



Brasília – DF, 05 de Novembro de 2024.

A
UNIMED SEGUROS SAÚDE S.A

O **CONSELHO FEDERAL DE CORRETORES DE IMÓVEIS (COFECI)**, em atenção ao pedido de esclarecimentos outrora apresentado, vem esclarecer:

PERGUNTA 01: Estamos entendendo que os 2 agregados citados no item 3.9.1.2.5 estão contemplados no artigo 5º, inciso VII, da Resolução Normativa 557/22 (VII - o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro dos empregados e servidores públicos, bem como dos demais vínculos dos incisos anteriores.). Órgão ciente e de acordo? Caso negativo, informar o parentesco dos agregados em relação aos titulares.

Resposta: Sim, os agregados citados no item 3.9.1.2.5 estão contemplados no artigo 5º, inciso VII, da Resolução Normativa 557/22.

Trecho Anexo I – Termo de Referência

3.9.1.2. São considerados beneficiários dependentes legais:

3.9.1.2.1. O cônjuge ou companheiro(a) legalmente comprovado, com quem o(a) funcionário(a) mantenha união estável, desde que apresentada a certidão de casamento ou a escritura declaratória de união estável, sendo esta, registrada em cartório.

3.9.1.2.2. O companheiro ou companheira de união homoafetiva com comprovação de união estável;

3.9.1.2.3. Os filhos, inclusive enteados (desde que conste na última Declaração de ajuste anual do Imposto de Renda), de funcionários do CONTRATANTE, 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;



3.9.1.2.4. Os filhos, inclusive enteados (desde que conste na última Declaração de ajuste anual do Imposto de Renda, de funcionário do CONTRATANTE, maiores até 24 anos (vinte e quatro) anos de idade (enquanto não completar 25 anos), se ainda estiverem cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de 2º grau (RIR/18, art. 71, §1º, III, e §2º), não tendo economia própria;

3.9.1.2.5. Os 02 (dois) agregados constantes da atual apólice há mais de 20 (vinte) anos.

3.9.1.2.6. Não serão aceitas inclusões de novos agregados.

PERGUNTA 02: Antes do questionamento, recomenda-se a validação do ponto com as áreas impactadas (rede, reembolso e central de relacionamento), visto que desconhecemos a operação, o apontamento é com relação à regulamentação. Órgão ciente e de acordo que, com relação ao item acima, a Seguradora cumpre integralmente as regras da RN 566/22, nas situações de indisponibilidade de rede (art. 4º) e inexistência de prestador no município (art. 5º) e, na situação de descumprimento dos referidos artigos, reembolsará as despesas havidas pelo beneficiário?

Resposta:

Conforme previsto no Edital 002/2024 e anexos, a CONTRATADA deverá oferecer, reembolso, no sistema de livre escolha, de consulta, exames, procedimentos, honorários médicos, despesas hospitalares e demais serviços previstos neste Termo de Referência, de acordo com o contido nas tabelas praticadas por ela.

Sendo que, respeitadas as determinações da ANS, caberá aos beneficiários reembolso das despesas, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pela CONTRATADA, efetuadas com consultas, exames, honorários médicos e serviços hospitalares, com medicamentos e materiais utilizados durante o período de internação e com as demais taxas hospitalares, nas seguintes hipóteses:

- a) despesa efetuada nas localidades em que a CONTRATADA não dispuser de rede médico-hospitalar, laboratorial e serviços complementares ao diagnóstico e terapia, credenciada, referenciada ou própria;
- b) em situações de greve, paralisações ou outras que impeçam o atendimento pela rede própria, referenciada ou credenciada da CONTRATADA;
- c) nos casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços na rede própria, credenciada ou referenciada da CONTRATADA, aqueles como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesão irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente;
- d) a contratada deve dispor ainda de seguro internacional de reembolso já incluso.



PERGUNTA 03: Pedimos ratificar que as autorizações poderão ser solicitadas diretamente pelos prestadores no ato do atendimento, possibilitando mais agilidade e segurança para o cliente, uma vez que a solicitação feita em sistema, no ato do atendimento possibilita a avaliação em tempo real, através do sistema e verifica eventuais fraudes que podem ocorrer, evitando implicações na sinistralidade e na utilização do próprio beneficiário. Ainda, as solicitações de internações e procedimentos, serão submetidas às áreas regulatórias. Cientes e de acordo? Caso contrário, pedimos detalhar.

Resposta: Sim, conforme determinações da ANS.

PERGUNTA 04: Pedimos esclarecer, de forma detalhada, quanto ao padrão de acomodação a ser ofertado, uma vez que nos esclarecimentos iniciais há a informação de enfermaria e apartamento, enquanto no item 3.9.b há a informação somente de quarto privativo.

Resposta: Conforme previsto no Edital 002/2024 e seus anexos:

Trecho Anexo I – Termo de Referência

3.9. Sendo que o objeto é considerado como serviço continuado, devendo ser prestado de forma ininterrupta, visando à necessidade de garantir aos funcionários, dependentes e agregados o acesso à rede de saúde, com destaque:

- a) Consultas médicas, inclusive obstétricas para pré-natal, em número ilimitado e sem limite de valor;
- b) **Internação hospitalar**, compreendendo hospitais, centros médicos, casas de saúde e em clínicas básicas e especializadas, sem limite de prazo, valor ou quantidade, **em quarto particular para o beneficiário;**

3.9.3.1. Plano privado ou seguro de assistência à saúde coletiva empresarial, com cobertura médico-hospitalar e ambulatorial com obstetrícia por intermédio de rede referenciada/credenciada, diagnóstico e terapia, inclusive para o internado, pré-anestésicas e pré-cirúrgicas, sem limite de qualquer espécie e sem excluir doenças preexistentes ou crônicas, em situações eletivas e/ou emergenciais (no que couber) conforme previsto no inciso I, do artigo 1º da Lei 9.656/1998, das normas do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) e no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de



Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, bem, como a cobertura para todas as doenças do CID-10 (Código Internacional de Doenças), **com acomodação em quarto privativo para internações**, com abrangência de cobertura em todo o território nacional e internacional (reembolso de despesas), sem limite de utilização ou de valor, **com destaque:**

PERGUNTA 05: O edital cita coberturas no âmbito de todo o território nacional e internacional (reembolso de despesas). De forma que pedimos esclarecer se, a cobertura internacional solicitada refere-se a, de fato, reembolso para eventuais atendimentos ou, o órgão solicita Seguro Internacional.

Resposta:

Conforme previsto no Edital 002/2024 e seus anexos, trata-se de reembolso.

Trecho Anexo I – Termo de Referência

3.9.7. Do Reembolso

3.9.7.1. A CONTRATADA deverá oferecer, reembolso, no sistema de livre escolha, de consulta, exames, procedimentos, honorários médicos, despesas hospitalares e demais serviços previstos neste Termo de Referência, de acordo com o contido nas tabelas praticadas por ela.

Trecho Edital:

1. DO OBJETO

1.1. Contratação de pessoa jurídica especializada para a prestação de serviços de seguro saúde ou Assistência Médica, devidamente registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para a prestação de serviços de assistência médica e/ou seguro saúde, sem carência, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar incluindo partos, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, bem como internações, tanto em caráter eletivo como emergencial, em hospitais e clínicas, no âmbito de todo o território nacional e **internacional (reembolso de despesas)**, com padrões de enfermagem e apartamento individual com banheiro privativo, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, sem excluir doenças preexistentes ou crônicas com cobertura de todas as especialidades reconhecidas ou que vierem a ser reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM e exames complementares reconhecidos ou que vierem a ser reconhecidos pela Agência Nacional de Saúde – ANS, para os servidores do Conselho Federal de Corretores de Imóveis (COFECI) e seus dependentes, estimadas 57 vidas.



Trecho Anexo I – Termo de Referência

3.9.7.2. Respeitadas as determinações da ANS, caberá aos beneficiários reembolso das despesas, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pela CONTRATADA, efetuadas com consultas, exames, honorários médicos e serviços hospitalares, com medicamentos e materiais utilizados durante o período de internação e com as demais taxas hospitalares, nas seguintes hipóteses:

- a) despesa efetuada nas localidades em que a CONTRATADA não dispuser de rede médico-hospitalar, laboratorial e serviços complementares ao diagnóstico e terapia, credenciada, referenciada ou própria;
- b) em situações de greve, paralisações ou outras que impeçam o atendimento pela rede própria, referenciada ou credenciada da CONTRATADA;
- c) nos casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços na rede própria, credenciada ou referenciada da CONTRATADA, aqueles como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesão irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente;

d) a contratada deve dispor ainda de seguro internacional de reembolso já incluso.

PERGUNTA 06: Acerca das fisioterapias, cabe ressaltar que, conforme determinação da Agência Nacional de Saúde, não poderão ocorrer limitações quanto às quantidades autorizadas, de forma que pedimos ratificar que esta cobertura, bem como as demais coberturas pertinentes ao objeto deste edital seguirão em conformidade com o ROL da ANS e suas atualizações, bem com de acordo com suas resoluções normativas e diretrizes de atendimento, em especial as RNs 465/2021, 566/2022 e 490/2022.

Resposta: Sim, seguirão conforme o rol da ANS.

PERGUNTA 07: Pedimos ratificar nosso entendimento de que, para os casos de atendimento domiciliar (HOME CARE), para segurança do processo regulatório a CONTRATADA analisará a solicitação de atenção domiciliar do médico assistente, por meio de avaliação in loco do prestador contratado, na rede referenciada, e fará autorização e prorrogação do plano de atendimento domiciliar mediante pertinência técnica e instrumentos de avaliação, validados na literatura médica. O período do tratamento domiciliar será determinado mediante análise mensal do caso e prorrogado enquanto houver pertinência técnica. De acordo?

Resposta: Correto.

PERGUNTA 08: Cabe ressaltar que o prazo proposto pelo item não comporta as verificações e eventuais necessidade de ajustes pertinentes aos ritos de assinaturas de



contratos, que compreendem possíveis acareações e alterações a serem solicitadas por ambas as partes, de forma que pedimos ao órgão que, considerando o caráter vinculativo dos esclarecimentos, ratifique que o prazo para as assinaturas poderá ser de até 05 (cinco) dias úteis, sem prejuízo das tramitações necessárias para a implantação do contrato.

Resposta:

Considerando que o modelo de minuta contratual já foi previamente disponibilizada juntamente ao Edital 002/2024 e seus anexos, especificamente no Anexo II, não há que se falar em retificação do prazo proposto no item 16.1.1, o qual permanece nos exatos termos previstos.

PERGUNTA 09: Solicitamos esclarecimentos deste órgão quanto ao formato da disponibilidade deste funcionário e se em formato de palestra de implantação é suficiente para o esclarecimento aos usuários.

Resposta: A palestra de implantação é suficiente para os usuários, mas, posteriormente, faz-se necessário a administração do dia-a-dia da apólice com inclusões, exclusões e agilização de atendimentos como cirurgias, tratamentos, etc.

PERGUNTA 10: Por questões de Política Ambiental e de Sustentabilidade, e com intuito de sempre proporcionar agilidade e segurança nos dados compartilhados, por favor ratificar o nosso entendimento de que o Guia/Manual de Rede Referenciada, bem como a carteirinha dos beneficiários, poderão ser disponibilizados de forma virtual, sendo ambos disponibilizados no aplicativo e site eletrônico desta Seguradora para consulta, além ainda de no caso de eventuais dúvidas será disponibilizado atendimento telefônico 0800.

Resposta: Correto.

PERGUNTA 11: Está correto o nosso entendimento de que as movimentações serão realizadas pelo CONFECI por meio de acesso ao portal a ser disponibilizado? Ou por meio de layout?

Resposta: Não. As movimentações se darão através de intermediador do COFECI formalmente designado.

PERGUNTA 12: Considerando que existe solicitação para plano enfermaria, podemos considerar que a acomodação na internação hospitalar, para os beneficiários deste plano (enfermaria), será em quarto coletivo?



Resposta: Não. Ambas são para quarto particular.

Conforme previsto no Edital 002/2024 e seus anexos:

Trecho Anexo I – Termo de Referência

3.9. Sendo que o objeto é considerado como serviço continuado, devendo ser prestado de forma ininterrupta, visando à necessidade de garantir aos funcionários, dependentes e agregados o acesso à rede de saúde, com destaque:

- a) Consultas médicas, inclusive obstétricas para pré-natal, em número ilimitado e sem limite de valor;
- b) **Internação hospitalar**, compreendendo hospitais, centros médicos, casas de saúde e em clínicas básicas e especializadas, sem limite de prazo, valor ou quantidade, **em quarto particular para o beneficiário**;

3.9.3.1. Plano privado ou seguro de assistência à saúde coletiva empresarial, com cobertura médico-hospitalar e ambulatorial com obstetrícia por intermédio de rede referenciada/credenciada, diagnóstico e terapia, inclusive para o internado, pré-anestésicas e pré-cirúrgicas, sem limite de qualquer espécie e sem excluir doenças preexistentes ou crônicas, em situações eletivas e/ou emergenciais (no que couber) conforme previsto no inciso I, do artigo 1º da Lei 9.656/1998, das normas do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) e no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, bem, como a cobertura para todas as doenças do CID-10 (Código Internacional de Doenças), **com acomodação em quarto privativo para internações**, com abrangência de cobertura em todo o território nacional e internacional (reembolso de despesas), sem limite de utilização ou de valor, **com destaque**:

PERGUNTA 13: Pedimos ratificar nosso entendimento de que na hipótese de não haver recursos de atendimento em alguma das localidades previstas neste edital, serão aplicáveis à presente contratação as regras de atendimento estabelecidas nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial a RN' no 566, que trata da garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado nas cidades limítrofes, ou pela integralização (reembolso). Nosso entendimento está correto? Caso negativo, pedimos explicar detalhadamente.

Resposta:

Conforme previsto no Edital 002/2024 e seus anexos:



Trecho Anexo I – Termo de Referência

3.9.7.1. A CONTRATADA deverá oferecer, reembolso, no sistema de livre escolha, de consulta, exames, procedimentos, honorários médicos, despesas hospitalares e demais serviços previstos neste Termo de Referência, de acordo com o contido nas tabelas praticadas por ela.

3.9.7.2. **Respeitadas as determinações da ANS**, caberá aos beneficiários **reembolso das despesas**, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pela CONTRATADA, efetuadas com consultas, exames, honorários médicos e serviços hospitalares, com medicamentos e materiais utilizados durante o período de internação e com as demais taxas hospitalares, nas seguintes hipóteses:

- a) despesa efetuada nas localidades em que a CONTRATADA não dispuser de rede médico-hospitalar, laboratorial e serviços complementares ao diagnóstico e terapia, credenciada, referenciada ou própria;
- b) em situações de greve, paralisações ou outras que impeçam o atendimento pela rede própria, referenciada ou credenciada da CONTRATADA;
- c) nos casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços na rede própria, credenciada ou referenciada da CONTRATADA, aqueles como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesão irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente;
- d) a contratada deve dispor ainda de seguro internacional de reembolso já incluso.

PERGUNTA 14: O Órgão está ciente e de acordo que será observada as regras de carência nos moldes da RN no 557/2022 (antiga RN no 195/09), bem como, as licitantes observarão as regras previstas para isenção de cobertura parcial temporária (CPT) nas situações descritas no artigo 7º da RN 557/2022 e que poderão aplicar CPT fora dessas situações, nos termos da RN 558/2022 (antiga RN 162/07). Cientes e de acordo? Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

Resposta: Sim, deverá seguir as determinações da ANS em consonância aos termos do Edital e seus anexos.

Conforme previsto no Edital 002/2024 e seus anexos:

Trecho Anexo I – Termo de Referência



3.9.6. Das Carências

3.9.6.1. Isenção absoluta de carências dos serviços contratados para todo o grupo inicial, objeto da licitação.

3.9.6.2. Deverão ser isentos de carências também os novos empregados e seus dependentes, incluídos durante a vigência do contrato, desde que as inclusões ocorram no prazo de até 30 (trinta) dias, contados a partir da data de sua admissão, bem como os dependentes cujo fato ou ato motivador da dependência (nascimento, adoção, casamento, coabitação ou decisão judicial), venha ocorrer na vigência do contrato e desde que a solicitação para sua inclusão no plano junto à empresa Contratada ocorra em até 30 dias, contados a partir do ato ou motivo da dependência.

3.9.6.3. Para os usuários que tenham optado por qualquer dos Planos oferecidos após a data prevista no subitem 3.9.6.2, a carência será de:

3.9.6.3.1. urgência e emergência: 24 (vinte e quatro) horas;

3.9.6.3.2. consultas médicas: 24 (vinte e quatro) horas;

3.9.6.3.3. exames simples: 30 (trinta) dias;

3.9.6.3.4. exames especializados: 180 (cento e oitenta dias);

3.9.6.3.5. internações hospitalares: 180 (cento e oitenta dias);

3.9.6.3.6. partos e suas consequências: 300 (trezentos) dias.

3.9.6.4. Para reingresso de funcionários e dependentes desligados voluntariamente do plano, serão admitidos os períodos de carência para os seguintes eventos:

3.9.6.4.1. urgência e emergência: 24 (vinte e quatro) horas;

3.9.6.4.2. consultas médicas: 24 (vinte e quatro) horas;

3.9.6.4.3. exames simples: 30 (trinta) dias;

3.9.6.4.4. exames especializados: 180 (cento e oitenta dias);

3.9.6.4.5. internações hospitalares: 180 (cento e oitenta dias);

3.9.6.4.6. partos e suas consequências: 300 (trezentos) dias.

3.9.6.5. O COFECI será o responsável financeiro pelo pagamento de 100% (cem por cento) da fatura mensal emitida e atestada pelos responsáveis, contendo esta, a totalidade de despesas dos titulares, dependentes, e agregados.



PERGUNTA 15: Por favor ratificar o nosso entendimento de que os cancelamentos deverão seguir conforme disposto na RN412., pela qual o cliente poderá solicitar a qualquer momento, diretamente à CONTRATADA. Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

Resposta: Sim, deverá seguir as determinações da ANS em consonância aos termos do Edital e seus anexos.

Conforme previsto no Edital 002/2024 e seus anexos:

Trecho Anexo I – Termo de Referência

3.9.5. Da Inclusão e Exclusão dos Beneficiários

3.9.5.1. É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário.

3.9.5.2. Somente o beneficiário titular poderá realizar a inclusão ou exclusão de beneficiários.

PERGUNTA 16: Pedimos ratificar que, por motivos de logística e, considerando as frequentes paralisações nos serviços de entrega, além da oferta das identificações digitais (carteirinhas nos aplicativos dedicados), a entrega dos cartões (se necessário) poderão ser de 10 dias úteis, ou 15 dias corridos.

Resposta: Sim.

Rogério Ferreira Coelho
Coordenador de Licitações e Contratos