

À

**CRM – Conselho Regional de Medicina**

CRMDF – CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

**REF.:** Pregão Eletrônico nº **90003/2025**

Processo Administrativo nº **25.7.000005296-9**

**Objeto:** Contratação de operadoras ou seguradoras especializadas na prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, laboratorial, exames complementares e serviços auxiliares de diagnósticos, terapia e internações, na modalidade coletiva do tipo plano básico em enfermaria, com abrangência regional (Distrito Federal e entorno, conforme rede credenciada/referenciada) e atendimento de urgência e emergência a nível nacional, sem coparticipação e do tipo plano opcional em apartamento individual com banheiro privativo, também com abrangência regional (Distrito Federal e entorno, conforme rede credenciada/referenciada) e atendimento de urgência e emergência a nível nacional, sem coparticipação, sem exclusão de doenças preexistentes ou crônicas, para os funcionários do CRM-DF e seus dependentes conforme condições, especificações e exigências estabelecidas neste instrumento e seus anexos".

### **SOLICITAÇÃO DE QUESTIONAMENTOS**

A **Unimed Seguros Saúde S.A.**, com sede na Alameda Ministro Rocha Azevedo, nº 366, Bairro Cerqueira César, São Paulo, CEP 01410-000, 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:

**QUESTIONAMENTO 01:** Quanto ao Termo de Referência em seu item 3.1.2, em sua alínea g, *in verbis*:

#### *DOS BENEFICIÁRIOS*

*3.5. Os beneficiários dos serviços objeto desta contratação dividem-se em:*

*(...)*

*3.1.2. Beneficiários Dependentes:*

*(...)*

*d) Os filhos, inclusive enteados (solteiros), de funcionários do CRM-DF, até 21 (vinte e um) anos de idade e os incapacitados para o trabalho, inválidos ou interditados por alienação mental, sem limite de idade, devidamente comprovado por junta médica oficial;*

*e) Os filhos, inclusive enteados (solteiros), até 24 (vinte e quatro) anos de idade, de funcionário do CRM-DF, quando estudante universitário ou de escola técnica de 2º grau, não tendo economia própria;*

(...)

*g) Os funcionários sem vínculo efetivo com a Administração Pública, ocupantes de cargo de livre provimento.*

Questionamos:

- a. Quem são os dependentes funcionários sem vínculo efetivo com a Administração Pública? Adicionalmente, pedimos que informem a quantidade atual de funcionários sem vínculo efetivo com a Administração Pública, ocupantes de cargo de livre provimento?
- b. Do mesmo modo, favor especificar detalhadamente se será possível comprovar vínculo dos “dependentes funcionários sem vínculo efetivo com a Administração Pública” de alguma maneira com algum titular do plano ou diretamente com o órgão?
- c. O Órgão está ciente e de acordo que a Contratada utilizará as regras de elegibilidade previstas no Artigo 5º da RN nº 557/2022 para aceitação/inclusão de vidas (titulares e dependentes) no Contrato, onde, todos os beneficiários titulares somente serão aceitos se for comprovado o vínculo com o órgão contratante (por meio de termo de nomeação devidamente publicado no Diário Oficial ou outro meio que comprove o vínculo, ex.: CLT)? Cientes e de acordo? Caso negativo, favor especificar detalhadamente?
- d. Referente ao plano de inativos, o Órgão está ciente e de acordo que a RN nº 488/2022 regulamenta os artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, ou seja, ele se aplica para a manutenção da condição de beneficiário para ex- empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados, sendo que em caso de manutenção de condição de ex-empregados, esta resolução será observada? Caso negativo, favor especificar detalhadamente.
- e. quanto a limite de idade, são anos completos, ou 21 e 24 anos com 11 meses e 29 dias?

**QUESTIONAMENTO 02:** Dada a análise realizada no edital, questionamentos ao Órgão sobre o integral cumprimento das regulamentações existentes sobre a matéria licitada, em especial:

- a. Quanto ao item 3.14.I e 3.15, a saber:

*3.14. A cobertura assistencial mínima do plano incluirá, sem limitação de valor, prazo ou quantidade, os seguintes serviços e condições:*

(...)

