

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

ESCLARECIMENTOS - CRM-ES/SECGER/GEADM/SELICON

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

PROCESSO ADMINISTRATIVO LICITATÓRIO CRM-ES 051/2024 PROCESSO CRM-ES SEI 24.8.000006546-8 PREGÃO ELETRÔNICO CRM-ES 90.016/2025

CRM-ES - COMISSÃO PERMANENTE DE CONTRATAÇÃO - 23/07/2025

ASSUNTO: RESPOSTA AO PEDIDO DE ESCLARECIMENTOS

Em 23/07/2025, este CRM-ES recebeu pedido de esclarecimentos nos autos do processo de Pregão Eletrônico CRM-ES 90.015/2025, emitido pela UNIMED VITÓRIA, cujos termos passamos a transcrever, em sua íntegra:

"(...). Prezados (as), bom dia! Abaixo segue as dúvidas/considerações da Unimed Vitória observadas no edital de licitação PREGÃO ELETRÔNICO - № 90016/2025. 1 - No 1.6.1 do termo de referência, informa que os exames complementares deverão abranger todos os previstos no rol de procedimentos da Associação Médica Brasileira - AMB e previstas na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM. É importante acrescentar que Rol da ANS é o que estabelece a cobertura obrigatória para planos de saúde evitando que planos neguem cobertura para procedimentos essenciais. 2 - No subitem 1.6.2. do termo de referência, é informado o quantitativo de 105 beneficiários, com possibilidade de variação para mais ou para menos. Diante disso, podemos compreender que um eventual aumento no número de beneficiários também poderá implicar em um ajuste no valor mensal aceitável, bem como no valor global máximo, correto? 3 - Em relação ao subitem 5.1.8. do termo de referência, cita que as operadoras só poderão excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da CRM-ES nas hipóteses de fraude, ou por perda dos vínculos do titular ou de dependência, desde que previstos em regulamento ou contrato. Contudo a legislação atual permite que operadoras de planos de saúde coletivos empresariais suspendam ou rescindam unilateralmente o contrato por falta de pagamento. A suspensão pode ocorrer após 30 dias de inadimplência, enquanto a rescisão pode ocorrer após 60 dias consecutivos ou não, dentro do período de 12 meses. Diante disso, não identificamos essa previsão específica na minuta contratual. Podemos considerar que, com base na legislação aplicável, esse apontamento está automaticamente incorporado ao contrato quando firmado? 4 - O subitem 5.1.20 do termo de referência estabelece que a contratada deverá realizar o reembolso integral das despesas nos casos em que não houver profissional credenciado para determinada especialidade médica e/ou áreas de atuação previstas na lista da ANS. Nesse contexto, entendemos que conforme dispõe o artigo 10 da Resolução Normativa nº 566 da Agência Nacional de Saúde, o reembolso de despesas eletivas somente é cabível nos casos de indisponibilidade ou inexistência de rede credenciada. Dessa forma, nos termos da referida normativa, o beneficiário deve entrar em contato previamente com sua Operadora para solicitar indicação da rede credenciada ou relatar qualquer dificuldade no acesso ao atendimento eletivo. O reembolso só será possível caso a Operadora confirme a indisponibilidade ou inexistência de rede, conforme previsto na legislação vigente. Poderiam confirmar se o nosso entendimento está correto? 5 - Com relação ao subitem

5.1.21 do termo de referência, sugere que o plano deverá assegurar ao beneficiário a livre escolha de profissionais e/ou estabelecimentos de sua preferência, com direito a reembolso em todo território nacional, observado o disposto no item 5.1.19. Esclarecemos que atualmente a operadora dispõe de central com atendimento telefônico 24hs para o beneficiário, além disso oferece acesso ao guia médico através de aplicativo próprio. Nesse sentido a operadora pratica a forma de reembolso conforme legislação, previsto no artigo 10 da Resolução Normativa nº566 da Agência Nacional de Saúde. Podem por gentileza detalhar qual a expectativa de atendimento desse item? 6 - Por fim, o subitem 7.22 do termo de referência informa que o pagamento será realizado por meio de ordem bancária, para crédito em banco, agência e conta corrente indicados pelo Contratado. É possível seguir com o formato de pagamento via boleto conforme praticado para o contrato atual? (...)".

Em consulta ao setor técnico demandante a fim de esclarecer as dúvidas da empresa referida, obtivemos as seguintes respostas:

