



CPL - COHAB Minas <cpl@cohab.mg.gov.br>

PEDIDO DE ESCLARECIMENTO - PREGÃO ELETRÔNICO Nº 001/2023

1 mensagem

Douglas Rodrigues de Souza <drsouza@prevident.com.br>

17 de janeiro de 2023 às 13:33

Para: "cpl@cohab.mg.gov.br" <cpl@cohab.mg.gov.br>

À
COMPANHIA DE HABITAÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS – COHAB MINAS
A/C COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO

REF. PREGÃO ELETRÔNICO Nº 001/2023

PREZADOS SENHORES:

A PREVIDENT ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA S/A, inscrita no CNPJ sob o Nº 56.269.913/0001-62, sediada na [Rua Funchal, 538, sala 24, Vila Olímpia, São Paulo \(SP\), CEP: 04551-060](#), por meio do seu representante legal, vem apresentar

PEDIDO DE ESCLARECIMENTO

Com base nos fatos e fundamentos a seguir expostos, indagamos:

1. A COHAB MINHAS possui plano odontológico atualmente?
2. Poderá ser ofertados planos exclusivamente odontológicos?
3. Se possui qual é a operadora prestadora dos serviços?
4. Qual a vigência do contrato atual (início e fim de vigência)?
5. O contrato vigente contém as mesmas condições do presente edital?
6. Qual o valor unitário do plano atual e da última fatura paga?
7. Qual a sinistralidade geral dos últimos 12 (doze) meses do contrato de plano odontológico atual? E qual a sinistralidade por especialidade?
8. Qual a quantidade de vidas assistida no plano odontológico atual?
9. A adesão por parte dos beneficiários do plano odontológico será feita de maneira voluntária ou compulsória?
10. Os beneficiários do plano odontológico que hoje são assistidos pela atual prestadora do serviço irão migrar de forma automática para a carteira novo prestador de serviço, ou seja, do prestador de serviço que sagrar-se vencedor do atual certame?
11. Qual a quantidade mínima de vidas que farão adesão ao plano?
12. Existe tempo mínimo de permanência para os beneficiários, junto ao plano odontológico?
13. Esta licitação possui valor estimado per-capto por usuário?
14. Haverá exigência de comprovação de rede mínima? Se sim, em que fase do processo isso deverá ocorrer?
15. A comprovação de rede credenciada deverá ser feita de qual forma? Maneira eletrônica ou física?
16. Qual a distribuição de vidas por localidade e UF, considerando o endereço residencial do beneficiário? (Essa informação é essencial para análise de suficiência de rede).
17. A COHAB MINAS custeia 100% do plano odontológico de cada funcionário?
18. Haverá previsão de reembolso sempre que a contratada não dispuser dos serviços credenciados, respeitando a legislação de saúde assistencial quanto a distância do credenciado em relação ao domicílio do usuário, mediante apresentação de recibo de pagamento que comprove o serviço prestado?
19. Os valores de reembolso serão ofertados de tabela pré-definida pela operadora ou o reembolso deverá ser integral?
20. Qual a data prevista para início do contrato com a operadora vencedora?
21. Haverá valor mínimo entre os lances?
22. A empresa vencedora deverá apresentar garantia contratual?
23. A empresa interessada deverá disponibilizar a carteirinha física ou poderá disponibilizar carteirinha virtual e atendimento com apresentação DO cpf?

Diante dos questionamentos apresentados, solicitamos encarecidamente que as devidas respostas nos sejam apresentadas dentro do prazo legal.

Douglas Rodrigues de Souza
Analista Comercial

11 3323 0703

drsouza@prevident.com.br

www.prevident.com.br



Nós cuidamos de você.



www.unimedbh.com.br

Rua dos Inconfidentes, 44

30140-120 – Funcionários, Belo Horizonte – MG

T 0800 030 30 03

A

COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO DA COHAB MINAS – PREGÃO ELETRÔNICO Nº 001/2023