*I) Remoção do paciente, inclusive com UTI móvel e acompanhamento médico, entre unidades hospitalares, nos casos de urgência ou emergência, mediante justificativa do médico assistente;*

*3.15. Em caso de remoção inter-hospitalar, deverá ser garantido transporte adequado e cobertura integral das despesas, desde que justificada por relatório médico, nos limites territoriais do Distrito Federal.*

O Órgão está ciente e de acordo que de que todas as remoções serão interhospitalares, sendo assegurado pela Contratada nos moldes da RN 490/22? Caso negativo, favor especificar detalhadamente.

- b. Novamente, quanto ao item 3.14 supracitado, em seus subitens de “a” à “o”, a cobertura será somente nos termos do Rol da ANS vigente em Conformidade Resolução Normativa n.º 465, de 24/02/2021 e suas posteriores atualizações e Diretrizes de utilização (Dut)?
- c. Quanto ao item 3.16, a saber:

*3.16. As despesas decorrentes dos serviços listados neste item deverão ser integralmente cobertas ou reembolsadas pela CONTRATADA, observados os limites e condições do plano contratado, mesmo quando prestados por terceiros reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina.*

O Órgão está ciente e concorda que referente ao reembolso, somente são aplicáveis quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada, nos termos da Lei n.º 9656/98, art. 12, VI, bem como, nos casos de indisponibilidade e inexistência de prestador, a Cia cumprirá as regras previstas na RN n.º 566/2022.

- d. Quanto ao item 3.16 aludido e o item 3.17, como segue:

*3.17. Observações complementares sobre a abrangência da cobertura assistencial:*

*3.17.1. As coberturas descritas neste item devem observar, em sua prestação, as diretrizes estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, o contrato celebrado e os normativos vigentes. A execução dos serviços deverá ocorrer nos termos previstos neste Termo de Referência, que trata do atendimento, estrutura da rede assistencial, procedimentos operacionais, autorizações e demais condições práticas de uso do plano de saúde pelos beneficiários.*

O Órgão está ciente e concorda que a cobertura será somente nos termos do Rol da ANS vigente em Conformidade Resolução Normativa n.º 465, de 24/02/2021 e suas posteriores atualizações e Diretrizes de utilização (Dut)?

- e. Quanto ao item 32.1.b. e seu rol de Exames Complementares e 32.1.c. que trata do rol de Procedimentos e Serviços Auxiliares, o Órgão está ciente e concorda que a cobertura será somente nos termos do Rol da ANS vigente em Conformidade Resolução Normativa n.º 465, de 24/02/2021 e suas posteriores atualizações e Diretrizes de utilização (Dut)?
- f. Quanto à Carência, trazida no item 3.23 do Termo de Referência:

*3.23. Ficam isentos de carências os titulares e dependentes inscritos em até 30 (trinta) dias após o início de vigência do contrato de Plano de Saúde ou da sua vinculação ao Contratante e desde que preencham os pré-requisitos do art. 5 da RN 557/2022-ANS.*

O Órgão está ciente e concorda que será observada as regras de carência nos moldes da RN n.º 557/2022, bem como, que esta cia. observa a regra prevista para isenção de cobertura parcial temporária (CPT) nas situações descritas no artigo 7º da RN n.º 557/2022 e que poderá aplicar CPT fora dessas situações, nos termos da RN n.º 558/2022?

- g. Sobre o item 3.46:

*3.46. Os atendimentos de urgências/emergências são obrigatórios quando ocorridos em outras unidades da federação, preferencialmente em rede credenciada/referenciada, podendo-se adotar o disposto na RN 566/2022-ANS.*

Órgão está ciente e concorda que a Cia garante o atendimento de urgência e emergência nos moldes da Lei n.º 9.656/98, RN 465/21, CONSU 13.

- h. No item 3.50 e 3.55:

*3.50. Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados ao beneficiário, com assistência à saúde, quando não houver rede contratada ou credenciada pela Contratada, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo plano, sempre que;*

*3.55. Quando ocorrer atendimento fora do Distrito Federal, no caso de ausência de rede credenciada, os reembolsos estarão subordinados as regras da ANS, em especial a RN 566/2022-ANS e suas diretrizes.*

Órgão está ciente e concorda que referente ao reembolso, somente são aplicáveis quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação

adequada, nos termos da Lei nº 9656/98, art. 12, VI, bem como, nos casos de indisponibilidade e inexistência de prestador, a Cia cumprirá as regras previstas na RN nº 566/2022.

**QUESTIONAMENTO 03:** Considerando a informação do edital, de que o encerramento do contrato atual se deu em 31 de maio de 2025, pedimos informar se foi firmada extensão de contrato (contrato emergencial) e seu respectivo término previsto, pedimos informar a previsão do órgão para o início de vigência do contrato oriundo do presente edital, haja vista que essa informação, detalhada, otimiza a transição e implantação do contrato.

**QUESTIONAMENTO 04:** Para fins de precificação e apresentação de propostas que melhor se adequem ao cenário proposto pelo edital, pedimos informar:

- a. Nomenclatura dos atuais planos contratados;
- b. Distribuição de vidas por plano na Sul América (discriminar a acomodação de cada plano);
- c. Qual a abrangência do plano atual com a Sul América, Nacional ou Regional?
- d. Qual a distribuição de vidas entre titulares e dependentes;
- e. Qual o valor de contribuição dos titulares, referente ao plano de saúde, para contração do plano para seus respectivos dependentes?
- f. Valores dos planos contratados / Última fatura - mensal;
- g. Data/Mês - Início / Término de Vigência. (contrato de assistência à saúde - prestador atual);
- h. Havendo a informação, disponibilizar as quantidade de ex-empregados e ou pensionistas que são elegíveis para o plano a ser contratado;
- i. Com base nas informações do edital, é esperada migração compulsória de todos os beneficiários para a nova CONTRATADA. Caso negativo, pedimos informar qual é a expectativa de adesão ao novo contrato.

**QUESTIONAMENTO 05:** Havendo a informação, pedimos disponibilizar a distribuição demográfica dos beneficiários (UF, Municípios, Quantidade de Vidas Masculinas, Quantidade de Vidas Femininas). Essa informação qualifica a adequada distribuição de cobertura de rede.

**QUESTIONAMENTO 06:** Pedimos confirmar se o percentual de impostos a ser retido pelo órgão será no total de 7,05% (referente a IR, PIS/PASEP, COFINS e CSLL) conforme Instrução Normativa RFB nº 1234 de 11/01/2012. Caso negativo, pedimos informar os impostos a serem aplicados, em sua porcentagem, bem como a Lei que os ampara. Ainda, em caso de isenção de impostos, pedimos enviar a justificativa e/ou comprovação da isenção

**QUESTIONAMENTO 07:** Pedimos ratificar que as carteiras de identificação poderão exclusivamente digitais.

**QUESTIONAMENTO 08:** Para os casos omissos, ou seja, itens não tratados ou especificados pelos documentos do edital, pedimos ao órgão ratificar que esses temas e itens serão tratados conforme as Condições

Gerais do produto CONTRATADO (**DOC.1**), bem como, também, caso necessário, sob o regimento da legislação vigente, determinações da Agência Nacional de Saúde – ANS e suas atualizações.

**QUESTIONAMENTO 09:** Quanto ao item 3.28 do Termo de Referência:

*3.28. Deverá ser assegurada a continuidade dos tratamentos que estejam em curso anteriormente à vigência do novo contrato, realizados por meio do plano de saúde contratado anteriormente.*

Considerando a exigência do item, pedimos informar se há, atualmente, tratamentos em andamento, listando a especialidade, o tratamento e a complexidade, se possível o CID, bem como se são oriundos de NIPS ou Liminares.

**QUESTIONAMENTO 10:** Por favor nos informar a quantidade e os custos por beneficiário, em 12 meses, dos seguintes casos relatados:

- a. Internações prolongadas em apartamentos e unidades de terapia intensiva (UTI) - Patologias/CIDs, Quantidade e custos;
- b. Procedimentos neurológicos (como reconstrução craniana) - Quantidade e custos;
- c. Exames de alto custo e uso de materiais especiais - Quantidade e custos;
- d. Tratamentos oncológicos - Patologias/CIDs, Quantidade e custos;
- e. Procedimentos hemodinâmicos (como cateterismo) - Quantidade e custos;
- f. Atendimento psicológico e psicoterapêutico - Quantidade e custos;
- g. TEA (transtorno do espectro autista) - Quantidade e custos;
- h. Procedimentos otorrinolaringológicos (ex: turbinectomia) - Quantidade e custos;
- i. Atendimento fisioterapêutico intensivo - Quantidade e custos;
- j. Cirurgias dermatológicas (como exérese de lesões) - Quantidade e custos;
- k. Disponibilizar informações sobre afastados, casos crônicos, pessoas em tratamento, home care, TGDs, gestantes e inativos, informando a quantidade, a patologia de cada um, data de afastamento ou internação, se for o caso e o período gestacional das gestantes. Por discriminar as patologias ou CIDs, a quantidade e os custos.

**QUESTIONAMENTO 10:** Por favor nos informar a quantidade e o custos aberto mês a mês, em 12 meses dos seguintes casos classificados como:

Risco 1 - Patologias com previsão de baixo custo, geralmente pontuais;

Risco 2 - Casos com custo moderado, podendo evoluir;

Risco 3 - Patologias crônicas ou graves, com previsão de custo elevado.

**QUESTIONAMENTO 11:** Referente ao item "Reajuste do Contrato", favor ratificar nosso entendimento em que os preços poderão ser reajustados, no aniversário do contrato (relativo à sua data base), visando manter o equilíbrio econômico, onde:

- a. Se a sinistralidade apurada no período de avaliação estiver abaixo do Break Even de 70%: será aplicado o Reajuste Financeiro VCMH - Variação de Custos Médicos Hospitalares ou IPCA-Saúde;

O Reajuste Financeiro corresponde à variação dos custos dos serviços médicos, com base em cálculos atuariais da Seguradora ou o do IPCA-Saúde.

**Questão 11.a:** Por favor informar se podemos considerar, como reajuste financeiro, o VCMH da seguradora, conforme especificado acima. Caso não seja um destes reajustes financeiros propostos acima para manutenção do contrato de plano coletivo de saúde empresarial, por gentileza especificar as condições solicitadas pelo órgão para reajuste financeiro, uma vez que o Índice de Custos de Tecnologia da Informação - ICTI, constante no item 7.2 da Cláusula Sétima - Do Reajuste, da Minuta de Contrato serve para medir a variação dos custos na área de Tecnologia da Informação, o que não é o objeto de contratação desta licitação.

- b. Se a sinistralidade apurada no período de avaliação estiver acima do Break Even de 70%: serão aplicados o Reajuste Financeiro, conforme acima citado, e mais o Reajuste por Sinistralidade.

O Reajuste por Sinistralidade corresponde ao percentual de reajuste identificado pela Seguradora, considerando o resultado do contrato.

Reajuste Técnico ou 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:

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.

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

$$\text{Reajuste de Sinistralidade} = \left( \left( \frac{IS}{0,70} \right) - 1 \right) * 100$$

Onde:

IS = Índice de Sinistralidade

O resultado obtido na conta acima é o Índice de Reajuste de Sinistralidade.

**Questão 11.b:** Por favor ratificar nosso entendimento de que o órgão está de acordo com os critérios e fórmula de apuração de resultado e de aplicação de reajuste, conforme cláusulas e fórmulas discriminadas acima. Caso negativo, pedimos por gentileza descrever os critérios e fórmula de cálculo pleiteada pelo órgão para o reajuste técnico ou por sinistralidade, pois não identificamos nos documentos disponíveis na licitação.

**QUESTIONAMENTO 12:** Para que possamos realizar a análise, a cotação e emitir proposta contendo os valores de prêmios dos planos coletivo empresariais, pedimos, por gentileza, que o Órgão nos envie:

- Relatório de sinistralidade atualizado contendo os valores mensais, dos últimos 12 meses, de faturamento, sinistro e evolução de vidas mês a mês;
- Valores/percentuais atuais de coparticipação e os fatores moderadores por procedimento/parâmetros, se houverem;
- Enviar a distribuição de vidas por Cidade e UF;
- Quantos casos de home care há atualmente no CRM-DF, quais as respectivas patologias e os valores gastos nos últimos 12 meses.

**QUESTIONAMENTO 13:** Por favor confirmar nosso entendimento de que a contratada também poderá optar pela não renovação do contrato, após o período de doze (12) meses, imotivadamente, desde que avise previamente no prazo mínimo de dois (2) meses.

**QUESTIONAMENTO 14:** Novamente sobre o item 3.14 supradito, em sua alínea b, a saber:

*b) Internações hospitalares em hospitais, centros médicos, casas de saúde e clínicas básicas e especializadas, com acomodação em quarto individual com banheiro privativo, incluindo diárias hospitalares, alimentação, nutrição, enfermagem, serviços gerais e materiais utilizados;*

Questionamos se o Órgão está ciente que plano básico enfermaria não contempla acomodação coletiva com quarto individual. Considerando que há pedido de precificação de plano básico enfermaria, o quarto individual é considerado apenas para contratação na acomodação apartamento.

**QUESTIONAMENTO 15:** Ainda sobre reembolso, em especial com seguintes dizeres:



3.52. O pagamento do reembolso será efetuado, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos documentos, em via original, elencados:

Questionamos se o Órgão está de acordo com solicitação de comprovante de desembolso ao segurado

**QUESTIONAMENTO 16:** Considerando os limites das obrigações contratuais, bem como a natureza jurídica das companhias seguradoras, pelas quais não são configuradas como prestadoras de serviços, assim não instituindo retenção de ISS, conforme preconiza a Lei Complementar no 116/2003, Lei n. 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 seguindo exclusivamente o modelo demonstrativo **(DOC.2)** da Fatura a ser disponibilizada na hipótese de contratação dos serviços, objeto do presente processo licitatório? Caso negativo, favor especificar detalhadamente.

**QUESTIONAMENTO 17:** Por gentileza informar se as licitantes poderão apresentar planos com reembolso "livre escolha", onde é possível o beneficiário optar por utilizar os recursos/médicos da rede credenciada da operadora/seguradora ou então escolher livremente qual o recurso/médico que gostaria de utilizar, podendo solicitar posteriormente o reembolso dos valores pagos previamente ao recurso/médico escolhido, onde serão reembolsados conforme tabela de valores fornecidos pela operadora/seguradora. Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

**QUESTIONAMENTO 18:** Em atenção a critérios tributários a serem considerados, gentilmente pedimos maiores informações com relação a:

- a. A contratante possui alguma imunidade ou isenção previstas na legislação?
- b. A contratante possui alguma imunidade ou isenção para os produtos contratado?
- c. A contratante possui alguma medida liminar ou outra decisão que garanta a exigibilidade suspensa do recolhimento de tributos de responsabilidade da Operadora do Plano de Saúde a ser contratada? Caso positivo gentilmente pedimos o detalhamento dos tributos.
- d. Caso haja alguma medida, liminar ou decisão equivalente que garanta a suspensão do recolhimento de tributos, pedimos que nos informe o no do processo correspondente

São Paulo, 05 de junho de 2025.

**Unimed Seguros Saúde S/A**

CNPJ/MF nº 04.487.255/0001-81

**Leticia Dias da Silva**

Coordenadora

RG nº 347882432 SSP/SP

CPF nº 359.749.048-42