"(...). Seguem as respostas aos questionamentos: 1. Sobre o Rol de Procedimentos (item 1.6.1). Seu apontamento está correto e alinhado ao entendimento deste Conselho. A base para a cobertura assistencial obrigatória é o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O Termo de Referência reforça esta obrigatoriedade em múltiplos itens, como no item 1.1, que garante "todas as coberturas garantidas pela Lei 9656/98 e pelas resoluções da ANS", e no item 5.1.2.2, que determina que os serviços devem atender integralmente à "Lei 9.656/1998, RN 465/2021 da ANS, suas atualizações e legislação complementar pertinente". A menção à Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) e ao rol da Associação Médica Brasileira (AMB) visa assegurar uma cobertura abrangente e atualizada, sem, contudo, suprimir ou substituir a obrigatoriedade legal estabelecida pelo Rol da ANS. 2. Sobre o Ajuste de Valor Contratual (item 1.6.2). Sua compreensão está correta. O quantitativo de 105 beneficiários é uma estimativa para fins de elaboração da proposta e dotação orçamentária inicial. O pagamento mensal será efetuado com base no número exato de beneficiários ativos no período de faturamento, conforme os valores unitários por faixa etária apresentados na proposta vencedora. O próprio TR prevê que a contratada deverá anexar às notas fiscais um relatório com a listagem atualizada de beneficiários. Portanto, o valor mensal e, consequentemente, o valor global executado do contrato, sofrerão ajustes para mais ou para menos, refletindo as inclusões e exclusões de vidas ocorridas. O valor global máximo aceitável de R\$ 802.572,24 serve como teto estimado para o certame. 3. Sobre Exclusão/Suspensão por Inadimplência (item 5.1.8). O item 5.1.8 do TR aborda as hipóteses de exclusão de beneficiários sem a anuência prévia do CRM-ES, focando em situações como fraude ou perda de vínculo. O seu apontamento sobre o direito de suspensão ou rescisão unilateral pela operadora em caso de inadimplência do contratante (pessoa jurídica) está correto, conforme a legislação que rege os planos coletivos empresariais. Embora não esteja explicitamente detalhado no referido subitem, o contrato a ser firmado é regido por toda a legislação aplicável, incluindo a Lei nº 14.133/2021 e a Lei nº 9.656/98. Portanto, as disposições legais sobre as consequências da inadimplência do estipulante (CRM-ES) são consideradas incorporadas ao contrato, uma vez que a lei prevalece sobre as cláusulas contratuais. 4. Sobre o Reembolso Integral (item 5.1.20). Seu entendimento está correto. O item 5.1.20 estabelece o direito ao reembolso integral para garantir a assistência ao beneficiário na ausência ou indisponibilidade de prestador na rede credenciada. Contudo, a operacionalização desse direito deve seguir os ritos estabelecidos pela ANS, notadamente na Resolução Normativa nº 566/2022. A expectativa é que o beneficiário, diante da dificuldade de acesso, contate previamente a operadora para que esta indique um prestador. O reembolso integral, nos termos do TR, será devido caso a operadora não consiga garantir o atendimento em tempo hábil na sua rede. A cláusula visa proteger o beneficiário, e não instituir um sistema de livre escolha irrestrito. 5. Sobre a Livre Escolha (item 5.1.21). A sua interpretação está alinhada à expectativa deste Conselho. O plano a ser contratado é baseado em uma ampla rede credenciada/referenciada. O subitem 5.1.21, que menciona a "livre escolha de profissionais",

deve ser lido em conjunto com o subitem 5.1.20 e a regulamentação da ANS. Ele se refere ao direito de o beneficiário ser reembolsado ao escolher um profissional fora da rede, especificamente nas situações de indisponibilidade ou inexistência de prestador credenciado, conforme discutido na pergunta anterior. Não se trata de um plano com modalidade de livre escolha para todos os atendimentos. A expectativa é que a operadora garanta o atendimento primariamente por meio de sua rede e utilize o reembolso como um mecanismo de garantia, conforme a legislação vigente (RN 566/2022). **6. Sobre a Forma de Pagamento (item 7.22).** O Termo de Referência estabelece, como padrão para a Administração Pública, que o pagamento seja realizado por meio de ordem bancária. Este método garante maior controle e rastreabilidade para o setor financeiro do Conselho. Para fins de cumprimento do edital, a proposta deve considerar esta forma de pagamento. No entanto, após a assinatura do contrato, a possibilidade de adotar o pagamento via boleto bancário poderá ser avaliada entre as partes (Contratada e setor administrativo/financeiro do CRM-ES), desde que o método alternativo não infrinja as normas de contabilidade pública e ofereça a segurança necessária para a gestão contratual. (...)".

Tendo sido esclarecidos todos os questionamentos, esta Comissão considera a questão resolvida e se coloca à disposição para quaisquer outros esclarecimentos.

Vitória/ES, 23 de julho de 2025

LUCIENE CRISTINA S P DO NASCIMENTO Pregoeira do CRM-ES



Documento assinado eletronicamente por **Luciene Cristina Silva Pires do Nascimento**, **Líder Operacional - Licitações e Contratos**, em 23/07/2025, às 14:25, com fundamento no art. 5º da <u>RESOLUÇÃO CFM nº2.308/2022</u>, de 28 de março de 2022.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://sei.cfm.org.br/sei/controlador_externo.php? acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 informando o código verificador **2810171** e o código CRC **DB85C61F**.



Rua Professora Emilia Franklin Mululo, n. 228 - Bairro Bento Ferreira | CEP 29050-730 | Vitória/ES https://crmes.org.br/



Referência: Processo SEI nº 24.8.000006546-8 | data de inclusão: 23/07/2025