Ref.: **PREGÃO ELETRÔNICO Nº 001/2023**

UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO, sociedade cooperativa regularmente inscrita no CNPJ sob o nº 16.513.178/0001-76, com sede na Rua dos Inconfidentes, nº 44, bairro Funcionários, Belo Horizonte/MG, vem, respeitosa e tempestivamente, por intermédio de seu procurador DAIANE ZEFERINO SOARES LEITE portadora da cédula de identidade nº MG13962948 SSP/MG, inscrita no CPF sob o nº 088.710.716-89, brasileira, casada, com fulcro no art. 41, § 2º, da Lei nº 8.666/93 e no Edital, com fundamento do Edital e na Lei, REQUERER ESCLARECIMENTOS acerca dos termos dos documentos dos Editais, atinente ao Pregão em epígrafe, pelas razões a seguir alinhadas:

1 – DOS PEDIDOS DE ESCLARECIMENTOS

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

1) Desde já se destaca que o Edital está com precificação de tabela que não obedece aos ditames da norma da ANS. Veja-se:

Art. 1º A variação de preço por faixa etária estabelecida nos contratos de planos privados de assistência à saúde firmados a partir de 1º de janeiro de 2004, deverá observar o disposto nesta Resolução.

Art. 2º Deverão ser adotadas dez faixas etárias, observando-se a seguinte tabela:

I - 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;

II - 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;

III - 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;

IV - 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;

V - 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;

VI - 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;



www.unimedbh.com.br

Rua dos Inconfidentes, 44

30140-120 – Funcionários, Belo Horizonte – MG

T 0800 030 30 03

VII - 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;

VIII - 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;

IX - 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;

X - 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

Art. 3º Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária deverão ser fixados pela operadora, observadas as seguintes condições:

I - o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

II - a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

III – as variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos. (Incluído pela RN nº 254, de 06/05/2011)

Art 4º Para os planos já registrados na ANS, as alterações definidas nesta Resolução deverão constar das Notas Técnicas de Registro de Produto - NTRP, a partir das próximas atualizações anuais.

§1º As atualizações anuais devidas a partir da publicação desta Resolução até 31 de março de 2004 poderão ser apresentadas até 1º de abril de 2004.

§ 2º Até que seja feita a atualização da NTRP prevista neste artigo, deverão ser informados à ANS os percentuais de variação adotados, e eventuais alterações, por meio do aplicativo disponível na internet no endereço www.ans.gov.br, no prazo de 15 dias a contar do primeiro contrato comercializado com a alteração.

Art. 5º Esta Resolução entra em vigor a partir de 1º de janeiro de 2004.

As variações entre as faixas estão irregulares. Não estão em conformidade com o que a norma da ANS determina para as operadoras.

E veja-se que isso impede a participação de toda e qualquer operadora.

Além disso, sendo o critério de disputa, MAIOR DESCONTO, ao aplicar linearmente os descontos, pela vencedora, ainda assim, os preços não obedecerão às normas da ANS.

Queira o ente esclarecer, portanto:



www.unimedbh.com.br

Rua dos Inconfidentes, 44

30140-120 – Funcionários, Belo Horizonte – MG

T 0800 030 30 03

2) Como os valores serão adaptados às normas da ANS pelas operadoras, se a tabela inicial não cumpre das disposições de percentual entre faixas e se o critério de disputa é maior desconto linear.

3) Algumas normativas constantes no Edital estão erroneamente relacionadas, pelo que a leitura e interpretação, desta participante se deu conforme normas atualmente vigentes, considerando-se como erro material. Ciente o Ente deste fato? Veja-se as RN's atualizadas:

RN 465 (não mais a RN 262) – Cobertura

RN 488 (erroneamente vinculada a cobertura) – inativos (ex-empregado)

4) Pode ser adotada a minuta de remoção aeromédica da operadora?

5) Qual a minuta contratual do plano odontológico?

6) Em relação ao item B.3.2, queira o ente esclarecer qual o limite de idade, para inclusão de dependente filho e enteado com dependência econômica?

7) O item B.6.1, página 5, deve ser entendido como a obrigatoriedade de (i) exigência de segmentação completa (ambulatorial + hospitalar + obstetrícia) para todos os planos e (ii) de que a rede da operadora contenha prestadores hospitalares do tipo maternidade, com serviços de parto contratados?

8) Ciente o ente que as definições de atendimento ambulatorial, hospitalar e hospitalar com obstetrícia estão descritas na RN 465, nos termos abaixo e que o item B.7.1 deve lhe seguir a redação?

Art. 18. O Plano Ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme definições constantes na Lei n.º 9.656 de 1998 e regulamentação infralegal específica vigente, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a doze horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, e devendo garantir cobertura para:

Art. 19. O Plano Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação,



www.unimedbh.com.br

Rua dos Inconfidentes, 44

30140-120 – Funcionários, Belo Horizonte – MG

T 0800 030 30 03

ressalvado o disposto no inciso X deste artigo e, devendo garantir cobertura para:

Art. 21. O Plano Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida no art. 19, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, devendo garantir cobertura para:

9) No item B.11.1, página 5, não está contida disciplina para o aposentado, nos termos do art. 31, da Lei 9.656/98. Queira o ente esclarecer se, as mesmas disposições desse item e do item subsequente, se aplicam aos aposentados. Esclarece-se, ainda, somente a título de correção de erro material, que o produto a ser ofertado a essa classe de beneficiários é o coletivo empresarial, não o coletivo por adesão.

10) Queira o ente explicar o item M1, página 7, com “fornecer instrumentos coletivos do trabalho aos seus empregados”. Isso significa divulgá-los, para conhecimento? Os sindicatos já fazem essa divulgação. Isso atende ao edital?

11) O item M.4, página 7, deve ser excluído do Edital. Não se trata de empreitada a preço global e a contratada faz jus, nos termos da lei a eventuais repactuações se houver desequilíbrio econômico-financeiro do contrato, nos termos da lei.

12) O Item M.5, página 8, deve ser relativizado, considerando que a responsabilidade do médico não pode ser transferida à operadora.

13) O item M.7 deve ser alterado, pois a prova, no sistema legal brasileiro, se faz por todos os meios admitidos em direito.

14) Questiona-se o ente se o prazo contido em N.1 é factível e está em confronto com o N.3. Ora, a sessão de licitação está marcada para o dia 27/01.

15) Queira o Ente indicar em qual faixa do IDSS deve estar a operadora apta a participar? Considerando as dimensões avaliadas pela ANS (Qualidade em Atenção à Saúde, Garantia de Acesso, Sustentabilidade no Mercado e Gestão de Processos e Regulação). Ressalta-se que operadoras com maior nota (mais próximas de 1), são as melhores qualificadas pela autarquia de mercado.

U.2.2.3 - A empresa participante do processo licitatório deverá comprovar, através do Relatório de Resultados divulgado pela ANS, que tenha obtido avaliação positiva no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) em 2022, ano base 2021;

16) O item U.5.2 deve ser revisto. A certidão de insolvência não é emitida para pessoa jurídica. Além disso, a lei 11.101/11 já sobre modificação quanto à recuperação judicial



www.unimedbh.com.br

Rua dos Inconfidentes, 44

30140-120 – Funcionários, Belo Horizonte – MG

T 0800 030 30 03

para cooperativas que sejam operadoras de planos de saúde. Se mantido como está, as operadoras não podem ser desclassificadas de apresentarem certidão de falência, sob pena de ilegalidade flagrante.

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

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

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

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

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

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

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

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



www.unimedbh.com.br

Rua dos Inconfidentes, 44

30140-120 – Funcionários, Belo Horizonte – MG

T 0800 030 30 03

Sanção - multa de R\$ 45.000,00"

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

18) No caso de critério de julgamento ser o MAIOR PERCENTUAL DE DESCONTO LINEAR, os lances devem ser dados em percentual ou valores nominais? Considerando que os preços entre as faixas possuem regras regulamentares específicas, esse tipo de julgamento não prejudica a precificação? Pois a oferta de 5% (cinco por cento) de desconto linear, afetará o percentual entre as faixas e a operadora pode sofrer penalidade administrativa em razão disto. Sugerimos desconto no valor global anual.

19) Ciente o ente que para atender o prazo do edital, página 26, item 14.1, C, será disponibilizado catálogo e cartão virtual?

