

Resposta ao Pedido de Esclarecimento nº 06

- 1) Conforme artigo 3º da RN 563 de 2022 da ANS, para a precificação de faixas etárias de um plano de saúde, deverão ser consideradas regras atuariais, que podem envolver cálculos complexos. Dito isto, ao estabelecer, no item 5.5 do Edital, que o lance deverá ser ofertado pelo valor unitário do item (cada faixa etária), esta situação poderá prejudicar ou até mesmo frustrar a licitação, vez que poderá não haver tempo hábil para efetuar os cálculos necessários na etapa de lances, nos termos que exige a legislação regulatória. Além disto, ainda considerando a RN 563 de 2022, não seria possível apresentar proposta apartada de alteração da precificação de apenas de uma faixa etária, sem comprometer a sistemática de todas as outras faixas etárias – o que poderá tornar ainda mais complexa a etapa de lances. Nesse sentido, a fim de evitar qualquer frustração do processo licitatório, queira o Ente esclarecer se há a possibilidade de o site eletrônico (portal de compras) ser ajustado para que seja considerado apenas o lance do valor total anual do grupo 1 de todas as faixas etárias, e não lances para cada faixa etária apartada.

Caso o Ente delibere por manter o edital no que tange aos lances por faixa etária, requer, para o bom andamento da licitação, que seja garantido tempo randômico maior do que o que consta nos itens 5.11.1. e 5.11.2. do Edital, a fim de garantir o regular andamento da licitação, e mitigar o risco de eventual frustração do certamente. A sugestão é que seja garantido o prazo de 20 minutos na etapa de lances, e 06 minutos na prorrogação automática.

Será realizada mudança neste quesito do edital.

- 2) É importante esclarecer que não há vedação pela ANS, em planos coletivos, para que as contratantes negociem a vigência inicial do contrato (ainda quem em data diferente da assinatura do contrato) - pelo contrário, é algo que se mostra aconselhável¹ do ponto de vista operacional. Nesse sentido, no tocante ao previsto

¹ No caso de planos coletivos, é regra entre as Operadoras de Planos de Saúde a data da vigência ser idêntica à data do início da prestação de serviços, e não, necessariamente, atrelada a data da assinatura do contrato.

no item 4.10. do Edital, que requer validade de proposta de 60 (sessenta) dias e considerando que o contrato, atualmente em vigor, possui como término a data 01/03/25, queira o Ente confirmar o entendimento de que a data de vigência do contrato a ser celebrado poderá ser negociada/acordada entre partes neste intervalo, ainda que em data diversa da data da assinatura do contrato.

Será analisada a questão.

- 3) No tocante ao previsto no item 7.1. da minuta contratual, o Ente está ciente que, nos termos da RN 557 de 2022 da ANS, art. 25, que os reajustes (exceto por alteração de faixa etária) não poderão ocorrer em período inferior a 12 meses, tendo como base a data de aniversário do contrato que se equipara a vigência contratual? **Sim**
- 4) Acerca do serviço aeromédico, previsto no item 1.1. do Edital e no item 8.5. do Termo de referência, solicita-se que sejam avaliados e respondidos os pontos delineados a seguir:
- a) O Ente está ciente que se trata de um serviço de adesão obrigatória para todos os beneficiários? **Sim**
 - b) Que será devida a observância de carência para utilização deste serviço adicional, tanto para o contingente inicial, quanto para inclusões posteriores, pelo prazo de 60 dias. **Sim**
 - c) Que o Ente irá se valer da minuta contratual padrão utilizada pela operadora vencedora contemplando o detalhamento das regras operacionais do transporte aéreo. **Sim**
- 5) No item 1.1. do Termo de Referência consta que a licitação possui como objeto *“Cobertura de prestação de assistência médica, hospitalar e obstetrícia, ambulatorial e laboratorial, em todo território nacional, regulamentados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, de forma coparticipativa, incluindo exames de rotina e complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, bem como internações clínico-cirúrgicas, obstétricas e em terapia intensiva, em caráter eletivo e/ou emergencial, em hospitais e clínicas, em apartamento individual com banheiro privativo, aos beneficiários regularmente inscritos pelo CONTRATANTE conforme especificações contantes do Edital e em seus Anexos e proposta da CONTRATADA”*.

Sobre esta previsão e demais previsões editalícias que tratam sobre a cobertura de atendimento, procedimentos e eventos assistenciais, com vistas a se evitar quaisquer interpretações ampliativas sobre a cobertura referente ao plano assistencial e odontológico, queira o Ente dar ciência que a cobertura a ser fornecida se limitará, exclusivamente, aos procedimentos e eventos com cobertura obrigatória

e listados no Rol e/ou Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigentes no momento da solicitação, não havendo o dever de se garantir quaisquer procedimentos não constantes como obrigatórios na RN 465/2021 da ANS e suas atualizações, nem na Lei nº 9.656/1998. **Sim**

- 6) Ainda sobre o item 1.1. do Termo de Referência, consta que “*o contrato pactuado, deverá haver previsão, segundo os princípios da boa-fé e probidade, para a cobertura de serviços de assistência médico-hospitalar, de diagnóstico e terapia aos ex-empregados, aposentados e beneficiários titulares que, porventura se desligarem do CRM-MG, ou se aposentarem, e a seus dependentes, que tenham contribuído com pagamento de contraprestação pecuniária, a manutenção da condição de beneficiário nos termos e pelo período instituído pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 03.06.98 conforme a Resolução Normativa nº 488/2022 da ANS e legislação regulatória vigente quando do evento*”. Sobre esta previsão, faz-se necessário que o Ente confirme ciência e concordância de cada um dos pontos abaixo:
- a) Que para que possa gozar desse benefício, o ex-empregado (demitido sem justa causa, aposentado ou exonerado) deverá contribuir nas contraprestações referentes ao plano, já que nos termos previstos na Lei nº 9.656/98 e RN 488/22, da ANS, a contribuição para o plano de ativos (que não considera eventuais valores arcados para o dependente e para coparticipações) é condição imprescindível para a manutenção da condição de beneficiário após a demissão sem justa causa, exoneração ou aposentadoria. Por outro lado, na eventual hipótese de o servidor/empregado não contribuir com qualquer valor referente à própria mensalidade, deve o Ente confirmar ciência do não direito à permanência no plano de saúde após o término de seu vínculo junto ao Ente. **Sim**
- b) Nos termos do art. 19 e art. 21, da RN 488/22², da ANS, o contrato exclusivo de inativos possui condições de preços e de reajuste diferentes do contrato de ativos (pool de reajuste de contratos inativos, que é o mesmo índice aplicado a todos os contratos exclusivos de inativos da carteira da operadora), nos termos regulados pela norma mencionada, e que estes custos deverão ser custeados pelo próprio beneficiário. **Sim**
- c) Considerando que o edital não contempla a minuta contratual do referido contrato (salienta-se que por mais que a cobrança dos inativos seja realizada diretamente pela operadora aos beneficiários, a legislação da ANS exige que exista um contrato firmado pela pessoa jurídica contratante com os termos gerais do contrato exclusivo para inativos), o Ente se valerá da minuta padrão utilizada pela operadora credenciada. **Sim**

² Acessível em <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE00A==>

d) O Ente licitante será o responsável por comunicar a exclusão do cliente de acordo com o motivo ensejador de sua saída do plano, sendo que adesão ao plano de ex-funcionários deverá ser realizada por manifestação do próprio beneficiário, nos termos e prazos da RN 488/22 da ANS. **Sim**

7) No tocante aos itens 4.1. e 4.2. do Termo de Referência, que trata sobre a sustentabilidade e questões ambientais, e itens 5.1. “g” e 5.2.3 “c”, também do Termo de Referência, queira o Ente dar a sua concordância que:

a) Tendo em vista que o fornecimento da carteira em formato digital é gratuito, queira o Ente dar ciência que haverá cobrança de R\$12,00 (doze reais) para a disponibilização de carteira física pela operadora, na hipótese de eventualmente ser solicitado a emissão, com possibilidade de atualização do referido valor ao longo da execução do contrato, seja nos casos de solicitação sob demanda. **Sim**

8) Sobre as carências e Cobertura Parcial Temporária (CPT), diante o previsto no item 5.1. “c” e 5.2.1. “b”, ambos do Termo de Referência, sabe-se que nos termos do art. 6^o3 da RN 557/22 da ANS, a isenção de carências tem cabimento quando preenchido dois critérios simultâneos:

(1º) O contrato contar com 30 (trinta) ou mais beneficiários no momento da nova inclusão; e

(2º) A solicitação para inclusão ocorrer na data de contratação do plano, ou no período máximo de 30 (trinta) dias da vinculação do beneficiário/dependente à Contratante.

Diante disso, requer-se que o Ente confirme que:

a) Se não restarem preenchidos os dois critérios acima, será possível a imposição de carências, nos termos e limites contidos no artigo 12, inciso V⁴, da Lei nº 9.656/98 e da CONSU Nº 13 DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998. **Sim**

b) Os mesmos critérios acima descritos serão aplicáveis para a imposição de Cobertura parcial temporária (CPT) para doenças e lesões preexistentes (DLP). Dessa forma, caso não restarem preenchidos esses dois critérios, poderá a Operadora exigir o preenchimento de declaração de saúde e impor

³

Acessível

em

<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDMyOQ==>

⁴“Art. 12 [...] 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”.

CPT para DLP, nos termos disciplinados pelo art. 7º, da RN 557/225, e da RN 558/226. **Sim**

- c) Caso o contingente total do contrato seja menor que 30 vidas (exemplo, 29 vidas), poderá a contratada exigir cumprimento de carência e CPT nos termos legais estabelecidos pela legislação regulatória vigente. **Sim**

- 9) Sobre o previsto no item 5.2.1. “a – I”, que assim estabelece “a empresa CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos os serviços descritos neste Termo de Referência, compreendendo: **I** - Assistência médica/paramédica e de outros profissionais da área de saúde em Hospitais, Clínicas, Centros Médicos ou Consultórios. Acupuntura 2. Alergia e Imunologia 3. Anestesiologia 4. Angiologia 5. Cancerologia 6. Cardiologia 7. Cirurgia Bucomaxilofacial 8. Cirurgia Cardiovascular 9. Cirurgia da Mão 10. Cirurgia de Cabeça e Pescoço 11. Cirurgia do Aparelho Digestivo 11. Cirurgia Geral 12. Cirurgia Pediátrica 13. Cirurgia Plástica 14. Cirurgia Torácica 15. Cirurgia Vascul ar 16. Clínica Médica 17. Coloproctologia 18. Dermatologia 19. Endocrinologia e Metabologia 20. Endoscopia 21. Fisioterapia 22. Fonoaudiologia 23. Gastroenterologia 24 Genética Médica 25. Geriatria 26. Ginecologia e Obstetrícia 27. Hematologia e Hemoterapia 28. Homeopatia 29. Infectologia 30. Mastologia 31. Medicina de Família e Comunidade 32. Medicina de 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. Nutrição 43. Nutrologia 44. Oftalmologia 45. Ortopedia e Traumatologia 46. Otorrinolaringologia 45. Patologia 47. Patologia Clínica/Medicina Laboratorial 48. Pediatria 49. Pneumologia 50. Psicologia 51. Psiquiatria 52. Radiologia e Diagnóstico por Imagem 53. Radioterapia 54. Reumatologia 55. Terapia Ocupacional 56. Urologia 57. Qualquer outra especialidade médica reconhecida pela Organização Mundial de Saúde e/ou pelo respectivo órgão fiscalizador da profissão e/ou pela Associação Médica Brasileira – AMB, que venham a ser previstas ou não vedadas pela legislação” o Ente está ciente de que a rede informada e garantida pela operadora estará de acordo com as coberturas obrigatórias editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar? **Sim**

⁵ “Art. 7º No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante”.

- 10) No tocante ao previsto no item 5.2.1. “b” do Termo de Referência, que consta que *“no plano de assistência à saúde oferecido pela operadora, para a utilização dos serviços descritos neste Termo de Referência, os beneficiários terão acesso a toda sua rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada, pela abrangência Estadual, e em casos de urgências e emergências em nível nacional, sem que seja exigida qualquer carência para utilização dos serviços cobertos pelo plano de assistência à saúde”*, queira o Ente confirmar o entendimento de que a abrangência estadual fora um erro material, e que, na realidade, a abrangência fornecida será NACIONAL conforme itens 5.1, “a” e 5.2.2 também do Termo de Referência. **Sim**
- 11) Conforme consta no item 5.3.14.1 do Termo de Referência, é requerido que a licitante possua, em sua rede, atendimento de urgência e emergência, em todas as cidades listadas no item 5.3.14. “a”, 24 (vinte e quatro) horas por dia, inclusive aos sábados, domingos e feriados. Nesse sentido, na hipótese de a operadora não possuir, dentre os prestadores credenciados, a rede de urgência e emergência em todas as cidades listadas no item referenciado, queira o Ente confirmar o entendimento de que caberá à operadora proceder à garantia do atendimento respeitando-se as regras e prazos estabelecidos pela RN 566/22, da ANS, não havendo prejuízo na participação no pregão, em virtude deste ponto. O Ente está de acordo? **Sim**
- 12) No tocante aos itens 5.2.3. “g” e 5.2.8. do Termo de Referência, bem como sobre as regras gerais de reembolso, queira o Ente confirmar o entendimento de que a operadora somente deverá proceder ao reembolso nos termos disciplinados pela RN 566/2022⁷ da ANS. Ou seja, caberá à Operadora seguir todo o fluxo de garantia de atendimento em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador contido na aludida norma, sendo o reembolso uma medida última e excepcional, e desde que o beneficiário comprove ter tentado obter, sem lograr êxito, atendimento prévio junto à rede de prestadores da operadora credenciada.
- a) Nesse contexto, queira o Ente confirmar o entendimento de que o reembolso não exclui a possibilidade de dedução do valor de coparticipação sobre a quantia reembolsável, conforme previsto no artigo 10, §2º da RN 566/2022⁸.
Sim
- b) Nos casos eletivos, reiteramos que a solicitação de reembolso somente poderá ser realizada mediante deliberação da Operadora através do protocolo recebido no contato prévio realizado. O contato prévio deverá ser realizado por meio da central 4020-4020 para verificar a existência e/ou disponibilidade de prestadores de serviços próprios, contratados ou credenciados pelo Sistema

⁸ Art. 10. § 3º Nos contratos com previsão de cláusula de coparticipação, este valor poderá ser deduzido do reembolso pago ao beneficiário.

Unimed, dentro da área de abrangência do plano contratado, principalmente após qualquer dificuldade com o guia médico do App/Espaço do cliente para a busca de prestador. O Ente está ciente? **Sim**

- c) Para fins de reembolso, o beneficiário deverá apresentar à CONTRATADA a documentação adequada dentro do ano de realização do atendimento, sob pena de perder o direito ao reembolso. Todas as informações necessárias para o reembolso deverão ser obtidas via canal de atendimento (telefônico, eletrônico ou presencial) oferecido pela CONTRATADA. O Ente está ciente? **Sim**
- d) Sobre o reembolso do transporte, a Operadora seguirá estritamente o que está previsto na RN 566/2022 da ANS. O Ente está ciente? **Sim**

13) No tocante ao previsto nos itens 5.2.4. “g” e 5.2.4. “h” do Termo de Referência, não está claro sobre a rede credenciada que deverá ser disponibilizada na área de Belo Horizonte e Região Metropolitana, já que consta, no quadro demonstrativo, a seguinte expressão: “*exigência específica*”. Assim, queira o Ente confirmar o entendimento que a exigência específica se limita ao descrito no item 5.2.4, letras “a” “b” “d” “e” . **Sim**

14) No que diz respeito ao previsto na observação do item 5.2.5.1. “d” do Termo de Referência, no sentido de que “*contratante poderá estabelecer PDV – Plano de Demissão Voluntária, definindo como benefício a continuidade do titular e dependentes após a rescisão contratual, limitado a 18 (dezoito) meses, como se ativo estivesse, neste caso não se enquadrando na situação do plano de ex-empregados (inativos)*”, o Ente está ciente que nesta condição, por não atender ao previsto na RN 488 da ANS, o beneficiário deverá ser mantido no contrato de funcionários ativos, e que a Operadora vencedora manterá a cobrança de mensalidades e utilizações diretamente ao CRMMG? **Sim**

15) Sobre os honorários médicos a serem cobertos pela Licitante vencedora, conforme item 5.2.11., queira o Ente confirmar o entendimento de que a equipe médica assistente deverá respeitar a rede credenciada/conveniada/cooperada à operadora de plano de saúde contratada. **Sim**

16) No que diz respeito a exigência da disponibilização da relação de profissionais e clínicas credenciadas, contendo todos os prestadores, inclusive odontológicos, conforme item 5.2.4 e 5.3.14.4. do Termo de Referência, queira o Ente confirmar o entendimento de que a relação de rede credenciada poderá ser fornecida mediante link de acesso em site da operadora para consulta da rede atualizada. **Sim**

17) Conforme o item 5.3.29 do Termo de Referência, consta que “*as mensalidades serão estabelecidas por um valor único independente da faixa etária do beneficiário inscrito*”, sobre esta previsão, considerando que o preço estimado e critério de lances remetem a preço que **varia** conforme faixa etária (e não como valor único independente da faixa etária), queira o Ente confirmar o entendimento de que o valor das mensalidade considerará a faixa etária do beneficiário, para a formação do preço unitário final. **Sim**

18) No tocante ao previsto nos itens 7.10 e 7.12. do Termo de Referência, queira o Ente confirmar o entendimento de que os arquivos de faturamento (inclusive notas fiscais) poderão ser disponibilizados em espaço eletrônico (área logada) de acesso exclusivo da Contratante, o que atenderá o Edital. **Sim**

19) Sobre o previsto no item 7.19 do Termo de Referência, em caso de eventual mora

do Ente em relação ao pagamento devido à operadora contratada, queira o CRMMG confirmar o entendimento de que serão observadas as consequências da mora, nos termos estabelecidos no anexo I, da IN 28/2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que determinada a aplicação de “juros de 1% ao mês (0,033 ao dia) e multa de 2% sobre o valor do débito em atraso”. **Será estabelecido no novo edital ou minuta contratual.**

20) Ao analisar o item 7.10 do Termo de Referência, consta que “*para fins de liquidação, o setor competente deve verificar se a Nota Fiscal ou Fatura apresentada expressa os elementos necessários e essenciais do documento, tais como: a) o prazo de validade (...)*”, sobre esta exigência (constar na NF o prazo de validade), sabe-se que o prazo da nota fiscal não é um requisito legal, e que poderá variar de acordo com a região onde o documento será emitido. Diante deste cenário, queira o Ente confirmar o entendimento de que não será obrigatório constar na Nota Fiscal o prazo de validade. O Ente está ciente e de acordo? **Sim**

21) Sobre o **reajuste dos valores contratuais** previsto no item 8.4. do Termo de Referência:

a) Queira o Ente ratificar o entendimento constante no item 8.4., de que poderá haver a negociação entre as partes para aplicação de reajuste na hipótese de o Índice de Utilização (IU) for superior a 75%, ou ter ocorrido situações que alteraram as condições objetivas da contratação, de modo a ser aplicado um percentual de reajuste que vise recompor o equilíbrio econômico-financeiro do contrato e a sinistralidade.

A CONTRATADA poderá solicitar revisão do seu valor, na data do reajuste prevista, desde que comprove o desequilíbrio contratual por meio de documentação pertinente, **a qual seja analisada e aprovada pelo CRM-MG** conforme critérios previstos na legislação aplicável. **Sim**

b) Ainda sobre o tema reajuste, queira o Ente confirmar estar ciente que na hipótese de o contrato contar com contingente de vidas a que se refere a RN 565/2022 da ANS, (no caso desta operadora, é constituído por todos os contratos com até 99 (noventa e nove) vidas), o reajuste contratual deverá ser, obrigatoriamente, aplicado seguindo as diretrizes do *pool* de reajuste do referido normativo – agrupamento. **SIM**

c) Em caso de adesão de contingente inferior ao *pool* de risco definido pela Unimed-BH que é de até 99 vidas, nos termos da RN 565, queira o Ente dar ciência que o referido reajuste será aplicado na data base do contrato, sendo o índice definido pela operadora e divulgado em site de forma automática. **sim**

22) No tocante ao item 2.1. do Edital, que estabelece as Condições Gerais para participação na licitação, queira o Ente esclarecer que o certame está direcionado apenas para **Operadoras de Planos de Saúde**, não sendo o caso de participação de administradoras de benefícios, principalmente diante do fato de que a inserção desses 2 (dois) tipos de entidades em um mesmo certame poderá acarretar impactos no princípio da concorrência e isonomia. **Sim**

23) Em relação ao item 5.2.1. “f” do Termo de Referência, que versa sobre a cobertura de **internações em hospital psiquiátrico**, queira o Ente confirmar a ciência de que a referida internação poderá ser objeto de cobrança à título de coparticipação de acordo com o artigo 19, inciso II, “a” e “b” da RN 465/21 da ANS⁹. **Sim**

24) Sobre o constante no item 5.2.5.1. “c” do Termo de Referência queira o Ente confirmar que para comprovar o **vínculo de casamento (cônjuge) e união estável** (companheiro), poderão ser solicitados os seguintes documentos: a certidão de

casamento e a certidão de união estável (emitida pelo cartório competente), respectivamente. **Sim**

24.1) Ainda sobre o tocante do item 5.2.5.1 “c”, queira o ente confirmar que a elegibilidade para inclusão de agregados (pai e mãe), será aplicável quando houver comprovação de dependência na declaração de imposto de renda? **Não é necessário a comprovação de dependência na declaração do IR para inclusão de agregados.**

25) Queira o Ente cientificar que caso a Unimed-BH seja a contratada, que esta Operadora possui como princípio em suas relações comerciais as premissas estipuladas em seu **"Código de Conduta e Relacionamento"** que se encontra disponível de forma atualizada no site ⁹ 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, ressalvado o disposto no inciso X deste artigo e, devendo garantir cobertura para: II - quando houver previsão contratual de mecanismos financeiros de regulação para internação hospitalar, o referido aplica-se a todas as especialidades médicas, contudo, a coparticipação, nas hipóteses de internações psiquiátricas, somente poderá ser exigida considerando os seguintes termos, que deverão ser previstos em contrato: a) somente haverá fator moderador quando ultrapassados trinta dias de internação contínuos ou não, a cada ano de contrato; e b) a coparticipação poderá ser crescente ou não, estando limitada ao máximo de cinquenta por cento do valor contratado entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e o respectivo prestador de serviços de saúde.

26) Em relação à **proteção de dados pessoais** (clausula 10ª da Minuta Contratual), queira o Ente sinalizar ciência e concordância com relação às regras da LGPD a serem aplicadas sobre o contrato: O CRM-MG atenderá aos dispositivos da LGPD.

a) A classificação de agente (controlador e operador de dados) de cada uma das partes (Ente contratante e contratada) se dará em cada tratamento ou grupo de tratamento de dados, nos termos da lei da LGPD e segundo o princípio da verdade real; Sim

b) Assim, ao mesmo tempo em que a contratada poderá ocupar a posição unicamente de operador de dados – nos casos de emissão de relatórios, por exemplo – será controladora em outras atividades, cabendo-lhe os ônus legais aplicáveis aos agentes assim classificados, nos termos da lei, não podendo ser, os tratamentos, limitados pelo Ente contratante, sob pena de prejuízo às suas atividades mais corriqueiras, tais como auditorias, auditorias de contas, glosas de serviços, auditorias de segurança e confiabilidade de sistemas, auditorias de prontuários, análises econômico-financeiras, projeções, orçamentos, execução de contratos com prestadores de serviços da rede e outras Unimed's, comunicação de dados à ANS, Ministério da Saúde e tantos outros, sendo estes meros exemplos. SIM

c) A responsabilidade pelo enquadramento das bases legais, inclusive quanto eventualmente se faça necessário o consentimento do titular, será de quem ocupar a posição de controlador, de acordo com cada atividade, em estrita observância às disposições contidas na lei 13.709/18. SIM

27) Para fins de maior transparência no que diz respeito aos contratos públicos, a Unimed-BH possui a prática de **publicar** em sua página¹⁰ eletrônica os **contratos públicos** firmados e vigentes. Assim, queira dar a sua ciência e “de acordo” sobre esta boa prática. **De acordo**

28) Conforme consta no item 1.2. do documento editalício, “*A licitação será dividida em grupos, formados por um ou mais itens, conforme tabela constante do Termo de*

Referência/Projeto Básico, facultando-se ao licitante a participação em quantos grupos forem de seu interesse, devendo oferecer proposta para todos os itens que os compõem”, sobre esta previsão, queira o Ente confirmar o entendimento de que as licitantes poderão optar por participar da disputa no tocante a um ou outro grupo, a exemplo: a licitante poderá não participar da disputa no tocante ao grupo 02, o que não impedirá de participar da disputa no que diz respeito ao grupo 01. O Ente confirmar este entendimento? Sim

- 29)** Os números de registro do produto na ANS pode ser inseridos na primeira página do contrato? **Sim**
- 30)** Queira o Ente confirmar que as respostas ao presente pedido de esclarecimentos também integrarão e vincularão o Edital e a própria execução do contrato. **Sim**
- 31)** Em razão de eventuais respostas aos pedidos de esclarecimentos que porventura impliquem na necessidade de alteração da redação da minuta do edital e/ou de seus anexos, queira o Ente confirmar que irá proceder a tais ajustes. **sim**