, desde comunique por escrito previamente a parte interessada, com no mínimo 60 dias.

RESPOSTA: Considerando a ausência de previsão na Lei nº 13.303/16 que permita as empresas estatais

rescindirem unilateralmente seus contratos, bem como a opção de abolir as cláusulas exorbitantes fixadas pela Lei nº 8.666/93, submetendo a matéria contratual à aplicação de regime jurídico de direito privado, não há assim possibilidade de rescisão imotivadamente. Frisa-se que a rescisão unilateral não se confunde com rescisão do contrato, que pode ocorrer por acordo entre as partes ou após processo administrativo para aplicação de penalidade com a intervenção dos meios judiciais, se necessário.

Atenciosamente,

Gerência de Contratos

Niterói, 04 de julho de 2023



Documento assinado eletronicamente por **Mariana da Silva Brito, Supervisora**, em 04/07/2023, às 16:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 21º e 22º do [Decreto nº 46.730, de 9 de agosto de 2019](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.fazenda.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=6, informando o código verificador **55088260** e o código CRC **90CC622A**.

Referência: Processo nº SEI-080005/000249/2023

SEI nº 55088260

Rua Maestro José Botelho, 64, - Bairro Vital Brazil, Niterói/RJ, CEP 24230-410
Telefone:



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Instituto Vital Brazil
Assessoria da Diretoria Administrativa

À Gerência de Licitações

No que diz respeito ao questionamento 7, realizado pela empresa UNIMED SEGUROS, levando em consideração as informações obtidas junto ao departamento financeiro, e com o intuito de completar a resposta apresentada pela Assessoria Especial de Recursos Humanos, entendemos da seguinte forma:

PERGUNTA 07: Com intuito de ampliar a competitividade e isonomia do processo licitatório, considerando os limites das obrigações contratuais, bem como a natureza jurídica das companhias seguradoras, onde as mesmas não são configuradas como prestadoras de serviços, assim não instituindo retenção de ISS, conforme preconiza a Lei Complementar no 116/2003, Lei no 13.701/2003 e Portaria 14/2004-SF, ratificamos que as seguradoras são isentas de emissão de Nota Fiscal. Por todo o exposto, podemos considerar válida a substituição de apresentação de Nota Fiscal por Apólice de Seguros, Fatura e Boleto? A título de conhecimento, disponibilizamos o modelo demonstrativo (Doc.1) da Fatura a ser disponibilizada na hipótese de contratação dos serviços, objeto do presente processo licitatório.

Resposta: A Portaria nº 14/2004 da SF de 03 de março de 2004, foi revogada pelo artigo 8º da instrução normativa secretaria municipal de finanças SF/SUREM nº 04 DE 28 de abril de 2010, por sua vez, o artigo 8º da Instrução Normativa SF/SUREM nº 08/2011 revoga a Instrução Normativa nº 04 de 28 de abril de 2010 INSTRUÇÃO NORMATIVA SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS - SF/SURE E SUBSEQUENTES. Entretanto, no edital onde se lê nota fiscal/fatura leia-se Nota fiscal, fatura e/ou boleto condicionada a comprovação por parte da empresa de sua condição de isenção.

Niterói, 05 de julho de 2023



Documento assinado eletronicamente por **João Paulo Carneiro Saraiva, Advogado**, em 05/07/2023, às 16:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 21º e 22º do [Decreto nº 46.730, de 9 de agosto de 2019](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.fazenda.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=6, informando o código verificador **55233236** e o código CRC **7F98A55D**.

Referência: Processo nº SEI-080005/000249/2023

SEI nº 55233236

Rua Maestro José Botelho, 64, - Bairro Vital Brazil, Niterói/RJ, CEP 24230-410
Telefone: