



São Paulo, 29 de outubro de 2024.

À

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTÔNIO DE POSSE - SP

PREGÃO ELETRÔNICO Nº 147/2024

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 4101/2024

CRITÉRIO DE JULGAMENTO: MENOR VALOR UNITÁRIO DO ITEM (POR VIDA).

MODO DE DISPUTA: Aberto.

FORMA DE REALIZAÇÃO: Eletrônica.

CADASTRO DAS PROPOSTAS INICIAIS: dia 18/10/2024 a partir das 17:00hs até dia 05/11/2024 às 08:59hs.

ABERTURA DA SESSÃO PÚBLICA: 05/11/2024 às 09:00hs.

LOCAL DA DISPUTA: Endereço eletrônico www.novobmnet.com.br.

FUNDAMENTO LEGAL: Lei Federal nº 14.133/2021, Decreto Municipal nº. 3.919, de 31 de março de 2023.

PREGOEIRO(A) RESPONSÁVEL: LETICIA GRANZIER SECCHINATTO.

OBJETO: *“Contratação de operadora de planos de saúde voltada aos servidores públicos municipais de Santo Antônio de Posse, abrangendo servidores públicos ativos, inativos, pensionista e seus dependentes, englobando todos os servidores da Prefeitura, Autarquias; Empresas Públicas e Câmara Municipal de acordo com o ANEXO I – Termo de Referência e demais condições estabelecidas neste edital.”.*

BONSAGLIA CONSULTORIA E ASSESSORIA, pessoa jurídica de direito privado, devidamente inscrita no CNPJ sob o nº. 07.955.239/0001-64, sediada na Rua Itagyba Santiago, nº 51, Bairro Vila Alexandria, São Paulo - SP, CEP: 04635-050, vem perante Vossa Senhoria, respeitosamente, solicitar esclarecimento do Edital de Licitação em referência.

Oportuno registrar que nossa solicitação tem única e exclusivamente o ensejo de viabilizar a participação da **UNIMED CAMPINAS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, de modo que atenda às expectativas da **PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTÔNIO**

DE POSSE mostrando-se justa e equilibrada para todas as partes envolvidas, seguindo todas as determinações e legislações pertinentes.

II – SEGUNDO PEDIDO DE ESCLARECIMENTO

Por gentileza, informar o que segue:

2) Utilização dos Serviços

Como informação indispensável à elaboração da proposta solicitamos que a Prefeitura forneça às informações quanto a utilização dos serviços do atual contrato. Quais Sejam:

- a) **Fornecer relatório de sinistralidade do contrato atual, contendo o número de beneficiários, o percentual e os valores de “receita X despesa” os últimos 36 meses do contrato (mês a mês);**
- b) Fornecer a data e o percentual do último reajuste aplicado (técnico e financeiro);
- c) Fornecer relatório contendo a quantidade, a despesa, **e os CID’S** dos beneficiários em Home Care;
- d) Fornecer relatório contendo a quantidade, a despesa, **e os CID’S** dos beneficiários afastados do trabalho;
- e) Fornecer relatório contendo a quantidade, a despesa, **e os CID’S** dos casos crônicos ou em tratamento;
- f) Fornecer relatório de inativos contendo a receita e as despesas (art. 30 e 31 lei 9656/98);

Com a ausência das informações, os licitantes certamente competirão em situação desigual e, ainda, poderão prejudicar a administração, pois aquele que detiver as informações **(provavelmente a atual contratada)** ofertará o preço real para a prestação do serviço, sendo que, o licitante que não possuir a informação, não terá condições de ofertar proposta compatível com a justa remuneração.

Como se vê, nenhuma das situações criadas pela falta das informações deverá ser tolerada. Neste sentido, solicitamos a Prefeitura que **forneça a todas as interessadas em participar**

do certame às informações solicitadas acima (a, b, c, d, e, f), o que, dará aos licitantes interessados o subsídio necessário e indispensável à elaboração da proposta.

3) Item 2.1 do edital

“2. DO OBJETO

2.1. Contratação de operadora de planos de saúde voltada aos servidores públicos municipais de Santo Antônio de Posse, abrangendo servidores públicos ativos, inativos, pensionista e seus dependentes, englobando todos os servidores da Prefeitura, Autarquias; Empresas Públicas e Câmara Municipal de acordo com o ANEXO I – Termo de Referência e demais condições estabelecidas neste edital.”
(grifo nosso)

O Item acima exige que a futura contratada ofereça o plano de saúde englobando todos os servidores da Prefeitura, Autarquias; Empresas Públicas e Câmara Municipal. **Neste sentido, favor esclarecer:**

- a. Serão assinados contratos separados para cada uma das empresas públicas?
- b. Atualmente quais são as empresas públicas que usufruem do plano de saúde licitado pela Prefeitura?
- c. O percentual de contribuição dos funcionários das autarquias, câmara municipal e outras empresas públicas é o mesmo da Prefeitura?

4) Item 6.2 e 6.4 do TR

“6 – DOS PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:

6.2 - Os preços de manutenção mensal por servidor no plano atual são os seguintes:

<i>Nº de Beneficiários</i>	<i>Faixa Etária</i>
00.....	DE 00 À 18 ANOS
29.....	DE 19 À 23 ANOS
86.....	DE 24 À 28 ANOS
78.....	DE 29 À 33 ANOS
152.....	DE 34 À 38 ANOS
188.....	DE 39 À 43 ANOS
164.....	DE 44 À 48 ANOS
164.....	DE 49 À 53 ANOS

175.....DE 54 À 58 ANOS
274.....A PARTIR DE 59 ANOS
140.....NOVOS SERVIDORES (PREVISÃO)
[...]

6.4 - *As quantidades de vidas previstas no quadro acima são meramente estimativas, não obrigando a Prefeitura a contratar nos termos previstos, o número de adesões deverá atingir no mínimo 50% da estimativa geral de beneficiários, não fica autorizada qualquer revisão de preço em decorrência das variações que ocorrerem dentro do limite percentual estipulado neste item.*”

Do texto acima extrai-se que a Prefeitura fica obrigada a garantir a futura contratada, no mínimo 50% da estimativa geral. **Neste sentido, favor esclarecer:**

- a. Qual a quantidade de beneficiários existente no atual contrato – Se possível fornecer por faixa etária dividindo em Ativos Tit/Dep e Inativos Tit/Dep.
- b. Os servidores das autarquias, Câmara e empresas públicas municipais estão contemplados no contrato vigente? Caso positivo, favor fornecer por faixa etária dividindo em Ativos Tit/Dep e Inativos Tit/Dep por empresa.
- c. Qual a quantidade Total de servidores (funcionários) da prefeitura, autarquias, Câmara e empresas públicas municipais? Por favor, informar por empresa.
- d. A população existente nas autarquias, câmara municipal e outras empresas públicas municipais estão somadas ao total de beneficiários previsto no item 6.2 do Termo de Referência? Caso negativo favor informar a quantidade de beneficiários divididos por empresa e ainda, Faixa etária dos titulares e dependentes.

5) Item 5.2.1.5 do edital

“5.2. DAS RESTRIÇÕES

5.2.1.5. *Os participantes deverão ter pleno conhecimento dos elementos constantes deste Edital e seus anexos, das condições gerais e particulares do objeto da licitação e do(s) local(is) onde serão executados os serviços, não podendo invocar qualquer desconhecimento como elemento impeditivo da correta formulação da proposta e do integral cumprimento da Ata de Registro.*” (Grifo Nosso)

Do texto acima percebe-se que o edital cita “ata de registro”. Favor ratificar nosso entendimento de que essa licitação não é para “registro de preços”.

6) Apresentação de Nota Fiscal Detalhada

De acordo com os itens 19.3 e 20.5 do edital, para fins de comprovar a execução dos serviços, exige-se da Contratada que faça constar no corpo da Nota Fiscal as seguintes informações

“19. DO PRAZO PARA INICIOS DA ENTREGA E CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO

[...]

19.3. Por ocasião da execução dos serviços, a Contratada deverá apresentar Nota Fiscal constando quantidade preço unitário, preço total sobre o serviço realizado.
(Grifo Nosso)

“20. DO PAGAMENTO

[...]

20.5. O pagamento deverá estar condicionado, também, à correta inserção, no corpo da NFe ou no campo "Observações do Contribuinte", dos dados necessários a identificação da origem da despesa, conforme o caso, indicando, (quando se aplicar) o número da Autorização de Fornecimento (AF) e/ou nota empenho, número do Contrato, número processo licitatório, número do Convênio ou OGU, objeto do convênio ou OGU, número da medição da obra, base de cálculo do INSS, base de cálculo do IR. *(Grifo Nosso)*

Sabendo-se que, nenhuma empresa emite a Nota Fiscal no formato exigido, até mesmo por conta da extensão e volume das informações, podemos entender que, a apresentação da Nota Fiscal e de Relatório Analítico Detalhado, contendo a discriminação mensal dos beneficiários titulares e de seus dependentes, suprirá a exigência contida nos subitens acima?

7) Item 20.10 do edital

“20. DO PAGAMENTO

20.10. Será aplicada compensação financeira, quando houver atraso no pagamento dos valores devidos, por culpa exclusiva da Contratante, observada a necessidade

de se apurar a responsabilidade do servidor que deu causa ao atraso no pagamento, nos termos legais.”

O edital traz no item 20.10 a obrigação de se aplicar multa em caso de atraso de pagamento por culpa da Prefeitura, porém não traz as regras e nem mesmo o percentual que será aferido em caso de atraso no pagamento.

Neste sentido, conforme preconiza o art. 92 da nova lei de licitações, faz-se necessário a revisão do item em referência, para que nele conste o percentual e as regras para correção monetária e multa em caso de atraso no pagamento por culpa da Contratante.

8) Prazo Final para Esclarecimentos/Impugnações

“24. DOS ESCLARECIMENTOS E IMPUGNAÇÕES AO EDITAL

[...]

24.4. Qualquer pessoa é parte legítima para impugnar este Edital por irregularidade na aplicação da Lei nº 14.133, de 2021, devendo protocolar o pedido até 3 (três) dias úteis antes da data da abertura do certame, podendo tal ato ser protocolados no Serviço de Atendimento ao Cidadão - Seção de Protocolo Geral da PREFEITURA, localizado na Praça Chafiz Chaib, nº 351, Vila Esperança, Santo Antônio de Posse/SP, das 8:00 horas às 16:30 horas, aos cuidados do Setor de Licitações ou via e-mail: licitacao@pmsaposse.sp.gov.br e dirigidos ao Prefeito Municipal de Santo Antônio de Posse.” (Grifo Nosso)

Favor ratificar o entendimento de que o prazo de 3 (três) dias úteis para propositura de impugnação e/ou pedidos de esclarecimentos, disposto no item supracitado, **finda em 31 de outubro de 2024?** Caso negativo, favor informar a data correta.

9) Dos Casos Omissos ao Edital

O item 25.8.5 (*segunda parte*) do Edital aduz sobre as legislações que serão observadas para os casos omissos ao edital. Vejamos:

“25. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

[...]

25.8.5. *Considera-se prorrogado o prazo até o primeiro dia útil seguinte se o vencimento cair em dia em que não houver expediente, se o expediente for encerrado antes da hora normal ou se houver indisponibilidade da comunicação eletrônica.*

Aplica-se aos casos omissos o disposto na Lei Federal nº 14.133/2021, Decreto Municipal nº. 3.919, de 31 de março de 2023, na Lei Complementar nº 123/2006 e respectivas alterações.” (Grifo Nosso)

O item 13 do Termo de Referência aduz sobre as legislações que serão observadas na presente contratação. Vejamos:

“13 - LEGISLAÇÃO (PARA TODOS OS ITENS)

Aplicam-se ao presente caso as regras previstas na Lei Federal nº 14.133/2021 e Decreto n. 3919, de 31 de março de 2023.” (Grifo Nosso)

Neste sentido, favor ratificar nosso entendimento de que para os casos omissos igualmente serão disciplinados pela Lei nº 9.656/98 e as Normas da ANS, em especial a Resolução Normativa 465/2021 – Rol de Procedimentos da ANS, no que couber.

10) Exclusão de Beneficiários

O Termo de Referência em seu item 4.9 aduz as hipóteses em que a Contratada poderá promover a exclusão/suspensão de cobertura de beneficiários. Vejamos:

“4.3 – TITULARES E DEPENDENTES

[...]

4.9 - A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante nas seguintes hipóteses:

a) Fraude;

b) Por perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previsto neste contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei n. 9656/1998.” (Grifo Nosso)

Cabe esclarecer que além das hipóteses descritas no item acima, o art. 7º da Resolução Normativa nº 561/2022 da ANS traz a possibilidade da exclusão do plano de saúde a pedido do próprio titular diretamente a operadora de saúde.

Desta forma, solicitamos a INCLUSÃO da hipótese de exclusão do plano de saúde “a pedido do próprio titular”, conforme dispõe o art. 7º da RN nº 561/2022.

11) Movimentação Cadastral

“4.3 – TITULARES E DEPENDENTES

[...]

4.10 - A suspensão ou exclusão de BENEFICIÁRIOS do plano privado de assistência à saúde deve ser solicitada pelo CONTRATANTE formalmente à CONTRATADA, até o dia 18 do mês vigente, acompanhados dos respectivos Cartões de Identificação dos BENEFICIÁRIOS, para evitar o uso indevido, cujas despesas, então, correrão por conta do CONTRATANTE, que desde já autoriza sua cobrança.”

Tendo em vista que nas contratações públicas primeiro o serviço é prestado e posteriormente é pago, ou seja, para este seguimento de contratação, o pagamento dos serviços é realizado no mês subsequente ao mês da prestação dos serviços. E sendo assim, o melhor cenário para a movimentação de beneficiários seria que as inclusões e exclusões sejam realizadas pela Prefeitura de Santo Antônio de Posse **até o último dia de cada mês** (de 01 a 30), **passando a vigorar a partir do primeiro dia do mês subsequente a movimentação cadastral.**

Daí então, após o término de cada período mensal, a CONTRATADA elaborará relatório contendo os quantitativos e os valores apurados e os encaminhará a Prefeitura dentro dos prazos descritos no instrumento convocatório.

Neste sentido, solicitamos a **RETIFICAÇÃO** dos subitens citados para fins de adequação das inclusões e exclusões de modo que possam ser realizadas pela Prefeitura de Santo Antônio de Posse **até o último dia de cada mês** (de 01 a 30), **passando a vigorar a partir do primeiro dia do mês subsequente a movimentação cadastral.**

12) Prazos de Atendimento

5 – DISPOSIÇÕES ESPECÍFICAS:

[...]

5.3 – O tempo máximo de espera para marcação de exames de alta complexidade não poderá ultrapassar 30 (trinta) dias corridos.

Em relação aos prazos de atendimento, temos a RN n° 566/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que define o tempo máximo que as Operadoras/Seguradoras deverão garantir o acesso dos beneficiários aos serviços.

Neste sentido, favor ratificar o entendimento que a Prefeitura fará constar no item supracitado os prazos definidos na RN n° 566/2022?

13) Item 16.1.4 do TR e item 3.4.1 do anexo III

3. QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA

[...]

3.4. Comprovação da boa situação financeira, mediante declaração assinada por profissional habilitado na área contábil (ANEXO VII - art. 69 §1º da Lei 14.133/21), que a licitante atende aos seguintes índices de Liquidez Geral (ILG), Grau de Endividamento Geral (GEG), e Índice de Liquidez Corrente (ILC), devendo ser demonstrados pelos licitantes, sendo que somente será considerada habilitada a empresa que obtiver os seguintes resultados:

Índice de Liquidez Geral $\geq 1,00$

Índice de Liquidez Corrente $\geq 1,00$

Grau de Endividamento Geral $\leq 1,00$

*3.4.1. A empresa que não tiver alcançado os índices **exigidos NO** será considerada inabilitada. (Grifo Nosso)*

Favor ratificar o entendimento que **SERÁ INABILITADA** a empresa licitante que não alcançado os índices **exigidos NO EDITAL**.

14) Item 16.3 do TR

16.3 - RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

[...]

- **Apresentar CLÁUSULA anticorrupção**, com a seguinte redação: “Para a execução deste contrato, nenhuma das partes poderá oferecer, dar ou se comprometer a dar a quem quer que seja, ou aceitar ou se comprometer a aceitar de quem quer que seja, tanto por conta própria quanto por intermédio de outrem, qualquer pagamento, doação, compensação, vantagens financeiras ou não financeiras ou benefícios de qualquer espécie que constituam prática ilegal ou de corrupção, seja de forma direta ou indireta quanto ao objeto deste contrato, ou de outra forma a ele não relacionada, devendo garantir, ainda, que seus prepostos e colaboradores ajam da mesma forma”;

Favor ratificar nosso entendimento de que será de responsabilidade da contratada apresentar DECLARAÇÃO DE ANTICORRUPÇÃO nos moldes estabelecido acima e, responsabilidade da Prefeitura inserir cláusula de anticorrupção no contrato de prestação de serviços.

15) Validade das Certidões

O item 5.2 (Anexo III - Documentos Necessários para Habilitação) aduz que o prazo de validade a ser considerado para as certidões que não dispuserem desta informação será de **90 (noventa) dias**. Vejamos:

5. OUTROS DOCUMENTOS / DISPOSIÇÕES GERAIS DA HABILITAÇÃO

[...]

5.2. **Na hipótese de não constar prazo de validade nas certidões apresentadas, a Administração aceitará como válidas as expedidas até 90 (noventa dias) dias imediatamente anteriores à data de apresentação das propostas.**

Já os itens 16.1.1 (Termo de Referência) e 3.1 (Anexo III – Documentos Necessários para Habilitação) aduz que a Certidão de Falência Concordata e Recuperação Judicial deverá ser expedida com prazo máximo de **60 (sessenta) dias**.

16.1 - QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA

16.1.1 - Certidão negativa de falência expedida pelo distribuidor da sede do fornecedor ou, se for o caso, Certidão de Recuperação Judicial, expedida pelo Cartório Distribuidor da sede da pessoa jurídica, **com prazo de no máximo, 60**

(sessenta) dias, se outro prazo não estiver assinalado em lei ou no próprio documento.

3. QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA

3.1. *Certidão Negativa de Falência Concordata e recuperação judicial, expedida pelo Cartório Distribuidor da sede da pessoa jurídica, com prazo de no máximo, 60 (sessenta) dias, se outro prazo não estiver assinalado em lei ou no próprio documento; será admitida a participação de empresas que se encontram em regime de recuperação judicial, desde que apresente o respectivo plano de recuperação já homologado pelo juízo competente e em pleno vigor, sem prejuízo do atendimento a todos os requisitos de habilitação econômico-financeira estabelecidos neste edital.*

3.1.1. *Se o licitante for cooperativa ou sociedade não empresária, a(s) certidão(ões) mencionada(s) nas alíneas “a” e “b” deverá(ão) ser substituída(s) por certidão negativa de ações de insolvência civil.*

Ocorre que, no Estado de São Paulo, a referida certidão é emitida sem data de validade, constando apenas a data de sua emissão.

Desde modo, a fim de padronizar o prazo, estamos corretos ao afirmar que TODAS as certidões que não contenham prazo de validade, serão consideradas válidas desde que expedidas em até 90 (noventa) dias imediatamente anteriores à data de apresentação das propostas?

16) Decreto Municipal nº 3.919, de 31 de março de 2023

De acordo com o preâmbulo do edital e demais subitens do instrumento convocatório, o contratado deverá cumprir, além dos postulados legais vigentes de âmbito federal, estadual ou municipal o Decreto Municipal nº 3.919, de 31 de março de 2023.

Tendo em vista ser imprescindível o conhecimento da referida norma jurídica pelas licitantes para que haja seu efetivo cumprimento, favor fornecer o normativo legal ou indicar o local que possa ser acessada.

17) Documentos Integrante do Edital/Contrato

Favor ratificar o entendimento de que todas as respostas dos questionamentos formulados pelas empresas interessadas em participar da licitação em referência, bem como os pareceres dados pela Prefeitura sobre impugnações interpostas, comporão o presente pregão eletrônico, fazendo parte integrante ao edital/contrato.

O NOSSO ENTENDIMENTO ESTÁ CORRETO?

18) Vigência Contratual.

“EDITAL

14.1. Durante a vigência contratual, no limite anual os preços contratados permanecerão fixos e irrevogáveis, exceto o estabelecido no item 14.2 abaixo.

14.2. CASO OCORRA A PRORROGAÇÃO CONTRATUAL E ESSA SEJA SUPERIOR A 12 (DOZE) MESES DA DATA DE APRESENTAÇÃO DAS PROPOSTAS, os preços contratuais serão reajustados.

TERMO DE REFERENCIA

*2. O objeto desta licitação é a Contratação de Operadora de Planos Privados de Assistência Médica, Regularmente Cadastrada Junto a Agência Nacional de Saúde – ANS - com Atendimento ambulatorial e Hospitalar, com Obstetrícia, Exames Laboratoriais e Demais Serviços de Apoio Diagnóstico, de Acordo com a Lei 9.656/98, com Rol de Procedimentos Médicos e suas Atualizações, Instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, aos servidores públicos municipais, ou seja, Ativos, Inativos, Pensionistas e seus Dependentes, com um número estimado de **1.450 vidas, POR VIDA E INDEPENDENTE DA FAIXA ETÁRIA, POR UM PERÍODO DE 60 MESES,** conforme quantidades e especificações deste Termo.*

CONTRATO

*CLÁUSULA SEGUNDA - DA VIGÊNCIA 2.1. O prazo de **VIGÊNCIA DESTE CONTRATO É DE 60 (SESSENTA) MESES,** contados a partir da data de sua assinatura, a iniciar-se em _____, encerrando-se em _____, podendo o mesmo ser prorrogado por períodos idêntico, nos termos, condições e limites permitidos pelo Artigo 107 da Lei Federal nº 14.133/2021, e suas alterações, preservada a modalidade de licitação adotada nesta contratação e desde que haja interesse do CONTRATANTE.” (Grifo Nosso)*

Percebe-se no texto acima, que o edital prevê vigência de 12 (doze) meses, porém o Termo de Referência e o Contrato são controversos ao texto do edital, trazendo em sua redação uma vigência de 60 (sessenta) meses.

Neste sentido, é sabido que a Lei 14.133/2021, permitiu que os contratos de serviços e de fornecimentos contínuos com a administração pública sejam celebrados com vigência inicial de até 5 (cinco) anos. Porém, cabe esclarecer que o setor de contratação em questão, qual seja, seguimento de prestação de serviços de assistência médica, tem como padrão mercadológico firmar contratos com período inicial de 12 (doze) meses de vigência.

Em sendo assim, para adequação as regras setoriais e comerciais do segmento contratado, solicitamos a **RETIFICAÇÃO** dos itens e subitens que preveem vigência de 60 (sessenta) meses, para neles, fazer constar vigência contratual de 12 (doze) meses.

19) Especialidades Médicas Previstas na Lei 9656/98

TERMO DE REFERENCIA

2. ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO

[...]

2.1.6 – A prestadora de serviços deverá possuir profissionais especializados com no mínimo as seguintes especialidades: clínico geral, pediatria, ginecologia, ortopedia, cardiologia, oftalmologia, psiquiatria, fisioterapia, fonoaudiologia, terapeuta ocupacional, psicologia e nutricionista. Devendo proporcionar aos beneficiários, através da rede própria e/ou credenciada, atendimento com hora marcada e sem nenhum ônus adicional nos limites da lei 9.656/98 e resoluções da Agência Nacional de Saúde, com cobertura total para os serviços de: assistência médica ambulatorial, hospitalar, cirúrgica, obstétrica, clínicas especializadas e laboratórios, distribuídos nos municípios de Santo Antônio de Posse, Jaguariúna, Holambra e Campinas, com quantidade suficiente para assegurar o pronto atendimento, internações, eventos cirúrgicos, consultas, exames e procedimentos clínicos ambulatoriais, hospitalares e terapêuticos, reconhecidos pelos Conselhos Federal e/ou Regionais de medicina em conformidade com a lei 9.656, de 3 de junho de 1998, com as alterações posteriores e demais Regulamentações Complementares. (Grifo Nosso)

Do texto acima transcrito entende-se que a futura contratada deverá garantir cobertura apenas nas especialidades de clínico geral, pediatria, ginecologia, ortopedia, cardiologia, oftalmologia, psiquiatria, fisioterapia, fonoaudiologia, terapeuta ocupacional, psicologia e nutricionista.

No entanto o texto de Lei traz a garantia de cobertura para todas as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, Vejamos:

LEI 9656/98

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas

I - quando incluir atendimento ambulatorial:

a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

Neste sentido, o Conselho Federal de Medicina (CFM) por meio da Resolução CFM nº 2.380/2024 homologa a Portaria CME nº 1/2024, que atualiza a relação de especialidades reconhecidas na área de atuação médica. Vejamos:

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO CFM nº 2.380/2024

Homologa a Portaria CME nº 1/2024, que atualiza a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades.

PORTARIA CME Nº 1/2024

Art. 1º Aprovar a relação de especialidades e áreas de atuação médicas, abaixo relacionadas.

A) RELAÇÃO DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS RECONHECIDAS

1. Acupuntura
2. Alergia e imunologia
3. Anestesiologia
4. Angiologia
5. Cardiologia
6. Cirurgia cardiovascular
7. Cirurgia da mão

8. *Cirurgia de cabeça e pescoço*
9. *Cirurgia do aparelho digestivo*
10. *Cirurgia geral*
11. *Cirurgia oncológica*
12. *Cirurgia pediátrica*
13. *Cirurgia plástica*
14. *Cirurgia torácica*
15. *Cirurgia vascular*
16. *Clínica médica*
17. *Coloproctologia*
18. *Dermatologia*
19. *Endocrinologia e metabologia*
20. *Endoscopia*
21. *Gastroenterologia*
22. *Genética médica*
23. *Geriatrics*
24. *Ginecologia e obstetrícia*
25. *Hematologia e hemoterapia*
26. *Homeopatia*
27. *Infectologia*
28. *Mastologia*
29. *Medicina de emergência*
30. *Medicina de família e comunidade*
31. *Medicina do trabalho*
32. *Medicina do tráfego*
33. *Medicina esportiva*
34. *Medicina física e reabilitação*
35. *Medicina intensiva*
36. *Medicina legal e perícia médica*
37. *Medicina nuclear*
38. *Medicina preventiva e social*
39. *Nefrologia*
40. *Neurocirurgia*
41. *Neurologia*
42. *Nutrologia*
43. *Oftalmologia*
44. *Oncologia clínica*
45. *Ortopedia e traumatologia*
46. *Otorrinolaringologia*
47. *Patologia*
48. *Patologia clínica/medicina laboratorial*
49. *Pediatria*
50. *Pneumologia*
51. *Psiquiatria*
52. *Radiologia e diagnóstico por imagem*
53. *Radioterapia*
54. *Reumatologia*
55. *Urologia*

Diante do exposto, podemos entender que as licitantes deverão oferecer **na área de abrangência do produto ofertado**, cobertura para todas as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, conforme preconiza a lei?

20) Reembolso nos casos de Urgência ou Emergência

Consoante prevê o item 13 do Termo de Referência, haverá ressarcimento/reembolso nos atendimentos de emergência e urgência, ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual, quando não for possível a utilização dos serviços credenciados pela CONTRATADA.

Ocorre que, a Resolução Normativa nº 566/2022 da ANS, além de dispor sobre os prazos e garantias de atendimento aos beneficiários de planos de assistência à saúde, versa sobre os casos de Indisponibilidade/Inexistência de prestador de serviço na Área de Abrangência/Atuação do Plano e as formas para ressarcimento/reembolso.

Portanto, cabe esclarecer que, as situações previstas na Resolução Normativa nº 566/2022 sobre as formas de ressarcimento/reembolso nos casos de urgência e emergência onde não houver serviços credenciados/referenciados nos Municípios que pertence a área de abrangência do plano de assistência à saúde oferecido pela Contratada, contempla uma cobertura mais abrangente e extensiva do que dispõe o item 13 do Termo de Referência.

Neste sentido, favor ratificar o entendimento de que o reembolso citado no subitem acima ficará subordinado as regras de atendimento estabelecidas nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em especial a RN nº 566/2022, bem como a Lei nº 9.656/98?

21) Previsão de Junta Médica – RN nº 424/2017 da ANS

Favor ratificar o nosso entendimento de que constará no contrato celebrado entre a Prefeitura e a Vencedora do certame, cláusula com **PREVISÃO DE JUNTA MÉDICA conforme regras da RN Nº 424/2017 DA ANS**, cujo texto deverá prever que: no caso de situações de divergências médica ou odontológica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

O NOSSO ENTENDIMENTO ESTÁ CORRETO?

22) Coparticipação em Internações Psiquiátricas

No que tange ao atendimento aos casos de saúde mental, com vistas a manutenção do equilíbrio entre as prestações e contraprestações que envolvem a verdadeira gestão de custos do contrato de plano de saúde, podemos entender que será estabelecido coparticipação de 50% (cinquenta por cento) nas hipóteses de internações psiquiátricas, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, a cada ano de contrato, conforme disciplina o art. 19, II da Resolução Normativa nº 465/2021 da ANS?

23) Quantidade de Inativos

Sabendo-se que não consta no edital e seus anexos, informativo relativo à quantidade de beneficiários inativos, amparados pelo art. 30 e 31 da Lei 9.656/98 e, considerando que esta informação é relevante para aferição da proposta. Favor fornecer a quantidade de beneficiários inativos por faixa etária, sua respectiva vigência no contrato atual (início e término).

24) Cartão de Identificação do Beneficiário e Guia Médico

Favor ratificar o entendimento de que será aceito pela Prefeitura a emissão digital do cartão de identificação do beneficiário e do guia médico?

25) Produto e seu respectivo Registro/Contrato

Por obrigação legal, deve estar presente em todos os contratos firmados com operadora ou seguradora de saúde o nome comercial do plano/produto comercializado e, o número do seu registro junto a ANS.

Neste sentido, favor ratificar o entendimento que a Prefeitura fará constar no contrato o nome e o número do produto ofertados pela futura CONTRATADA, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

26) Data de Início dos Serviços

Para uma melhor composição prévia do cronograma de implantação, favor informar qual a data/mês de início de vigência do futuro contrato?

27) Coberturas em Concordância com as Regras Legais

Podemos entender que as coberturas advindas deste contrato serão aquelas definidas pela Lei 9.656/98 e Resolução Normativa N° 465/2021 - Rol de Procedimentos da ANS?

28) Prazos de Carências

TERMO DE REFERENCIA

“4. INCLUSÕES E PRAZOS DE CARÊNCIAS

[...]

4.2 - Respeitando-se as disposições estabelecidas acima, o período de carência máxima a que ficarão sujeitos os beneficiários, posteriormente incluídos nos Planos para utilização dos serviços contratados, será:

- a) 24 (VINTE E QUATRO) HORAS: para o atendimento ambulatorial e hospitalar relacionado a acidentes pessoais;*
- b) 24 (VINTE E QUATRO) HORAS: para o atendimento ambulatorial de emergência durante as primeiras 12 (doze) horas, para as doenças e lesões preexistentes declaradas na entrevista qualificada e que sejam objeto de cobertura parcial temporária;*
- c) 24 (VINTE E QUATRO) HORAS: para o atendimento ambulatorial de emergência e de complicações no processo gestacional durante as primeiras 12 (doze) horas, quando ocorridos durante o período de carência para internação hospitalar ou parto;*
- d) 24 (VINTE E QUATRO) HORAS: remoção para o SUS, quando ultrapassado o prazo de 12 (doze) horas de atendimento ambulatorial de emergência e/ou urgência;*
- e) 30 (TRINTA) DIAS: consultas médicas; exames de análises clínicas e histocitopatológicos, exames radiológicos simples sem contraste; exames e testes otorrinolaringológicos, exceto videolaringoestroboscopia computadorizada; eletrocardiograma convencional; eletroencefalograma convencional, inaloterapia; provas funcionais respiratórias; fisioterapia; consultas e sessões com nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional.*
- f) 90 (NOVENTA) DIAS: cirurgias de porte anestésico 0 (zero) em nível ambulatorial; densitometria óssea; monitorização ambulatorial de pressão arterial;*

endoscopias diagnósticas, em regime ambulatorial; exames e testes alergológicos; exames radiológicos com contraste; eletrocardiografia dinâmica (holter); teste ergométrico; ultrassonografia perfil biofísico fetal e tococardiografia;

g) 120 (CENTO E VINTE) DIAS: exames de análises clínicas pelo método pesquisa P.C.R. e histocitopatológicos por histoquímica; hibridização molecular; pesquisa de anticorpos Anti-HTL III (HIV)-Western-Blot; ecocardiografia-ecodoppler; eletroencefalograma prolongado; videolaringostroboscopia computadorizada; mapeamento cerebral; polissonografia; potencial evocado, eletromiografia; eletroneuromiografia; dopplerfluxometria; ultrassonografia morfológica e ultrassonografia com doppler;

h) 180 (CENTO E OITENTA) DIAS: exames diagnósticos e cirurgias por videolaparoscopia; videolaparoscopia diagnóstica; cintilografia; diálise peritoneal; diálise peritoneal-CAPD; hemodiálise; hipertermia prostática; internações clínicas ou cirúrgicas eletivas e psiquiátricas; litotripsia; medicina nuclear; mielografia; quimioterapia; radioterapia; ressonância nuclear magnética; tomografia computadorizada; transfusão de sangue e hemoderivados; angiografia; angioplastia; arteriografia; cineangiocoronariografia; próteses e órteses; procedimentos de hemodinâmica; neuroradiologia; necropsia; radiologia intervencionista; transplantes de RIM e CÓRNEA; transplantes autólogos; implantes; cirurgias cardiovasculares; cirurgias neurológicas; cirurgias para tratamento de doenças neoplásicas malignas; cirurgias para tratamento de doenças infectocontagiosas (inclusive AIDS) e todos os demais procedimentos que não estiverem relacionados nos itens anteriores;

i) 300 (TREZENTOS) DIAS: partos a termo.”

Do texto acima extrai-se que as inclusões de beneficiários realizadas após o termino do prazo previsto em edital, sofrerão carência. Contudo, o texto do edital em referência não segue o texto da Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, a qual prevê em seu art. 12, V os prazos de carência que deverão ser seguidos: Vejamos:

“Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura

definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

V - quando fixar períodos de carência:

a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;

b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;

c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência” (Grifo Nosso)

Dito isso, roga-se pela retificação do item 4.2 do Termo de Referência para fins de adequar aos prazos de carências disposto no art. 12, V da Lei nº 9.656/98.

29) Reajuste Técnico

O reajuste contratual por sinistralidade (reajuste técnico) tem o objetivo de realizar a recomposição atuarial, considerando a relação entre despesas assistenciais (sinistro - valor gasto pela operadora) e receitas de contraprestações (Prêmio - valor pago pelo cliente) entre contratada e contratante.

No mercado de saúde suplementar é autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar a recomposição atuarial dos contratos coletivos empresariais com a avaliação do índice de sinistralidade contratual, este, obtido através da quantidade de procedimentos feitos pelos beneficiários de um contrato (Sinistro) e o valor pago por estes serviços pelo contratante (Prêmio) à Contratada.

Este reajuste deve ocorrer quando há um aumento das despesas assistenciais (sinistros), ou seja, quando o grupo de beneficiários do contrato, utiliza de forma intensa os serviços do plano de saúde e o número de procedimentos e atendimentos realizados passa a ser maior do que o previsto para o período de apuração.

Neste contexto, tem-se como princípio básico para todos os contratos coletivos empresariais, a obrigação de cláusula com limite técnico de utilização (break-even), também conhecido como ponto de equilíbrio.

O break-even, também chamado de limite técnico ou ponto de equilíbrio é um indicador fundamental para os reajustes dos contratos de prestação de serviços de assistência médico Hospitalar. Pois, as operadoras de saúde têm seu funcionamento baseado na receita, mas para que esse modelo funcione, **as despesas médicas não podem ultrapassar 70% (break-even) desse valor.**

Em suma, a sinistralidade é o indicador fundamental que avalia a utilização do plano de saúde pelos usuários, isto significa dizer que, a cada vez que um serviço é acionado, a sinistralidade se eleva e conseqüentemente os custos da Contratada com os contratantes aumentam, podendo ocasionar um desequilíbrio no contrato.

Neste sentido, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde, responsável em promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais, a relação entre prestadores e consumidores e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país, tem como principal escopo regulamentar os produtos e serviços no setor, com limites e deveres expostos na Lei nº 9.656/1998.

Entre suas competências estão a edição de normas/resoluções que tem por objetivo regular a relação das operadoras com os contratantes, prestadores de serviços, bem como seus consumidores finais (beneficiários).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no Brasil, estabelece regras para o reajuste técnico dos contratos de planos de saúde empresariais, como a exemplo, sua periodicidade.

Os reajustes técnicos são ajustes anuais dos valores das mensalidades dos planos de saúde com base na sinistralidade (custo dos serviços utilizados pelos beneficiários) e em outros fatores técnicos.

As principais regras da ANS para o reajuste técnico de contratos empresariais incluem:

1. **Análise de Sinistralidade:** As operadoras devem calcular a sinistralidade dos contratos empresariais, considerando o custo dos serviços de saúde utilizados pelos beneficiários.
2. **Teto de Reajuste:** A ANS define um teto máximo para o reajuste anual das mensalidades dos planos de saúde. Esse teto é calculado com base em uma fórmula que considera a variação dos custos médicos e hospitalares.
3. **Comunicação e Transparência:** As operadoras devem comunicar aos contratantes (empresas que oferecem os planos aos seus funcionários) e beneficiários os critérios utilizados para o cálculo dos reajustes técnicos.
4. **Período de Aplicação:** O reajuste técnico deve ser aplicado uma vez ao ano, na data de aniversário do contrato entre a operadora e a empresa contratante.
5. **Avaliação pela ANS:** A ANS realiza monitoramento e avaliação dos reajustes aplicados pelas operadoras para garantir que estejam em conformidade com as normas estabelecidas.

É imperioso salientar que Agência Reguladora (ANS), determina que a cada período de 12 (doze) meses, a contar da vigência contratual, os contratos coletivos empresariais sejam analisados financeiramente pelas Operadoras de Saúde e, sempre que o resultado obtido no período analisado (12 meses) constitua percentual superior a 70% (break-even), o reajuste técnico por sinistralidade deverá ser aplicado.

Á exemplo de que tal regramento deve ser adotado, o Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCE/SP) fez presente em seus 3 (três) últimos processos licitatórios para contratação de serviços de assistência médico hospitalar (“**PREGÃO PRESENCIAL n° 43/12 - PROCESSO TC-A n° 6.029/026/12E**”, “**PREGÃO ELETRÔNICO n° 72/18 - PROCESSO TC-A n° 3.407/026/17**” e o “**PREGÃO ELETRÔNICO n° 15/22 - SEI - PROCESSO n° 12126/2021-60**”), cláusula de reajuste técnico por sinistralidade, ferramenta está que possibilita à Contratada restabelecer financeiramente o contrato, quando da ocorrência de elevada utilização dos serviços. Vejamos:

***“PREGÃO ELETRÔNICO n° 15/22 - SEI - PROCESSO n° 12126/2021-60
13.REAJUSTE***

13.1 Qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, relacionada a reajuste financeiro ou técnico, deverá respeitar a periodicidade mínima de 12 (doze) meses, contados da data de início dos serviços ou do último reajuste.

13.2 Os preços praticados no contrato serão reajustados financeiramente pelo IPC - Saúde, divulgado pela FIPE, visando à compensação das perdas decorrentes da inflação.

13.3 O Reajuste Técnico visará à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro inicial e será aplicável quando a Sinistralidade (relação entre a despesa assistencial e a receita de contraprestação pecuniária) acumulada no período de 12 meses, contados da data de início dos serviços ou do último reajuste, ultrapassar os 70% (setenta por cento).

13.4 O reajuste técnico será apurado pela seguinte fórmula:

$$S = \Sigma Ga / \Sigma Rc$$

$$IR = [(S / 0,70) - 1] * 100$$

Em que:

S = Sinistralidade

Ga = Gastos assistenciais incorridos pela contratada no período analisado.

Rc = Receita de contraprestação pecuniária recebida pela Contratada no período analisado.

IR = Índice de Reajuste.

0,70 = Limite de sinistralidade.

13.5 Para fins de apuração da sinistralidade, a receita de contraprestação pecuniária será reconhecida de acordo com o período de vigência da cobertura assistencial e a despesa assistencial de acordo com a data de atendimento, independentemente da data de pagamento (regime de competência).

13.6 Caberá à Contratada a iniciativa revisional por Reajuste Técnico, devendo a solicitação contemplar a memória de cálculo e o demonstrativo da receita e das despesas assistenciais, por evento, consideradas para o cálculo da sinistralidade.

*13.7 A Comissão de Fiscalização poderá solicitar esclarecimentos e informações adicionais quanto aos eventos considerados para a apuração da sinistralidade.”
(Grifo Nosso)*

“PREGÃO ELETRÔNICO n° 72/18 - PROCESSO TC-A n° 3.407/026/17

12- REAJUSTE

12.1 - Qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, seja reajuste financeiro ou técnico, deverá respeitar a periodicidade mínima de 12 (doze) meses, contados do início da vigência do contrato ou data do último reajuste, nos termos

da Resolução Normativa RN N° 195, de 14 de julho de 2009 e suas respectivas alterações ou outra nova que vier a substituí-la.

12.2- Reajuste Financeiro:

12.2.1 O Reajuste Financeiro visa compensar as perdas decorrentes da inflação.

12.2.2- Os preços praticados no contrato serão reajustados financeiramente pelo índice divulgado pela ANS.

12.3- Reajuste Técnico:

12.3.1 O Reajuste Técnico visa à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro inicial e será aplicável caso a sinistralidade do período de no mínimo 12 meses contados do início da vigência do contrato ou da última repactuação, quando a sinistralidade ultrapassar os 70 % (setenta por cento).

12.3.2- O Índice de Sinistralidade, para efeito da revisão positiva da contraprestação pecuniária, será sempre o resultado da divisão total dos sinistros por data de atendimento pelo total de contraprestação pecuniária líquida cobrada durante o período de apuração. Se o IS se situar acima de 0,70 (setenta centésimos) ou 70% (setenta por cento), a contraprestação pecuniária será reajustada, conforme a seguinte fórmula:

$$IS = \Sigma Sa / \Sigma Pp$$

$$IR = IS / 0,70$$

Legenda:

IR = Índice de Reajuste.

IS = Índice de Sinistralidade.

0,70 = Índice Máximo de Sinistralidade.

Sa = Sinistros apurados pela contratada no período analisado.

Pp = contraprestação pecuniária líquida paga à contratada no período analisado.”

(Grifo Nosso)

“PREGÃO PRESENCIAL n° 43/12 - PROCESSO TC-A n° 6.029/026/12

12- REAJUSTE

12.1- Reajuste Financeiro:

12.1.1- Os preços somente poderão ser reajustados financeiramente, observado o período mínimo de 12 (doze) meses, sendo o primeiro período contado do primeiro dia de vigência da prestação de serviços, e os subsequentes da data do reajuste imediatamente anterior;

a) O Índice financeiro a ser aplicado é o IPC – SAÚDE da FIPE – Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas ou outro que vier a substituí-lo.

12.2- Reajuste Técnico:

12.2.1- O Índice de Sinistralidade, para efeito da revisão positiva da contraprestação pecuniária, será sempre o resultado da divisão total dos sinistros por data de atendimento pelo total de contraprestação pecuniária líquida cobrada durante o período de apuração. Se o IS se situar acima de 0,70 (setenta centésimos) ou 70% (setenta por cento), a contraprestação pecuniária será reajustada, conforme a seguinte fórmula:

$$IS = \Sigma Sa / \Sigma Pp$$

$$IR = IS / 0,70$$

Legenda:

IR = Índice de Reajuste.

IS = Índice de Sinistralidade.

0,70 = Índice Máximo de Sinistralidade.

Sa = Sinistros apurados pela contratada no período analisado.

Pp = contraprestação pecuniária líquida paga à contratada no período analisado.

12.2.2- Sempre que o IR for maior que 01 (um), os prêmios poderão reajustados pelo índice apurado, desde que formalmente solicitado pela Contratada.

12.2.2- As apurações serão feitas mensalmente, sendo que a primeira apuração se dará a partir do 1º mês de vigência do contrato, estabelecendo índices totais mensais e consolidações acumuladas para efeito de acompanhamento, tendo por base a somatória de Sa e Pp, do período compreendido entre o último mês que serviu de base para o último reajuste aplicado e o mês da efetiva análise, desde que esse período seja limitado a 12 (doze) meses.

12.2.3- Qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, seja reajuste financeiro ou técnico, deverá respeitar a periodicidade mínima de 12 (doze) meses, contados do mês de início da prestação dos serviços ou data do último reajuste, nos termos da Resolução Normativa RN N° 195, de 14 de julho de 2009 e suas respectivas alterações ou outra nova que vier a substituí-la.” (Grifo Nosso)

Importante enaltecer que o “reajuste técnico por sinistralidade”, está presente em quase 100% dos contratos com a administração pública e, a ferramenta legal para sua aplicação, consiste em previsão contratual do mesmo. Vejamos o que diz a lei 14.133/2021:

“Art. 25. O edital deverá conter o objeto da licitação e as regras relativas à convocação, ao julgamento, à habilitação, aos recursos e às penalidades da licitação, à fiscalização e à gestão do contrato, à entrega do objeto e às condições de pagamento.

§ 7º Independentemente do prazo de duração do contrato, será obrigatória a previsão no edital de índice de reajustamento de preço, com data-base vinculada à data do orçamento estimado e com a possibilidade de ser estabelecido mais de um índice específico ou setorial, em conformidade com a realidade de mercado dos respectivos insumos.

§ 8º Nas licitações de serviços contínuos, observado o interregno mínimo de 1 (um) ano, o critério de reajustamento será por:

I - reajustamento em sentido estrito, quando não houver regime de dedicação exclusiva de mão de obra ou predominância de mão de obra, mediante previsão de índices específicos ou setoriais;” (Grifo Nosso)

“Art. 92. São necessárias em todo contrato cláusulas que estabeleçam:

§ 3º Independentemente do prazo de duração, o contrato deverá conter cláusula que estabeleça o índice de reajustamento de preço, com data-base vinculada à data do orçamento estimado, e poderá ser estabelecido mais de um índice específico ou setorial, em conformidade com a realidade de mercado dos respectivos insumos.

§ 4º Nos contratos de serviços contínuos, observado o interregno mínimo de 1 (um) ano, o critério de reajustamento de preços será por:

I - reajustamento em sentido estrito, quando não houver regime de dedicação exclusiva de mão de obra ou predominância de mão de obra, mediante previsão de índices específicos ou setoriais;” (Grifo Nosso)

Diante do exposto, tornou-se evidente que o reajuste técnico por sinistralidade tem amparo legal da nova lei de licitações, da Agência Nacional de Saúde Suplementar e do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo quanto a sua previsão contratual.

Considerando todo o exposto, à vista da ausência da previsão editalícia quanto ao reajuste técnico por sinistralidade, e, quanto a sua previsão contratual, estamos corretos ao afirmar que será revisto o presente instrumento convocatório no que se refere as cláusulas de reajustes, a fim de fazer constar o reajuste por sinistralidade, sempre que o resultado obtido no período analisado (12 meses) constitua percentual superior a 70% (break-even)? E, em sendo assim, podemos considerar a fórmula chancelada pelo TCE/SP e inserida em seus dois últimos processos licitatórios?



Certos do pronto atendimento às nossas solicitações, agradecemos antecipadamente,
ao tempo que nos colocamos ao inteiro dispor de V.S.a.

Bonsaglia Consultoria, Assessoria

CNPJ nº 07.955.239/0001-64