20) Em relação item 14.1, h, página 27 o ente exige que a seja imediata, exceto se outro prazo previr normas vigentes. Veja-se que, de acordo com a RN 259, da ANS, a operadora deve garantir o atendimento dos beneficiários nos seguintes prazos:

“(...) Art. 3º A operadora deverá garantir o atendimento integral das coberturas referidas no art. 2º nos seguintes prazos:

I – consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até 7 (sete) dias úteis;

II – consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;

III – consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;

IV – consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;

V – consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;

VI – consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;

VII – consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 (dez) dias úteis;

VIII – consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: em até 7 (sete) dias úteis;

IX – serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis;



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

“Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz.”
Roberto Rodrigues



www.unimedbh.com.br

Rua dos Inconfidentes, 44

30140-120 – Funcionários, Belo Horizonte – MG

T 0800 030 30 03

X – demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;

XI – procedimentos de alta complexidade - PAC: em até 21 (vinte e um) dias úteis;

XII – atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;

XIII – atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis; e

XIV – urgência e emergência: imediato.(...)”

Dessa maneira, veja-se que dentro dos prazos consignados acima, de maneira lógica, deve ser emitida a autorização, para que o atendimento se dê dentro dos prazos da regulamentação vigente. Exigir-se que a autorização imediata, inviabiliza o instituto da JUNTA MÉDICA, tratado pela RN 424, da autarquia reguladora:

*“(...) Art. 6º As operadoras **devem garantir**, em situações de divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto, **a realização de junta médica ou odontológica**, com vistas a solucionar referida divergência quanto ao procedimento indicado.*

§ 1º A junta médica ou odontológica será formada por três profissionais, quais sejam, o assistente, o da operadora e o desempatador.

§ 2º O profissional assistente e o profissional da operadora poderão, em comum acordo e a qualquer momento, estabelecer a escolha do desempatador.

§ 3º O comum acordo na escolha do desempatador, previsto no § 2º, não desobriga a operadora do cumprimento das demais exigências para a realização da junta médica ou odontológica.

§ 4º O parecer do desempatador será acatado para fins de cobertura.

§ 5º A operadora deverá garantir profissional apto a realizar o procedimento nos termos indicados no parecer técnico conclusivo da junta. (...)”

Veja o que essa resolução normativa prega a respeito do prazo de realização de junta médica:

“(...) Art. 4º A operadora poderá entrar em consenso com o profissional assistente em relação à conduta clínica, antes da realização da junta médica ou odontológica, desde que observados os prazos de garantia de atendimento previstos no art. 3º da RN nº 259, de 17 de junho de 2011.

§ 1º Se houver junta médica ou odontológica, o prazo para a realização do procedimento, ou para a apresentação do parecer técnico conclusivo do



www.unimedbh.com.br

Rua dos Inconfidentes, 44

30140-120 – Funcionários, Belo Horizonte – MG

T 0800 030 30 03

desempataador que indica a não realização do procedimento, não poderá ultrapassar os prazos de garantia de atendimento.(...)”

Dessa maneira, exigir a autorização imediata impossibilitaria a realização de JUNTA MÉDICA, a qual deve ser realizada no prazo de garantia de atendimento consignados na RN 259, da ANS. A JUNTA MÉDICA é procedimento salutar para solucionar problemas de divergência médica, o que pode impactar de forma salientada nos custos do contrato de plano de saúde.

Entende-se, dessa maneira, que a previsão de autorização imediata deve ser suprimido do Edital, para fazer constar os prazos de garantia de atendimento a que estão obrigadas as operadoras de planos de saúde.

21) Veja-se a alínea j do item 14.1, página 27: “j) Assegurar aos beneficiários (titular ou dependente) o reembolso das despesas relativas aos casos de urgência e emergência, efetuadas com consultas, exames complementares, honorários médicos, serviços hospitalares, medicamentos e materiais utilizados durante o período de internação bem como as demais taxas hospitalares, em locais que não disponham de rede médico-hospitalar, laboratorial e serviços complementares ao diagnóstico e terapia própria da contratada e/ou credenciada;”

O Ente está ciente que o reembolso é a última alternativa consignada na RN 259, sendo que a operadora tem de ser acionada para que providenciar as medidas previstas naquela resolução normativa? De que o reembolso não é uma opção ao beneficiário, mas medida última, quando não é possível a contratação de serviços para que o beneficiário seja atendido a tempo e modo? Que o reembolso como regra descaracteriza os planos de saúde que possuem atendimento somente na rede credenciada e não trabalhem com livre escolha, podendo ser imputadas às operadoras as penalidades da regulamentação da ANS?

22) Respeitosamente o ente licitante não pode exigir que seja efetuada somente a substituição de hospital credenciado (item 1.4.3, página 38, do contrato), considerando que a Lei 9.656/98 permite o redimensionamento por redução e estabelece que a autorização deve ser requerida à ANS, autarquia reguladora de mercado. Se esta, após verificação de cumprimento de todos os requisitos normativos, autorizar a redução, não há sentido que qualquer ente a questione, pois conforme reconhecido por lei, esta competência compete a ela. A COHAB pode exigir a cientificação posterior, para garantia da transparência, informação ao beneficiário, mas não uma justificativa do exercício de um direito que a lei concede às operadoras. Substituição não se confunde com redimensionamento por redução. E ente concorda que, em casos de autorização da ANS para a redução de rede, seja-lhe esta devidamente comunicada quando da autorização da autarquia?



www.unimedbh.com.br

Rua dos Inconfidentes, 44

30140-120 – Funcionários, Belo Horizonte – MG

T 0800 030 30 03

23) Considerando a disciplina da RN 465, ciente o Ente de que as operadoras podem exigir coparticipação sobre as internações psiquiátricas de até 50% (cinquenta por cento) do valor da cobrança pelo prestador onde se deu a internação, após o 31º dia desta, considerando-se como referência temporal o período anual?

24) Ciente o Ente de que, como carência, a operadora ofertante poderá exigir CPT nas inclusões pós 30 (trinta) dias? E no caso de mudança para plano como acomodação superior e rede superiores, poderá lhe ser aplicada os termos da Súmula 21, da ANS, em que as carências são exigidas unicamente para as acomodações e serviços não constantes na contratação originária?

25) Importante que seja confirmado junto ao Ente a possibilidade de que a carteira para utilização do plano e o catálogo/guia de serviços atualizado, poderão ser emitidos exclusivamente em formato digital, desde que obviamente assegurado a utilização do plano, e não necessariamente em meio impresso.

26) Caso a opção seja por cartões físicos, queira o ente definir em que casos pode haver cobrança de 2ª via de cartão de identificação?

27) Desde já se apontar que não é adequado, nos termos da Lei e das publicações da ANPD (Autoridade Nacional de Proteção de Dados), a classificação geral e indiscriminada de agente de tratamento como controlador e operador sem considerar as particularidades dos tratamentos.

As Operadoras de Planos de Saúde não são operadoras de tratamento de dados pessoais de forma geral, pelo que o item 15.2 da minuta, anexo 5, pagina 46, está irregular e em desconformidade com a lei.

“Mas, além disso, o agente de tratamento é definido para cada operação de tratamento de dados pessoais, portanto, a mesma organização poderá ser controladora e operadora, de acordo com sua atuação em diferentes operações de tratamento.”

Controlador é quem define os aspectos essenciais do tratamento de dados e, data venia, isso deve ser aferido caso a caso.

Se uma determinada empresa coleta, armazena, estrutura e usa o nome e o CPF de cada indivíduo com a qual ela estabelece relacionamento comercial, ela deve perpassar todos os seus processos para saber quais tratamentos efetua com esses dados. O dado pessoal pode ser um só; mas, múltiplos os tratamentos.

Veja-se que, pelo exemplo dado tem-se uma base de dados bem simples: nome e CPF. Entretanto dá-se:

- A coleta;



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

“Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz.”
Roberto Rodrigues



www.unimedbh.com.br

Rua dos Inconfidentes, 44

30140-120 – Funcionários, Belo Horizonte – MG

T 0800 030 30 03

- O armazenamento;
- O uso;
- A estruturação e classificação;
- A reprodução rotineira nas atividades empresariais;
- A reprodução em backup;
- A alteração eventual;
- A exclusão.

Desta maneira, se um banco de dados é utilizado para vários tratamentos, estes têm se ser vistos em separado, conforme suas características únicas. **E, em verdade, um mesmo dado ou banco de dados por ser utilizado para vários tratamentos diferentes, sendo que a classificação do agente envolvido pode, efetivamente, variar entre os tratamentos.**

Em diversos tratamentos – a maioria maciça - a Unimed-BH atua como controladora e raramente se relaciona com o contratante na posição de operador de dados pessoais.

Sugere-se veementemente que esse item seja excluído do contrato ou adaptado à realidade legal, desde já manifestando-se esta operadora pela sua irregularidade.

28) A comunicação de alteração de rede é feita via sítio eletrônico da operadora, conforme normas da ANS. Isso atende ao item 2.7, anexo V, cláusula segunda, da obrigação das partes, do edital?

29) Ciente o Ente de que a forma de cálculo do desequilíbrio econômico-financeiro em contratos de planos de saúde – além da equação financeira do início da contratação administrativa– é a utilização, também denominada sinistralidade?

30) Sugere-se que o ente se atente para separar coberturas das segmentações, das de órteses e próteses. Estas se constituem em um item específico. Veja-se que o item 1.4, página 38, do Edital. Ambulatorial, hospitalar e hospitalar com obstetrícia são segmentações.

1

https://www.gov.br/anpd/pt-br/documentos-e-publicacoes/guia_agentes_de_tratamento_e_encarregado_defeso_eleitoral.pdf

31) Ciente o ente de que estão excluídos o que não está no rol, mas alguns itens merecem destaque? Tais como:



www.unimedbh.com.br

Rua dos Inconfidentes, 44

30140-120 – Funcionários, Belo Horizonte – MG

T 0800 030 30 03

- a) Consultas, tratamentos médicos e hospitalares e internações efetuados antes do início da cobertura ou do comprimento das carências previstas, bem como tratamentos de doenças e lesões existentes antes da inclusão do beneficiário e de complicações delas decorrentes, devidamente comprovadas, nos termos da lei;
- b) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- c) Exames e medicamentos não reconhecidos pelos órgãos competentes;
- d) Cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais;
- e) Atendimentos nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- f) Aplicação de vacinas preventivas;
- g) Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida;
- h) Enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- i) Cirurgia plástica ou estética de qualquer natureza;
- j) Tratamentos clínicos e cirúrgicos de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- k) Aparelhos ortopédicos, órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- l) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- m) Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência e urgência;
- n) Tratamentos em spas, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas de idosos e tratamentos sociais;
- o) Procedimentos, exames ou tratamentos e outras despesas realizadas no exterior ou fora da área de atuação do produto contratado;
- p) Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- q) Identificação de cadáveres ou restos mortais;
- r) Despesas com acompanhantes, exceto as previstas pela lei 9656/98;
- s) Produtos de toalete e higiene pessoal e despesas decorrentes de serviços de hotelaria como serviços telefônicos, TV ou frigobar;



www.unimedbh.com.br

Rua dos Inconfidentes, 44

30140-120 – Funcionários, Belo Horizonte – MG

T 0800 030 30 03

32) Como devem ser comprovados os itens de rede exigido no edital e em que momento da licitação?

33) Necessário esclarecer se o IPCA a ser considerado para aplicação do reajuste será o divulgado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), ou o divulgado pelo IPEAD (Instituto de Pesquisas Econômicas, Administrativas e Contábeis de Minas Gerais).

34) Os relatórios de comprovação de atendimentos serão disponibilizados em área logada segura, para acesso do ente. Isso atende ao edital?

35) Queira o ente indicar em que endereços eletrônicos estão as políticas de Compliance/anticorrupção da COHAB.

2 – DOS PEDIDOS

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

Nestes termos, pede deferimento.

Belo Horizonte/MG, 23 de janeiro de 2023.

UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

DocuSigned by:
Daiane Zeferino Soares Leite
CDCA7DA9C469440... P/p Daiane Zeferino Soares Leite

Nome: Daiane Zeferino Soares Leite

Função: Coordenadora de Relacionamento com Cliente Corporativo

CPF: 088.710.716-89

Telefone: (31) 3229-6164 /31 99921-0220

Endereço eletrônico (e-mail): daiane.soares@unimedbh.com.br |

grcc.nucleodecontratos@unimedbh.com.br



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues