

PEDIDO DE ESCLARECIMENTOS

CONCORRÊNCIA Nº 05/2026

Identificação da empresa: **Unity Saúde**

Data de envio: 10 de julho de 2026 às 12h12

Forma de envio: e-mail

QUESTIONAMENTOS

1. Critério de reajuste por sinistralidade: A Cláusula Terceira faz referência à Resolução Normativa ANS nº 557/2022 e à Instrução Normativa ANS nº 28/2022, prevendo a possibilidade de reajuste por sinistralidade. Contudo, a minuta não estabelece os critérios objetivos para sua apuração, tais como índice financeiro, meta de sinistralidade e metodologia (fórmula) de cálculo, conforme previsto na regulamentação da ANS.

Questionamento: Poderá ser incluída na minuta contratual, ou em termo aditivo, a metodologia objetiva de cálculo do reajuste por sinistralidade, contemplando os parâmetros utilizados para sua apuração?

Resposta:

Esclarecemos que a metodologia objetiva de cálculo do reajuste por sinistralidade encontra-se expressamente estabelecida no item 3 da letra “G” do Tema XII da IN 28/2022 da ANS, bastando a licitante observá-la.

A metodologia de cálculo, bem como os parâmetros objetivos e a obrigatoriedade de comprovação do reajuste por sinistralidade, encontram-se devidamente estabelecidos e incorporados ao instrumento convocatório. Conforme expressamente previsto no **subitem 14.6.3.4 do Termo de Referência (Anexo I)** e na **alínea “c.4” do parágrafo segundo da Cláusula Terceira da minuta de contrato (Anexo IV)**, qualquer aplicação de reajuste por sinistralidade deve observar de forma estrita e complementar as diretrizes contidas nos itens 3, 4, 5 e 6 da letra “G” do Tema XII da Instrução Normativa DIPRO nº 28/2022 da ANS (ou norma que vier a sucedê-la). A referida norma regulamentar estabelece toda a disciplina metodológica necessária que as operadoras devem seguir e demonstrar de forma inequívoca para a aplicação do reajuste.

Desse modo, a vinculação direta aos normativos vigentes da agência reguladora garante a legalidade, a transparência e a segurança jurídica da contratação, restando desnecessária e contraproducente a criação de fórmulas ou metodologias alheias à regulação oficial do setor de saúde suplementar, não havendo “índice” adicional a ser previsto.

2. Identificação do beneficiário: O Parágrafo Vigésimo Primeiro da Cláusula Sexta prevê que a operadora deverá disponibilizar mecanismos de identificação que não impeçam o atendimento na ausência da carteira.

Questionamento: Considerando a necessidade de correta identificação do beneficiário para prevenção de fraudes, segurança assistencial e observância das normas regulatórias, é correto entender que a identificação poderá ocorrer por outros meios oficiais disponibilizados pela operadora (aplicativo, documento oficial com foto, biometria ou consulta sistêmica), permanecendo obrigatória a confirmação da identidade do beneficiário?

Resposta:

Sim, o entendimento está correto e em perfeita consonância com o Termo de Referência. Conforme estabelecido nas obrigações da contratada, a operadora deverá disponibilizar mecanismos alternativos e desburocratizados de identificação que garantam o atendimento do beneficiário mesmo na ausência física da carteira do plano. Para tanto, podem ser utilizados recursos como biometria, consulta sistêmica direta pelo prestador, validação via aplicativo oficial para *smartphone* ou apresentação de documento oficial de identidade com foto.

Ressalta-se que a flexibilização do meio de comprovação não afasta a obrigatoriedade de confirmação da identidade do usuário. A correta identificação e a prova de titularidade do direito ao uso do plano permanecem sendo um dever do beneficiário no ato do atendimento, bem como uma medida indispensável da operadora e de sua rede credenciada para garantir a segurança assistencial e coibir fraudes.

3. Coparticipação: Embora o objeto da contratação preveja plano com coparticipação, a minuta contratual não estabelece os procedimentos sujeitos ao fator moderador, respectivos percentuais, limites financeiros e forma de cobrança.

Questionamento: Poderá ser incluída no contrato a tabela de coparticipação, ou em termo aditivo, os critérios de incidência e o limitador mensal previsto no Termo de Referência, conferindo maior segurança jurídica às partes?

Resposta:

Esclarecemos que, conforme expressamente previsto no parágrafo único da cláusula primeira da minuta do Contrato (anexo IV do Edital), vincula-se ao referido instrumento o Edital da Concorrência nº 05/2026, bem como seus anexos. Logo, todas as obrigações e previsões neles contidas deverão ser integralmente cumpridas pela licitante vencedora do certame.

Quanto à coparticipação, o Edital e seus anexos estabelecem os critérios objetivos, qual seja, a coparticipação mensal referente às consultas, exames, terapias e procedimentos ambulatoriais e hospitalares de urgência e emergência fica limitada ao valor máximo de R\$ 450,00 (quatrocentos e cinquenta reais) por beneficiário, sendo que tal valor não é cumulativo.

Ressalta-se que o menor valor de coparticipação é, inclusive, critério de avaliação do preço, vide tabela do item 12.1, e critério de desempate, vide item 12.3.3, ambos do Termo de Referência, anexo I do Edital. Logo, esclarece-se que cada licitante apresentará em sua proposta comercial os procedimentos sujeitos ao fator moderador, respectivos percentuais e os limites financeiros, observado o valor máximo de R\$ 450,00 (quatrocentos e cinquenta reais) por beneficiário, não cumulativo. Informamos que a tabela de coparticipação da licitante vencedora será expressamente prevista no Instrumento Contratual.

No que tange às obrigações financeiras, os pagamentos serão realizados nos termos do Capítulo XI do Edital Convocatório. Salienta-se que os valores devidos a título de coparticipação serão adimplidos após a efetiva prestação do serviço ao beneficiário e mediante envio da respectiva cobrança (preferencialmente no mês subsequente à utilização), conforme o período a ser adequadamente indicado pela contratada e observados os valores previstos na tabela de coparticipação apresentada pela empresa vencedora.

Tal sistemática já possui previsão expressa no item 8.10 do Termo de Referência, Anexo I do Edital, e no parágrafo quinto da cláusula sexta da minuta de contrato, Anexo IV do Edital, os quais estipulam a obrigação da contratada de “*apresentar faturas detalhadas, com clareza quanto aos valores cobrados, incluindo mensalidades, coparticipações e eventuais reajustes, bem como disponibilizar relatórios gerenciais quando solicitado*”;

4. Declaração de Saúde, Doenças ou Lesões Preexistentes e Cobertura Parcial Temporária:

A minuta disciplina os períodos de carência, porém não contempla a obrigatoriedade da Declaração de Saúde nem o tratamento das Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) e da Cobertura Parcial Temporária (CPT) para beneficiários incluídos após a implantação do contrato.

Questionamento: Considerando as disposições da Lei nº 9.656/1998 e da regulamentação da ANS, poderá ser incluída cláusula prevendo a apresentação da Declaração de Saúde e a aplicação da Cobertura Parcial Temporária, quando cabível, para inclusões realizadas após o prazo inicial de implantação?

Resposta:

Esclarecemos que o questionamento é pertinente e a referida inclusão é juridicamente viável. Em estrita observância ao art. 11 da Lei nº 9.656/1998 e às diretrizes vigentes da ANS, em especial art. 7º da RN nº 557/2022, o Edital e seus anexos serão retificados para prever expressamente que, para as inclusões de beneficiários formalizadas após o prazo regulamentar de implantação (30 dias), poderá haver a exigência de preenchimento da Declaração de Saúde e a possibilidade de aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) **exclusivamente para Doenças e Lesões Preexistentes (DLP)**.

5. Carências para inclusões posteriores

Os prazos de carência previstos para beneficiários incluídos após o período inicial diferem daqueles normalmente praticados pelo mercado e previstos contratualmente pelas operadoras.

Questionamento: Há possibilidade de adequação dessa cláusula para que os períodos de carência observem os prazos previstos na legislação e nas regras comerciais da operadora contratada, preservando-se, naturalmente, as hipóteses legais de isenção?

Resposta:

Informamos que não é possível atender ao solicitado, visto que todos os parâmetros técnicos estão objetivamente previstos no Instrumento Convocatório e encontram respaldo legal. **Cumpramos esclarecer que o artigo 12, inciso V, da Lei nº 9.656/1998 define os limites máximos de carência permitidos na saúde suplementar, de modo que a exigência de períodos inferiores ou a isenção de prazos não configura qualquer ilegalidade, constituindo legítima prerrogativa da entidade para assegurar condições mais benéficas aos seus beneficiários**, sendo oportuno salientar que os parâmetros técnicos delineados no Edital foram planejados especificamente para atender ao melhor interesse do Iate Clube de Brasília, em estrita observância à legislação vigente.

Ademais, ressalta-se que a própria minuta de contrato, em sua Cláusula Sexta, Parágrafo Oitavo, já prevê a possibilidade de dispensa ou redução das carências conforme o volume de adesões e a respectiva negociação comercial, o que confere a flexibilidade necessária para a futura execução contratual.

Logo, para elaboração de suas propostas comerciais, os licitantes devem observar as previsões constantes no Capítulo VII do Termo de Referência e na Cláusula Décima Sexta da Minuta de Contrato.

Considerando os esclarecimentos ora prestados, em estrita observância ao princípio da vinculação ao instrumento convocatório, reforçamos que as proponentes devem formular suas propostas comerciais em absoluto respeito às regras preestabelecidas no Instrumento Convocatório, mantendo-se integralmente inalterados os termos do Edital e de seus anexos que não forem objeto de retificação em instrumento próprio.

Brasília/DF, 14 de julho de 2026.

Ronaldo Vieira Teles
Presidente da Comissão